



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL.**

**“CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA EN EL CUIDADO DE
NIÑOS PREMATUROS NACIDOS EN LA CLÍNICA HUMANITARIA
PABLO JARAMILLO CRESPO, CUENCA, ABRIL - DICIEMBRE
2011”.**

***TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGÍSTER
EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL***

AUTOR

MARÍA NATHALY VELASTEGUI PERALTA

DIRECTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN PIEDRA

CUENCA- ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dra.

María del Carmen Piedra

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA EN EL CUIDADO DE NIÑOS PREMATUROS NACIDOS EN LA CLÍNICA HUMANITARIA “PABLO JARAMILLOCRESPO”, 2011 el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, marzo 2012

.....

Dra. María del Carmen Piedra

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Cuenca, Marzo de 2012

María Nathaly Velasteguí Peralta

010392251-4

CESIÓN DE DERECHO

“Yo, María Nathaly Velasteguí Peralta, declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Cuenca, Marzo del 2012

María Nathaly Velasteguí Peralta

Autora

DEDICATORIA

A Dios que me ha permitido seguir adelante a pesar de las dificultades, a mis padres y hermano que han estado presentes en todo momento apoyándome y alentando mi trabajo a pesar de las adversidades, a mis paciente que son mi inspiración y la razón para superarme cada día.

María Nathaly Velasteguí Peralta

Autora

AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi más sincero y perpetuo agradecimiento al personal que forma parte de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad que me brindaron para mi superación personal.

Al personal de la Clínica Humanitaria “PABLO JARAMILLO CRESPO” y a los padres de familia que colaboraron durante todo el periodo de realización de este proyecto y sobre todo a los pacientes prematuros de la unidad de Neonatología que cada día me demuestran la importancia de la vida, ellos son luchadores innatos y a pesar de las adversidades nunca se dan por vencidos y pelean cada segundo por su vida.

La Autora

INDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN.....	11
2. ABSTRACT	12
3. INTRODUCCIÓN	13
4. PROBLEMATIZACIÓN	15
5.- JUSTIFICACIÓN.....	17
6.- OBJETIVOS:.....	21
6.1 OBJETIVO GENERAL	21
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
7. MARCO TEÓRICO	22
7.1. MARCO INSTITUCIONAL	22
7.2 MARCO CONCEPTUAL.....	30
PREMATURIDAD.....	31
CLASIFICACIÓN.....	33
ETIOPATOGENIA DE PREMATURIDAD BPEG	33
CLÍNICA Y COMPLICACIONES.....	34
PRONÓSTICO	37
TRATAMIENTO.....	37
CONTACTO CON LOS PADRES.....	39
DESARROLLO PSICOMOTOR EN PREMATUROS	40
FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO.....	43
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO.....	43
VALORACIÓN DEL DESARROLLO:.....	44
IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA Y SEGUIMIENTO AL ALTA DEL PREMATURO	49
8. DISEÑO METODOLÓGICO.....	52

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS	52
8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS	53
8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	54
8.4 MARCO LÓGICO.....	55
MATRIZ DE ACTIVIDADES.....	56
9. RESULTADOS.....	58
RESULTADO N° 1:.....	58
RESULTADO N °2:.....	65
RESULTADO N°3:.....	71
ANÁLISIS DEL PROPÓSITO	79
10. CONCLUSIONES	81
11. RECOMENDACIONES	84
12. BIBLIOGRAFIA	86
13. APÉNDICES	89
13.1 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA CLINICA HUMANITARIA FUNDACION PABLO JARAMILLO CRESPO AÑO 2011	89
13.2 FUENTES DE VERIFICACION.....	91

CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EFECTUO EL
PROYECTO



CLINICA HUMANITARIA

Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo

Cuenca, 27 de Marzo de 2012

**DR. MARCELO AGUILAR M. DIRECTOR DE LA
CLINICA HUMANITARIA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.**

A petición de parte interesada,

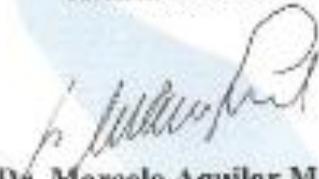
CERTIFICO

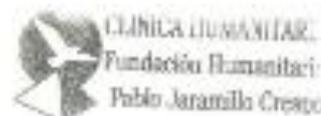
Que la Dra. Nataly Velastegui Peralta, médico residente de postgrado del área de pediatría de esta Institución, ha venido realizando un trabajo de capacitación en el cuidado, manejo y seguimiento de niños prematuros dirigido a los padres de los recién nacidos pretermino del área de Neonatología, con la colaboración del área de estimulación temprana, personal médico y de enfermeras este trabajo de capacitación se inició en el mes de abril del año 2011 y se ha mantenido hasta la fecha, como parte de la elaboración de la Tesis previa a la obtención del título de Master en gerencia de Salud para el desarrollo local: "Capacitación de los Padres de familia en el cuidado de niños prematuros nacidos en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo"

Es todo lo que se puede informar en honor a la verdad, pudiendo el interesado utilizar el presente certificado como crea conveniente.

Atentamente,

Dr. Marcelo Aguilar M.
DIRECTOR
C.M.A. 411


**Dr. Marcelo Aguilar M.
DIRECTOR MEDICO
CLINICA HUMANITARIA**



CLINICA HUMANITARIA
Fundación Humanitaria
Pablo Jaramillo Crespo

1. RESUMEN

En el servicio de Neonatología de la Clínica Humanitaria mensualmente ingresan como promedio 9 niños prematuros, que requieren un cuidado especial, por ello se considera necesario apoyar y capacitar a los padres de familia para el manejo de su niño al egreso.

En el programa de cuidado, manejo y seguimiento de los niños prematuros por parte de los progenitores y familiares, se ha capacitado adecuadamente a un grupo significativo de padres de familia (46), que han prestado todo su contingente para el manejo adecuado, sano y garantizado de sus hijos en casa, además recibieron folletos informativos de lo más importante para recordar o socializar con los procedimientos a seguir. Se presentan estadísticas de la atención a niños prematuros del proceso de capacitación y sus manifestaciones con resultados alentadores que hace pensar en un manejo adecuado de estos niños en casa, con resultados muy prometedores, por la participación activa y efectiva de padres que salieron con satisfacción porque sabían cómo manejarse en casa con su hijo/a, donde la disposición de todos los actores que hizo factible y determinante para el éxito del desarrollo de este valioso trabajo, las conclusiones y recomendaciones que finalmente se pueden extraer de tan importante y edificante proyecto.

2. ABSTRACT

In the neonatology of the Humanitarian clinic every month are born average 9 preterm infants, they requiring special care, for this is considered necessary to support and empower parents to manage their child in home.

There are statistics of the premature infants care in the training process and its manifestations with encouraging results. This suggests a proper management of these children at home, with very promising results because of the active and effective participation of parents who came out with satisfaction because they knew how to manage their child at home. The layout of all the actors made it feasible and critical to the successful development of this valuable work. Conclusions and recommendations may eventually be drawn from such an important and uplifting project.

3. INTRODUCCIÓN

Ha sido una experiencia única, que ha permitido visualizar con mayor agudeza la importancia de mantener un pueblo saludable, ejerciendo todos los derechos que le asisten tanto por la Constitución como por las Leyes pertinentes, en esa dirección desarrollar un proyecto donde se inicia el ejercicio del derecho a la salud y los cuidados que se deben optimizar, especialmente por los padres, cuyos niños han nacido antes del completar el período gestacional regular, es una oportunidad que hay que saberlo aprovechar para capacitar a esta parte importantísima de la sociedad para que puedan involucrarse con conocimiento de causa en la defensa de la vida de los niños prematuros y ayudarles en su crecimiento y evolución.

La unidad de Neonatología, se ha implementado con tecnología apropiada para atender de manera eficaz y eficiente todo nacimiento prematuro.

En Consulta Externa se ha iniciado un programa integral de seguimiento de los prematuros, para apoyar a los padres de familia de estos niños en el cuidado y protección de esas invaluable vidas.

Este equipo de seguimiento es multidisciplinario y ha alcanzado un nivel importante, que necesariamente debe expresarse en un plan de capacitación para padres y madres de familia con hijos neonatos.

Su propósito ha sido lograr una aproximación integral al niño y su familia, en una enriquecedora tarea interdisciplinaria, en el que padre y madre, solidariamente se apoyen en el cuidado, protección y mantenimiento de ciertas normas y parámetros para lograr superar todas las dificultades que puedan presentarse.

El acceso por parte de los padres a esta información refuerza la idea del proyecto y posibilita el máximo desarrollo de las potencialidades de los niños nacidos

prematuros. También incluye aspectos preventivos y anticipatorios de situaciones conflictivas que mejoran la calidad de vida de las familias.

Es factible el desarrollo del proyecto porque se han sumado voluntades importantes para su ejecución, los Directivos de la Clínica, los Padres de los niños, que saben de la necesidad de capacitarse y la implementación de una unidad para Neonatos, todo esto proporciona un panorama alentador para lograr resultados importantes y alentadores.

La educación constante del ser humano permite una mayor confianza en lo que hace y al conocer lo que se debe hacer en casos especiales con los niños prematuros, se les brinda a sus padres tranquilidad y de esta manera cada uno sabe cómo actuar frente a cualquier situación, en el presente trabajo se logró una capacitación total de los asistentes a los talleres, con gran participación, además demostraron una constante necesidad de aprender sobre el manejo y cuidado de su niño, la ambientación del hogar, el manejo nutricional, los controles posteriores, las patologías que pudieran presentar en un futuro y como ellos podrían solventar esas situaciones.

El trabajo del equipo de salud siempre está incompleto si no hace partícipes a las personas que posteriormente cuidaran al paciente, ellos son parte fundamental del tratamiento y recuperación de los enfermos y, si no conocen que medidas deben tomar y como deben manejar a su hijo en el domicilio, no vamos a tener una adecuada recuperación y un desarrollo normal, porque desconocen temas médicos y poco saben sobre el prematuro, por este motivo se demuestra la importancia de este trabajo y con los resultados obtenidos se concluye que fue exitoso, siendo de esta manera gratificante para el autor, saber que los niños prematuros no van a estar desatendidos en sus hogares porque sus cuidadores

ya saben que al detectar cualquier signo de alarma acudirán con su niño a recibir atención inmediata.

4. PROBLEMATIZACIÓN

La familia es el núcleo de la sociedad, es una micro sociedad que se conforma cuando la pareja decide unirse y al mismo tiempo planifican lo hijos que desean tener, al momento del embarazo generalmente se espera un niño sano, a término y sin complicaciones, cuando el resultado es diferente, este microambiente se torna inestable y produce alteraciones psicológicas y emocionales en los progenitores y la familia, y a veces lamentablemente se producen nacimientos pre términos que representan un gran riesgo de morbimortalidad para el niño y desbalances emocionales y psicológicos en sus progenitores, que ocasionan ansiedad, temor, culpa, ira y otros sentimientos que inestabilizan el núcleo familiar, la principal preocupación en este momento se vuelca sobre el recién nacido y la fragilidad de su existencia, por cuanto es de suma importancia brindar un apoyo emocional y psicológico a sus progenitores, procurando despejar sus dudas y educar sobre la nueva situación que están cursando.

En el servicio de Neonatología de la Clínica Humanitaria por múltiples factores mensualmente ingresan como promedio 9 niños/as prematuros de diferentes edades gestacionales(desde 24SG) y pesos (desde 700gr) que requieren una estadía de un mes aproximadamente, que depende de la edad gestacional, los factores de riesgo y las patologías asociadas; pueden ser en algunos casos tan severas que ocasiona la muerte del paciente; por ello es imperioso brindar todo el apoyo y la información necesaria a los padres de familia para que estén al tanto de la situación de salud de su niño/a.

Los esfuerzos para prevenir y detener el parto de pretérmino en general no han mostrado ser absolutamente efectivos, pero se ha logrado adelantos importantes en el manejo del neonato, en particular en aquellos orientados a prevenir complicaciones: uso de cortico esteroides antenatales, administración materna de antibióticos para prevenir la sepsis neonatal por el estreptococo B, y medidas tendientes a evitar el traumatismo del parto.

Las diferencias que presenta un recién nacido pretérmino derivan de la falta de madurez de los diferentes órganos y sistemas del mismo. Esa maduración que, en condiciones normales, se lleva a cabo en el útero, deberá llevarse a cabo en un medio para el cuál muchas veces el/la bebé no está preparado. La falta de madurez del bebé será mayor cuantas menos semanas haya permanecido en el útero de la madre. Esta falta de maduración afecta prácticamente a todo el organismo (pulmones, sistema nervioso central, aparato digestivo, ojos, etc.) y, en función del grado de la misma puede comprometer tanto la vida del bebé como su calidad de vida.

Al superar todos estos obstáculos y el niño/a se encuentra listo para ser enviado a casa se presentan otros problemas en el núcleo familiar, como es el cuidado que requiere y la ansiedad de los padres al no saber cómo actuar frente a un/a bebé que presenta diferentes complicaciones desde su nacimiento, se sienten inseguros, poco capaces para el cuidado y manejo de su bebé, llega a tal punto su estado de ansiedad y preocupación que se les olvida como cargarlos, como alimentarlos y tienen temor, que al llevarlos de la clínica puedan enfermarse e inclusive fallecer bajo su cuidado, por ello en este trabajo se consiguió un apoyo total a los progenitores y una capacitación adecuada, permitiendo así restablecer

la confianza de los padres e inculcarles la necesidad de los controles constantes y continuos que debe tener desde el egreso.

5.- JUSTIFICACIÓN

Es imprescindible instruir a los padres de familia sobre el posterior abordaje de los niños prematuros en el domicilio para lograr prácticas saludables, que ayuden disminuir la morbilidad del prematuro y nos permitan a su vez identificar los signos de alerta en ellos, de esta forma se logrará una intervención oportuna identificando los potenciales problemas posteriores que se puedan presentar, minimizando al mismo tiempo sus efectos en el niño, que podrían ser muy graves si se dejan pasar por alto, al concienciar sobre el control médico periódico del niño, con un seguimiento continuo se identificarán las secuelas posteriores brindando oportunamente soluciones y, en algunos casos minimizando sus consecuencias en la salud del niño, posibilitando un crecimiento y desarrollo adecuado en los niños prematuros.

El niño prematuro y su familia están insertos en una problemática particular durante varios años. Generalmente son asistidos por varios especialistas, según la complejidad de los casos. Hay pacientes que son seguidos, desde su crecimiento y desarrollo, por un equipo, en donde lo evalúan distintos especialistas según la edad y evolución; como también hay otras familias que son asistidas por un neurólogo, estimulador temprano, terapeuta físico, entre otros, cuando existe sospecha o diagnóstico de cierta discapacidad.

Todo esto obliga, a cada especialista, que atiende a estos niños, y a sus familias, a conocer lo que sucede a lo largo de los años en el ámbito del crecimiento general, del desarrollo (mental, motor, comportamiento, lenguaje) y en el área familiar, por estas razones se debe realizar un trabajo conjunto en bien del paciente y su familia, lo que seguramente ahorrará tiempo, sufrimiento y dinero para su familia.

No es la misma situación la que se plantea ante un recién nacido de 36 semanas de edad gestacional que pesa 2.800 gramos, que la que se vive ante un recién nacido de 550 gramos de peso y de 26 semanas de edad gestacional.

La gran inmadurez de un recién nacido prematuro, además de los problemas habituales inherentes a todos los partos, hace que sea necesaria su atención en una Unidad Especializada (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) y, posteriormente un seguimiento multidisciplinario (por parte de diferentes especialistas: neurólogo, oftalmólogo, neonatólogo, etc.) lo que representa un enorme gasto económico para la familia y además inestabilidad emocional, por el desenlace que pueda tener ese bebé prematuro.

En el área de neonatología de la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo Crespo”, en los 9 meses del estudio se han ingresado un promedio de 9 recién nacidos prematuros por mes, con edades comprendidas entre 21 a 36 semanas de gestación, con una media de 35 semanas de gestación, pero verificando los rangos de edades gestaciones nos encontramos con prematuros extremos y esto se evidencia claramente al obtener un desvío estándar de 3.5, además como es de esperarse el peso al nacimiento varía en gran medida, con pesos al nacimiento muy bajos para la edad gestacional, el más bajo que ha ingresado al servicio es de 690 gramos y el más alto de 2900gr con una media de 2185gr, encontrándose

además una mayor prevalencia de niños con 58 frente a 24 niñas; del total de prematuros 23 niños necesitaron apoyo ventilatorio, 60 permanecieron en cuidados intermedios y 1 necesito cuidados mínimos, esto corrobora la preocupación del personal médico que insiste en el cuidado, control y manejo adecuado del prematuro por las complicaciones que pueda presentar y la necesidad de una atención oportuna; una de las complicaciones que se presenta en mayor numero es la ictericia, ocasionada en la mayor parte de los casos por su edad gestacional, el ayuno prolongado por su inestabilidad hemodinámica y respiratoria inicial, además en algunos casos por incompatibilidad del grupo o factor sanguíneo. A pesar de todos los cuidados y medidas de soporte brindadas al prematuro se evidenciaron 10 muertes durante los 9 meses, ocasionados por complicaciones cardiorrespiratorias, procesos infecciosos, y causas neurológicas.

Todo lo mencionado demuestra la importancia de este proyecto y, de la capacitación posterior a los padres de estos niños, que al nacer presentan muchos riesgos y conforme van alcanzando mayor edad se complican en muchas ocasiones su situación, con patologías de sumo cuidado que requieren atención oportuna y especializada y, que por su misma patología de base (prematurez) presentan un alto riesgo de secuelas, que pueden ser percibidas durante la primera infancia y que en muchas ocasiones no son detectables en el periodo neonatal o en menores de 1 año de edad.

Los más perjudicados en caso de descuido o desconocimiento del cuidado, signos de alarma y déficits en el desarrollo psicomotriz son los niños y sus familias, debido a que un retraso en el tratamiento y atención podría ser fatal y ocasionar complicaciones y secuelas futuras muy difíciles de tratar.

En vista de estos argumentos todo padre/madre de un niño prematuro debe ser capacitado adecuadamente por el personal médico a cargo, para lograr un correcto desarrollo y crecimiento del niño, que es el más beneficiado y lo más importante.

6.- OBJETIVOS:

6.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un programa de capacitación a los padres y madres de familia de niños prematuros, mediante talleres teórico prácticos para el manejo, cuidado y seguimiento eficiente de los niños egresados del servicio de neonatología de la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo Crespo” para lograr un adecuado manejo domiciliario luego del alta del prematuro, incentivar el control médico y detectar oportunamente las complicaciones asociadas.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Entrenar a los padres y madres de familia para el manejo domiciliario de sus hijos.
- Elaborar una guía de cuidado del niño prematuro para el cuidado en el domicilio.
- Establecer un programa de control médico del Recién Nacido para evaluar el estado de salud y desarrollo psicomotor del niño.

CAPITULO I

7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

La Clínica Humanitaria es obra de un sueño de Don Pablo Jaramillo Crespo, hecho realidad por sus familiares, después de su partida en agosto de 1976. Él era un ciudadano bondadoso, capaz y amigo, demostraba siempre una inclinación muy equilibrada hacia los auténticos valores humanos y espirituales, por lo tanto su preocupación por los más pobres estaba entre sus prioridades.

La Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, nació del corazón de su fundador, como un lugar dedicado exclusivamente a auxiliar al sector más vulnerable de la ciudad; por esto, y en pleno conocimiento, que para socorrer al prójimo no sólo se necesita la buena voluntad, sino de recursos económicos, un equipo comprometido con los ideales que persigue la fundación, la constancia y el profesionalismo, se ha hecho realidad este magna obra.



Por estas causas, se ha implementado un eficaz equipo médico integral que, a bajo costo y con la excelencia que exige un trabajo médico humano y formado varios campos en los distintos vértices de la salud.

Se encuentra ubicada en la Avenida Carlos Arízaga Vega entre Roberto Crespo y Av. de las Américas, en la ciudad de Cuenca – Ecuador.

La Fundación ha ido creciendo conforme la demanda pública que confía en su profesional y desinteresado servicio, resultado de la constancia diaria que fortalece cada día a su equipo y da la oportunidad de abrir una puerta para que amplíen sus servicios a la comunidad, a la vez que, a cambio recibe la tranquilidad de una familia feliz que vive con la confianza de que siempre hay alguien que estará velando por su bienestar y salud.

La clínica humanitaria es una institución sin fines de lucro dedicada al campo de la salud, especialmente en el área materno infantil, fue creada en noviembre de 1988 mediante el acuerdo ministerial # 2664 del ministerio de bienestar social.

En más de 2 décadas se ha atendido 853.000 consultas y 28.000 nacimientos.

Es una real actividad dedicada cien por ciento al desarrollo integral de la salud humana, la que se mantiene por misión y vocación trabajando para los sectores sociales económicamente menos favorecidos, con la calidad que ha valido la confianza de los pobladores del Austro ecuatoriano.

Las siguientes son instituciones con responsabilidad social que aunando esfuerzos han participado, con apoyos puntuales, en la labor social de la Clínica humanitaria:

- Alta flor S. A. (2006)
- Ayuntamiento de Reus-España, a través de Biaix, Centre per la Pau i el Desenvolupament, sección de l'associació Rella. (2001)
- Care con el aporte económico de USAID y la Unión Europea para el desarrollo de los proyectos Apolo, Vida y Univida. (Años 1996, 2002, 2008)
- Club Rotario Tomebamba. (2006)
- Colaboradores Catalanes. (2000)
- Embajada del Japón. (1996, 2001, 2004)
- Embajada de la Orden Soberana y Militar de Malta del Ecuador. (1991)
- I. Municipalidad de Cuenca (1990, 1997, 2004)
- INNFA (1993, 1995, 1997)
- Plásticos Rival Cia. Ltda. (2009)

MISION:

“Somos una institución privada sin fines de lucro, que brinda ayuda social a través de servicios integrales de salud con calidad y profundo sentido humanitario-cristiano, donde su base primordial es el amor y respeto al próximo. Orientamos la atención prioritariamente a mujeres adolescentes y niños”.

VISION:

Contar con usuarios satisfechos por la calidad técnica y humana de los servicios. Servir a la comunidad azuaya es una responsabilidad y hacerlo con amor y calidad a las personas más necesitadas, nos deja una profunda gratificación, para seguir trabajando por la vida.

OBJETIVOS:

- ❖ Brindar una atención de salud integral a la familia con equidad, calidad y solidaridad.
- ❖ Contribuir a la disminución de la mortalidad materno- infantil del cantón Cuenca y del Austro del país.
- ❖ Buscar de manera permanente la excelencia en la atención de la salud.

COLABORADORES: La clínica cuenta con 142 empleados entre médicos, personal paramédico, personal administrativo y personal de servicios.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

Ofrece atención médica en Consulta Externa, servicio que se lo hace con calidad y calidez, así lo demuestran más de 65.000 consultas efectuadas en el 2008

Se ha priorizado el área materno-infantil atendiendo al 22% de los partos y cesáreas de la provincia del Azuay.

Dentro de este contexto médico tienen:

-  Ginecología y Obstetricia
-  Pediatría
-  Cirugía Pediátrica
-  Estimulación Temprana
-  Cirugía General
-  Medicina Interna

- Dermatología
- Otorrinolaringología
- Cirugía plástica
- Psicología

Buscan el óptimo servicio médico por lo que se ha puesto esmero en contar con Auxiliares de Diagnóstico que respaldan la gestión médica, cuya atención, en el 2008, llegaron a cerca de 100.000 pruebas y exámenes.

Cuenta con los servicios de:

- Laboratorio
- Rayos X
- Ecografía
- Colposcopia
- Electrocardiografía
- Odontología
- Farmacia

Tiene una mirada humana que contribuye a que los costos sean accesibles y equitativos, lo que ha permitido hospitalizar, en el 2008, alrededor de 3.500 pacientes materno-infantiles, siendo su mayor actividad en el campo obstétrico con 1.240 partos.

En área de hospitalización se cubre las siguientes especialidades:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Neonatología

- Cirugía
- Cirugía Pediátrica
- Medicina Interna

El servicio de Emergencia atiende las 24 horas en las áreas de:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna
- Cirugía.

Espacio Joven, un servicio dedicado a la atención exclusiva, diferenciada e integral de los y las adolescentes; ha tenido gran aceptación en los jóvenes azuayos, es así que se han atendido, durante el 2008, alrededor de 8.000 consultas médicas.

Las especialidades que cubre Espacio Joven son:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna
- Psicología
- Consejería
- Preparación para el parto

Una forma eficiente de brindar atención solidaria, es mantener un sistema de categorización a los pacientes porque permite aplicar un pago diferenciado, acorde a la situación socioeconómica de las familias

ACCION HUMANITARIA

Desarrolla actividades solidarias que permiten cerrar el círculo de ayuda para la familia, privilegiando y velando por su calidad de vida, por sobre todas las cosas.

PLAN PADRINO

Busca que personas generosas apoyen a familias de escasos recursos, en áreas como vivienda, educación, vestuario, alimentación y desarrollo de actividades productivas.

PLAN MADRE

Una íntegra atención a la mujer en el embarazo y parto, es el paquete de servicios integrales que comprende el control médico periódico, exámenes de laboratorio, ecografías y talleres de preparación para el parto; con la posibilidad de que su costo sea cancelado en cómodas cuotas y a costos mínimos.

Buscando alcanzar nuestro objetivo de la excelencia en la atención de la salud se han firmado convenios con importantes universidades del país para el desarrollo de programas de investigación y docencia.

- Universidad de Cuenca (proyectos de investigación y docencia en el campo médico y de laboratorio, desde el 2004)
- Universidad de Loja (programa de postgrado en ginecología y pediatría / 2000 – 2004)
- Universidad del Azuay (programas de pregrado y postgrado en pediatría y gineco-obstetricia, desde al año 2005)
- Universidad del Azuay (programa de psicología-prácticas de estimulación temprana)

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN

CATEGORIA A	Corresponde a los pacientes que tienen derecho a ser atendidos sin costos en la consulta externa y con un subsidio del 60% del costo total en los demás servicios.
CATEGORIA B	Corresponde a los pacientes que reciben un subsidio del 40% del costo total en todos los servicios.
CATEGORIA I	Pacientes con recursos limitados que reciben un subsidio del 10% del costo total en todos los servicios.
CATEGORIA C	Pacientes con recursos limitados que pagan el soto total en todos los servicios.
CATEGORIA D	Pacientes con posibilidades de pagar un 10% más del costo total en todos los servicios.

Fuente: Trabajo social
Realizado por: Equipo de trabajo social

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Se implementó en noviembre del 2007, y viene funcionando a través de 21 manuales de procedimientos, que reposan en todas las áreas de servicio. Durante el 2008 se realizó la actualización de algunos manuales luego de la primera auditoría interna realizada a todos los procesos. Se cuenta también con procedimientos médicos de las áreas de ginecología y pediatría.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

El nacimiento de un hijo deseado es motivo de celebración y fiesta. Para la mayoría de las familias un embarazo normal es motivo de expectación y cambio.

Cuando una gestación acaba prematuramente estas expectativas se quiebran bruscamente. En estos casos los progenitores y las familias reaccionan de forma muy diversa, influenciada por: la historia de pérdidas de hijos con anterioridad, la significación de ese hijo, traumas emocionales previos, modelo de familia, edad de los padres y situación socioeconómica familiar.

Ante el nacimiento de un hijo prematuro los progenitores tienen que afrontar los siguientes problemas: a) la separación que significa la hospitalización; b) la estancia en la Unidad de Cuidados Neonatales; c) el proceso de alta.¹

Estas situaciones son “crisis” que alteran el equilibrio psicológico. En estos momentos los profesionales pueden proporcionarles la información y ayuda emocional para facilitar el proceso de adaptación, reinstaurar el equilibrio y recibir al niño con éxito en la familia.

A lo largo de esta difícil etapa los padres en ocasiones se enfrentan dramáticamente al fallecimiento de su hijo y, en otras, a la probabilidad de que sobreviva con secuelas, por ello es necesario una guía y el apoyo constante del personal de salud a cargo del cuidado del prematuro.¹

El alta, paso previo para llevarse el hijo al hogar familiar, debe ser un proceso programado con los padres, y darse cuando estén preparados para asumirla y

¹ Manual para padres con niños Madrid 2005.

siempre que se haya comunicado al pediatra extra hospitalario los cuidados especiales que estos niños necesitan.¹

Las posibilidades de que un niño prematuro sobreviva están condicionadas por: la edad gestacional, el peso al nacimiento, la presencia de problemas de salud graves al nacer (respiratorios, cardíacos, infecciosos, malformativos, etc.). De todos ellos el más importante es la edad gestacional, ya que determina la madurez de los órganos.

PREMATURIDAD

Según la OMS un *prematuro* es un RN de peso inferior a 2500 g. y nacido antes de las 37 semanas de gestación.

Se estimó que en el 2005 la OMS registró 12,9 millones de partos prematuros, que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El peso aproximadamente en la mitad de ellos menos de 2500 g.² Actualmente, los términos “pre término” y “prematuro” se hacen sinónimos dando prioridad a la edad gestacional. Dentro del grupo de niños prematuros, se habla de niños de muy bajo peso a los que pesan menos de 1500 gramos al nacer.

² Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos Volumen 88: 2010 Volumen 88, enero 2010, 1-80

También ha aumentado el número de niños de estas características, que es de alrededor del 1,5% de todos los nacidos.

En estos casos, el niño nace con una inmadurez de sus órganos y sistemas: respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc., lo que le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos y suelen requerir atención especial en la unidad neonatal del hospital. No todos los niños prematuros presentan los mismos problemas, pero por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una Unidad de Neonatología.

Alrededor del 10% de todos los RN y un 30% de los que pesan al nacer menos de 2500 g., requieren de atención especial y hospitalización. En la actualidad, la supervivencia de los bebés prematuros ha aumentado considerablemente. En relación con la supervivencia de hace unos años, podemos decir que los bebés prematuros han alcanzado una alta capacidad de supervivencia. El reto hoy, es el de conseguir que el bebé neonato alcance una calidad de vida óptima, y para ello se debe trabajar desde el principio con el núcleo familiar, para colocarlo como un eje fundamental del abordaje del bebé prematuro.³

Los cuidados en la Unidad de Neonatología están destinados a proporcionar al bebé prematuro la ayuda que necesita para realizar sus funciones esenciales; Por ello, el bebé es llevado a una incubadora o cuna térmica, que mantiene su temperatura. Pueden conectarse a un respirador o ventilador para que les ayude a respirar o pueden precisar alimentación mediante una sonda y, se les ofrecen todos los cuidados y tratamientos necesarios para poder desarrollarse. Asimismo, se invita a los padres a convertirse en los principales cuidadores de sus hijos.

³ Estrategias para mejorar la sobrevivencia del prematuro extremo [en línea]. 2009

CLASIFICACIÓN⁴

- *Pre término moderado* = entre 31-36 semanas, con mortalidad baja.
- *Pre término extremo* = entre 28-30 semanas, con mortalidad y morbilidad elevadas. Su peso en general es inferior a 1500 g.
- *Pre término muy extremo* = edad gestacional inferior a 28 semanas y peso en general inferior a 1000 g.

Actualmente se considera como límite de viabilidad un peso de 500-600 g. al nacimiento y una edad gestacional entre 23-24 semanas.

ETIOPATOGENIA DE PREMATURIDAD BPEG⁵

a) Factores maternos: - Historia de partos prematuros previos - Desnutrición

- Malnutrición - Pequeña estatura
- Anomalías uterinas - Toxemias
- Distensión uterina (hidramnios) - HTA
- Edad inferior a 16 años o superior a 35 años
- Enfermedades crónicas: Cardiopatías y otras enfermedades crónicas
- Primiparidad, multiparidad
- Intervalo corto intergenésico

⁴ Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

⁵ Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo

- Infección. Corioamnionitis
- Traumas. Hipertensión crónica
- Diabetes. Toxemia. Metrorragias
- Madre afecta de crecimiento intrauterino retardado

b) Factores fetales: - Malformaciones - Enanismo genético

- Embarazo múltiple - Infecciones
- Rotura prematura de membranas - Cromosomopatías
- Malformaciones
- Embarazo múltiple

c) Factores funículo-placentarios: - Alteraciones del cordón y placenta

d) Factores ambientales: - Clase socioeconómica baja

- Hábitos: - Tabaco
- Drogadicción
- Fatiga/actividad

CLÍNICA Y COMPLICACIONES⁶

■ Aparato respiratorio: movimientos respiratorios rápidos, superficiales e irregulares. Los trastornos de la respiración son: carencia de surfactante (enfermedad de la membrana hialina); inmadurez de los centros respiratorios (acidosis respiratoria fisiológica), hipertensión pulmonar persistente y complicaciones respiratorias (neumonía por aspiración o infecciosa).

⁶ Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo

- Aparato digestivo: los reflejos de succión y deglución están debilitados; la musculatura de la boca tiene escasa fuerza; la motilidad gástrica insuficiente y la debilidad de los movimientos peristálticos provocan meteorismo y estreñimiento; puede existir retención de meconio; la inmadurez hepática es causa de hipoglucemia, hipoproteinemia, hipoprotrombinemia e ictericia.
- Sistema nervioso: somnolencia exagerada; movimientos lentos; hipotonía; reflejos disminuidos; SNC muy sensible a la anoxia neonatal.
- Órganos de los sentidos: el más afectado es el ojo: iris poco pigmentado; movimientos oculares muy incoordinados; a veces existen restos de membrana pupilar.
- Retinopatía del prematuro: gran interés. Su grado máximo es la fibroplasia retrolental, posible causa de amaurosis.
- Aparato circulatorio: taquicardia variable, aunque puede existir bradicardia; frecuentes soplos funcionales y transitorios; es característica la persistencia del ductus arterioso.
- Aparato urinario: inmadurez que provoca albuminuria, glucosuria y hematuria discreta.
- Órganos hematopoyéticos: alto número de eritroblastos; anemia del prematuro (hipoplásica), que en tres meses se transforma en anemia

ferropénica; coincidiendo con la recuperación ponderal se observa eosinofilia.

■ Facilidad para las infecciones

CLÍNICA Y COMPLICACIONES DEL PREMATURO⁷

Dos primeros días-	De tres a quince días-	Pasados quince días
Hipotermia	- Crisis de apnea	-Anemia
Hipocalcemia	-Infección postparto	-Raquitismo
Hiperbilirrubinemia	-Acidosis metabólica tardía	-S. Wilson
Hipo e hiperglucemia	-Hiponatremia	-Displasia broncopulmonar
Anemia o poliglobulia	-Acidosis respiratoria	-Fibroplasia retrolental
Sufrimiento cerebral	-Edemas	-Tetania
E. membrana hialina	-Persistencia ductus	-Neumonía intersticial
Pulmón húmedo	- Enterocolitis necrosante	
Infección prenatal	-Aumento necesidades de Síndrome de aspiración	
Hipernatremia.	- Hipercalemia oxígeno	
Íleo paralítico		
Hiperazotemia		
Hipoproteinemia		
Hemorragias		

⁷ Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo

PRONÓSTICO⁸

Será siempre reservado y no es prudente establecerlo hasta el cuarto día de vida o más tardíamente en prematuros extremos. Mortalidad media = 6%. A medida que aumenta el peso de nacimiento va disminuyendo la mortalidad.

En la mayoría de las ocasiones es difícil, en los primeros momentos, prever una futura incapacidad del niño. Existen factores que aumentan el riesgo (todos aquellos que influyen en la supervivencia del niño), así como otros que se manifiestan en los primeros días o semanas de su estancia en el hospital. El médico, según la evolución del niño y los problemas que presente, detectará las posibilidades de secuelas futuras, hay que tener en cuenta que algunas de ellas no se podrán diagnosticar hasta etapas posteriores de la infancia.

TRATAMIENTO⁹

- *Asistencia durante el parto:* sala de partos con: equipo especializado, incubadora y dispositivo de reanimación. No debe ligarse precozmente el cordón, sino esperar 30-60 segundos. Aspiración de mucosidades bucofaríngeas y reanimación si fuera preciso.
- *Traslado al centro de prematuros*
- *Alimentación*

⁸ Sanabria, SM. Predicción de secuela neurológica al año de edad en niños prematuros evaluados con el examen evolutivo de la conducta. [en línea]. (2008)

⁹ Cernadas, C. (2009), Neonatología Práctica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo, Iramain, L. Seguimiento del prematuro gran prematuro en atención primaria

Los cuidados centrados en el desarrollo constituyen un sistema de cuidados para el bebé recién nacido prematuro, que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad.

Los cuidados centrados en el desarrollo se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente y se aplica al período neonatal. Comprenden intervenciones dirigidas a mejorar tanto el ambiente de luces, ruidos... como el microambiente en que se desarrolla el niño/a (postura, manipulaciones, dolor...). Se interviene con instrucciones a la familia para facilitar al máximo su papel de cuidadora principal del niño.

Algunos de estos cuidados consisten en sencillas medidas, que implicarían: controlar el ruido, poner cobertores para las incubadoras, la sensibilización del personal, disminución de la intensidad sonora de las alarmas, controlar la intensidad lumínica con focos de intensidad regulable, establecer horas quietas para permitir el descanso de los niños, implantar un protocolo de mínima manipulación, acometer medidas para el confort y el control del dolor, utilizar nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión, usar sacarosa como analgésico en cualquier maniobra que pueda comportar dolor, hacer escalas para la evaluación del dolor, permitir la entrada de los padres y otros familiares para que puedan cuidar a sus hijos mejorando su evolución y fomentar la lactancia materna.

Los cuidados centrados en el desarrollo suponen por tanto, un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes. Existen dificultades en la implementación de los cuidados centrados en el desarrollo, pero de la misma forma, que en la incorporación de otras intervenciones, se ha llegado a un consenso, también se está avanzando en el conocimiento y en la aplicación de estos procedimientos. Se ha demostrado la eficacia de dichos cuidados en la mejoría de los períodos de sueño, en la reducción de las conductas de estrés del recién nacido, se constata mayor estabilidad en las constantes del recién nacido y se observan beneficios a corto y a largo plazo.

CONTACTO CON LOS PADRES¹⁰

El bebé recién nacido, prematuro o no, nace con la imperiosa necesidad de encontrarse con su madre, ya que ella es el entorno más seguro para él.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), recomienda no separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y la madre. La cercanía con la madre favorece un mejor desarrollo psicomotriz, una mayor estimulación y un aumento de sensación de seguridad al bebé. El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa en sangre y el sistema inmunitario del bebé.

Incrementar la interacción madre-hijo favorece que la madre obtenga mayor seguridad y confianza en sí misma. La separación provoca que el recién nacido se sienta desamparado y sufra estrés.

¹⁰ Ibáñez; y Plaza, Manual para padres con niños prematuros. [en línea]. Madrid 2005

DESARROLLO PSICOMOTOR EN PREMATUROS¹¹

Según Schilling, se trata de un proceso de adaptación que determina el dominio de sí mismo y del ambiente, pudiendo ser capaz de utilizar sus capacidades motrices como medio de comunicación en la esfera social.

Es un proceso en el que se manifiesta una progresiva integración motriz que trae consigo diferentes niveles de intervención y aprendizaje.

A medida que el desarrollo psicomotor va creciendo, el niño se va desarrollando mejor por sí mismo en el ambiente o espacio en el que se encuentra.

Formula:

DESARROLLO = MADURACIÓN MEDIO

No puede haber desarrollo sin que ambos elementos funcionen.

La semiología neuropediátrica evolutiva es de gran importancia para el seguimiento neuropsicomotor del niño.

Los parámetros de normalidad establecidos se utilizan en las investigaciones que estudian el desarrollo normal y patológico de los niños nacidos a término, aunque pueden aplicarse, por extensión, a los niños prematuros, siempre que la edad gestacional se corrija. El seguimiento neurológico durante los primeros años de vida de los niños prematuros demuestra que, al corregir la edad gestacional, su evolución no difiere de la de los recién nacidos a término.

¹¹ Cernadas, C. (2009), Neonatología Práctica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo, Iramain, L. Seguimiento del prematuro gran prematuro en atención primaria

Las alteraciones neurológicas encontradas se relacionan con la edad gestacional, el peso en el momento del nacimiento y las interurrencias neonatales. La parálisis cerebral, la sordera neurosensorial y el déficit visual son las alteraciones neurológicas más comúnmente encontradas por esos investigadores. La evaluación del desarrollo neurológico de los niños prematuros se efectúa, en la mayoría de los casos controlados, mediante pruebas y escalas de desarrollo psicológico.

El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a supervisión de salud o control sano. Se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control. Éste es también el mejor momento para revisar con los padres la estimulación que recibe el niño y hacer las recomendaciones pertinentes.

Anamnesis

En la primera consulta se deben averiguar los antecedentes de la madre, del embarazo y de las patologías perinatales que pudieran alterar el desarrollo.

- Historia obstétrica: número de embarazos, abortos espontáneos, hijos vivos
- Historia materna: edad, nivel educacional, enfermedades crónicas, depresión
- Antecedentes del embarazo: control prenatal, retardo, infección intrauterino
- Antecedentes del parto: edad gestacional, peso de nacimiento, tipo de parto, atención hospitalaria, resucitación

- Antecedentes neonatales: apneas, ventilación mecánica, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia, sepsis, enterocolitis necrosante, convulsiones
- Patología postnatal: hospitalizaciones, cirugías
- Estimulación: quien cuida al niño, quien lo estimula, con qué pautas, como responde él

Examen Físico

En el examen del niño se deben corroborar aquellos hitos que debieran estar presentes para la edad y también para las edades inmediatas. Además de ello, se deben examinar los reflejos arcaicos su persistencia más allá del tiempo esperado de desaparición puede corresponder a una Parálisis Cerebral. Por el contrario, la aparición de las reacciones de defensa (paracaídas) constituye un signo positivo de maduración del SNC. El reflejo de Landau, que aparece cerca de los 3 meses, es también un signo de madurez neurológica. El tono muscular, la postura y los reflejos osteotendinosos son también importantes de evaluar. Un niño de 6 meses con hipertonía, hiperreflexia y persistencia de reflejos arcaicos nos hace pensar en una Parálisis Cerebral de tipo espástico. Si este mismo niño fue un recién nacido de pre término de 28 semanas, tiene ahora por lo tanto 3 meses de edad corregida y su desarrollo es normal.

Durante el examen del niño se debe evaluar la estimulación que él está recibiendo. Se debe aprovechar la oportunidad para observen los padres como modelo de estimulación, instruyéndolos en la forma que se debe estimular al niño y explicarles claramente cuanto tiempo se necesita hacer al día.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO.¹²

El desarrollo del ser humano tiene influencia directa del medio ambiente y del grado de bienestar en el que se vive, de tal forma que para definir el plan de Estimulación Temprana a seguir, es indispensable que durante la primera consulta que se otorgue al niño/a se identifique la presencia de factores de riesgo para el desarrollo.

Los factores de riesgo están agrupados en tres categorías: aspectos socio económicos, riesgo perinatal y, crecimiento y desarrollo.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO.¹³

Desarrollo: Proceso de adquisición de funciones cada vez más complejas por los nuevos tejidos formados.

- El sentido y dirección es hacia la independencia y la autonomía.
- La marcha en posición erecta, la prensión y manipulación de objetos, son los comienzos de la humanización.
- La maduración del sistema nervioso central se hace en dirección céfalo caudal, (cabeza- pies), próximo- distal (tronco- extremidades- dedos) de lo simple a lo complejo.

¹² Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo.

¹³ Predicción de secuela neurológica al año de edad en niños prematuros evaluados con el examen evolutivo de la conducta. [en línea]. (2008), Illanes, O. Cerda, R. Estudio de 258 pacientes en el primer año de vida. [en línea].

- El niño, no es un ser pasivo, es activo y su comportamiento está organizado: siente, se expresa de diferente manera de acuerdo con su edad y su es portador de su individualidad.
- Es a través de la interacción dinámica entre el niño, medio y su madre, que se produce el lento proceso de individuación, o diferenciación primaria hacia la diferenciación compleja.
- Hoy se interpreta al desarrollo como el resultado de: la naturaleza, el ambiente y la actividad personal del individuo.
- Si bien el desarrollo normal es integral y armonioso, cada fase o cada función puede aparecer en tiempos diferentes.

VALORACIÓN DEL DESARROLLO:¹⁴

Para la valoración del desarrollo de un niño, se utilizan las llamadas escalas del desarrollo, el objetivo de estas escalas es la detección temprana de posibles problemas, pero no valoran el grado de retraso en el caso de existir.

DESARROLLO FÍSICO

El crecimiento y desarrollo durante el primer año es muy acelerado:

- Al año de edad se dobla la estatura, se triplica el peso del nacimiento y se alcanza el 70% del crecimiento cerebral.

¹⁴ Garzona, ME. Score de riesgo para recién nacidos prematuros, . Predicción de secuela neurológica al año de edad en niños prematuros evaluados con el examen evolutivo de la conducta, Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires
 Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo, Iramain, L. Seguimiento del prematuro gran prematuro en atención primaria

- La maduración del sistema nervioso también se va incrementando, lo que permite al niño un mayor dominio motor.
- Comienzan a cerrarse las suturas craneales hacia los 3 meses y después la fontanela posterior o Landa.

DESARROLLO COGNITIVO

Etapa sensorio motora (0-2 años), según Piaget, que se caracteriza por los reflejos (moro, succión, grasping y de marcha), son actos reflejos que le aseguran la supervivencia al niño y preparan para su posterior desarrollo.

Su inexistencia al nacimiento son síntoma de patología, tienden a desaparecer hacia los 6 meses; pero algunos como el de succión, deglución, permanecerán a lo largo de la vida y otros evolucionarán hacia conductas más especializadas como coger, empujar, levantar.

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

El llanto aparece en el nacimiento, en el primer mes empieza a emitir sonidos vocálicos como respuestas a estímulos táctiles, visuales, acústicos y viscerales.

Se convertirán en consonantes sin intención comunicativa.

A los 4 meses empieza a interesarse por los objetos, la interacción empieza a hacerse más compleja y ello le permite progresar en el dominio de la comunicación.

A los 6-8 meses aparece el balbuceo repetitivo, integrado por un sonido consonántico y una vocal.

Sobre los 9 meses comienza la reorganización de los mecanismos de fonación, audición y articulación, emite las primeras vocales, bien pronunciadas.

Al primer año va a ir pasando del lenguaje gestual al verbal.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR¹⁵

DE 0-3 MESES

- Sostén cefálico.
- Sigue con la vista un ángulo de 180 grados
- Sonríe a su mamá
- Busca con la vista la fuente de un sonido.
- Vocaliza dos sonidos diferentes

4-6 MESES

- Sentado con apoyo
- Ríe a carcajadas
- Gira la cabeza al sonido de la campanilla
- Toma con sus manos una argolla
- Balbucea dos o más sonidos: goo, ha, ma, etc.
- Reconoce personas

7 – 9 MESES

- Se mantiene sentado por 30 seg. o más
- Toma dos cubos, se pasa objetos de mano a mano
- Cooperar en los juegos
- Manipula una pastilla con la participación del pulgar
- Se pone de pie, apoyándose en un mueble

10-12 MESES.

¹⁵ Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, Buenos Aires

Tapia, J. (2008), Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo, Iramain, L. Seguimiento del prematuro gran prematuro en atención primaria

- Hace pinza fácilmente
- Imita gestos simples
- Gatea
- Se pone de pie solo por unos segundos
- Camina con apoyo
- Pronuncia 2-3 palabras: papá, mamá, etc.
- Entrega algo como respuesta a una orden

DESARROLLO AFECTIVO-SOCIAL

Desde el nacimiento el niño muestra reacciones afectivas y emocionales ante acontecimientos externos.

A los 3-4 meses cuando empieza a reconocer a las personas, sólo reconoce sus atributos.

A los 8 meses comienza a diferenciar entre personas conocidas y extrañas, mostrando miedo, temor e incluso rechazo hacia estas últimas.

La figura de apego se convertirá en la base de apoyo para el niño, desde la que realizará todas sus exploraciones.

SUEÑO

El sueño se caracteriza por ser un estado fácilmente reversible de disminución de la conciencia, la actividad motora y la capacidad de respuesta al medio ambiente, se ha descrito 6 estados:

1. Sueño tranquilo
2. Sueño activo

3. Somnolencia
4. Alerta
5. Nervioso
6. Llanto

Durante las 24 horas el niño fluctúa en los diferentes estados de sueño, es muy importante permitir que el niño cumpla sus horarios de sueño.

IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA Y SEGUIMIENTO AL ALTA DEL PREMATURO¹⁶

Tres cuartas partes de todas las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida, 25 a 45% en las primeras 24 horas. También es el período en donde más muertes maternas ocurre; sin embargo, 47% de las madres y recién nacidos no reciben cuidados adecuados durante el nacimiento y 72% de los nacimientos no institucionales no reciben control postnatal. La importancia de brindar este cuidado en las primeras horas y días después del nacimiento no se le ha dado suficiente importancia. Este es el período en donde el continuo del cuidado es más frecuentemente interrumpido.¹⁷

El seguimiento del prematuro se debe realizar en forma coordinada con todos los niveles de atención con el fin de detectar eficazmente sus problemas en el desarrollo e intervenir oportunamente para mejorar su calidad de vida.

El propósito de la capacitación y seguimiento del prematuro al alta es favorecer el normal crecimiento y desarrollo del niño Prematuro, a través de una atención programada, coordinada y eficiente en los establecimientos de salud.

Se pretende contribuir a disminuir la morbimortalidad de los niños prematuros, desarrollando estrategias de Atención Integral y Multidisciplinaria durante el seguimiento y control continuo del niño prematuro y así además asegurar el acceso a la atención de Salud del Prematuro en los Consultorios de Atención Primaria, facilitando y garantizando la atención precoz y oportuna.

Los padres apoyan de forma directa en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño Prematuro en su entorno familiar, identificando oportunamente posibles

¹⁶ <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>

¹⁷ http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones.pdf

factores de riesgo biosicosocial para intervenirlos, al tener un conocimiento y poseer estrategias de manejo en el domicilio del prematuro.

Cada vez existe más evidencia que los programas de visitas domiciliarias continuas generan resultados positivos tanto para niños y niñas pequeños/as como para sus padres. Se han observado múltiples efectos, entre los que destacan principalmente:

- * Mejoramiento de las habilidades parentales y en la relación padres, madres y sus hijos o hijas.
- * Reducción en los problemas conductuales en los niños o niñas.
- * Reducción de las situaciones de peligro en el hogar.
- * Mejoramiento de la calidad del ambiente familiar.
- * Reducción en la frecuencia de accidentes en el hogar.
- * Mejoramiento de la calidad del apoyo social destinado a los padres.
- * Aumento en la detección y manejo de la depresión post-parto.

La OMS y UNICEF recomiendan al menos dos visitas domiciliarias para las madres y sus recién nacidos y mucho más a aquellos que presentaron factores de riesgo, la primera dentro de las primeras 24 horas (día 1) y otra posterior en el día 3. Si es posible una tercera visita a la primera semana de vida (día 7) debe ser realizada.

Varios estudios han demostrado que la capacitación y el seguimiento por el equipo médico con visitas tempranas en el hogar para el cuidado del recién nacido son efectivas en reducir mortalidad neonatal en poblaciones de alto riesgo.

Además han mostrado mejoras en las prácticas claves del cuidado neonatal tales como el inicio de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, contacto piel a piel, retrasar el baño y mejorar la higiene, así como lavado de manos con agua limpia y jabón y cuidado del cordón umbilical.¹⁸

Se ha demostrado que una correcta información y capacitación a los progenitores de niños prematuros disminuye la morbimortalidad de los mismos y además permite la identificación oportuna de secuelas y patologías asociadas, con asistencia pronta y oportuna del prematuro en los servicios de salud.

¹⁸ http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones.pdf

CAPITULO II

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Dr. Marcelo Aguilar. Md. Nathaly Velasteguí P. Lic. Priscila Nájera	Mejorar la calidad de atención y la salud de los pacientes	Recursos Humanos. Recursos Materiales. Recursos Financieros. Ejecutar Proyectos de ayuda social, mediante el acuerdo ministerial # 2664 del ministerio de bienestar social.	Carga horaria Sobrecarga de pacientes. Falta de tiempo para instrucción paterna en el manejo del niño
Facultad de medicina de la Universidad del Azuay	Formar profesionales con especialidad capacitados para solventar los problemas y necesidades de la comunidad.	Recursos Humanos. Recursos Educativos. Formar académicamente. Recursos Humanos, Ley Orgánica de Educación Superior , Registro Oficial 077 el 15 de mayo de 2000	Carga horaria excesiva y múltiples obligaciones y departamentos a cargo
Centro de Posgrados de la Universidad Técnica Particular de Loja	Formar profesionales de especialidad capacitados para solventar los problemas y necesidades de la comunidad.	Recursos Humanos. Recursos Educativos. Formar académicamente. Recursos Humanos. Ley Orgánica de Educación Superior , Registro Oficial 077 el 15 de mayo de 2000	
Pacientes	Recuperar su estado de salud. Satisfacción de necesidades. Procurar mantener un buen estado de salud	Recursos Humanos. Recursos Financieros. Código de la niñez y adolescencia, publicado por ley N° 100 en registro oficial 737 de 3 de enero del 2003.	Excesivo número de asistentes. Impaciencia por el turno y atención. Exigencias de cura inmediata

8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MARCO LÓGICO

	INDICADOR	FUENTES O MEDIOS	SUPUESTOS
<p>FIN Inculcar prácticas saludables en los padres de niños prematuros, para así lograr un manejo adecuado de sus hijos luego del alta del servicio de neonatología.</p>	<p>85% de los padres de prematuros llevan regularmente a controles médicos y en buena condición. El 100% de los padres desarrollan destrezas para el manejo del RN. En los nueve meses que duró el proyecto (abril a diciembre 2011)</p>	<p>Fichas médicas y registro de atención del consultorio, entrevista con los padres durante los controles sobre cuidados y manejo realizado en casa.</p>	<p>La población mantiene la confianza en el personal médico que atiende en el consultorio de la Clínica Humanitaria "Pablo Jaramillo Crespo" y lleva a su niño prematuro continuamente a control y seguimiento.</p>
<p>PROPÓSITO Capacitar a los padres y madres de familia sobre el manejo, cuidados y seguimiento de recién nacidos prematuros, para lograr que los padres identifiquen oportunamente las alteraciones en el desarrollo psicomotriz en los prematuros egresados del servicio de neonatología de la clínica Humanitaria "Pablo Jaramillo Crespo"</p>	<p>A.- Comprobación de hábitos positivos de aseo y alimentación mediante visitas al domicilio en el 80% de familias, con prácticas saludables. B.- Uso adecuado en el 100% de padres de familia de las guías didácticas de manejo y cuidado del prematuro. C.- Verificación en un 100% de hogares del control y seguimiento al prematuro luego del alta. Se realizo en los 9 meses que duro el proyecto (abril a diciembre 2011)</p>	<p>Fichas médicas, registros de control de salud poblacional Seminarios talleres de información y promoción y educación de vida saludable a los padres de los niños.</p>	<p>Mejoran las condiciones de vida y de salud procurando bienestar familiar y social de la población con los servicios profesionales que ofrece la clínica Humanitaria "Pablo Jaramillo Crespo".</p>
<p>COMPONENTES O RESULTADOS</p> <p>a) Padres y madres de familia entrenados adecuadamente para el manejo domiciliario de sus hijos.</p> <p>b) Guía de manejo familiar del niño prematuro para el cuidado en el domicilio.</p> <p>c) Progenitores acuden a controles al Recién Nacido para evaluar el estado de salud y desarrollo psicomotor del niño con visita y seguimiento domiciliario.</p>	<p>a) 60% de los progenitores adquieren de hábitos saludables y los practican para el cuidado de su hijo, el 80% acuden a los talleres y 90% de los progenitores manejan adecuadamente a su hijo b) 100% de los progenitores reciben guías de manejo y cuidado del prematuro en el domicilio c) 80% de los progenitores acuden a los controles, reconocen en un 90% los signos de alarma y evitando así deterioro en el crecimiento y desarrollo, así es posible intervenir oportunamente para minimizar las secuelas identificadas con apoyo continuo.</p>	<p>Fichas médicas, registros de control y estadísticas de atención y evolución de la salud poblacional. Fotografías y registros de visitas domiciliarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se evidencia un adecuado manejo del prematuro en el domicilio, los lazos afectivos familiares son fuertes con apoyo importante entre las partes involucradas. • Progenitores utilizan y conocen guías de manejo y cuidado del prematuro e identifican signos de alarma. • Se realizan controles subsecuentes por el equipo médico, se identifican alteraciones en el desarrollo psicomotriz, además es posible valorar ambiente familiar mediante visitas domiciliarias

MATRIZ DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del recién nacido prematuro • Revisión de las estadísticas de los nacimientos e ingresos de niños prematuros en los libros de la Clínica Humanitaria • Identificación de la Historia clínica • Evaluación de la condición del neonato. 	La autora	Abril a Diciembre 2011	Libros de estadística, sistema computarizado de la Clínica VALOR 0 USD
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los talleres • Reunión inicial para escoger los temas junto con los padres. • Revisión bibliográfica • Elaboración de presentaciones en PowerPoint 	La autora	Abril 2011	Internet Libros de neonatología VALOR 30 USD
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de los padres de familia con talleres • Identificación datos de cada prematuro • Evaluación de los conocimientos aprendidos mediante entrevista directa • Demostración lavado de manos, colocación de mascarilla, y bata 	Equipo médico Trabajo social Estimuladora temprana	Cada jueves de forma semanal Abril- Diciembre 2011	Equipo médico Equipo de neonatología Instalaciones de neonatología de la Clínica VALOR 20 USD
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de guías para el manejo domiciliario del prematuro, normas de neonatología y lactario • Revisión bibliográfica en internet y libros de Neonatología • Resumen de los tópicos más importantes • Elaboración los folletos • Reproducción del material de apoyo • Entrega del material a los padres de familia 	Equipo de calidad de la Clínica La Autora	1-15 de Abril 2011 Durante los 9 meses que dura el estudio	Computadora, Equipo médico y de calidad, pape VALOR 55 USD

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
Talleres sobre el manejo de niños prematuros con los padres y madres de familia y, el equipo de salud	La Autora Trabajo social Estimuladora temprana	Cada jueves de forma semanal Abril- Diciembre 2011	PowerPoint Retroproyector
Taller sobre las generalidades del niño prematuro	La Autora	Permanente. Se impartirá el taller a todos los progenitores nuevos.	PowerPoint Retroproyector
Taller sobre normas y protocolos a seguir en las visitas a los niños en el servicio de Neonatología	La Autora Estimuladora temprana	Permanente. Se impartirá el taller a todos los progenitores nuevos.	PowerPoint Retroproyector
Taller para conocer la alimentación en la niños prematuros y la leche materna	Equipo médico Estimuladora temprana	Permanente. Se impartirá el taller a todos los progenitores nuevos	PowerPoint Retroproyector
Taller de Manejo domiciliario del RN prematuro	La autora Estimuladora temprana	Permanente. Se impartirá el taller a todos los progenitores nuevos	PowerPoint Retroproyector
Taller de ambientación domiciliar para la recepción del prematuro	La Autora Estimuladora temprana	Permanente. Se impartirá el taller a todos los progenitores nuevos	PowerPoint Retroproyector
Taller de identificación de los signos de alarma en el RN prematuro	La autora Estimuladora temprana	Permanente. Se impartirá el taller a todos los progenitores nuevos	PowerPoint Retroproyector
Seguimiento de los pacientes egresados en consulta externa A cada paciente al alta se planifico una cita para el control Planificación con los padres para los controles posteriores. Revisión en el sistema de la clínica, ficha por ficha a cada prematuro y los controles Identificación de los niños que no acudieron a controles Identificación de alteraciones en el desarrollo psicomotriz de los asistentes, mediante tablas específicas por parte del personal sanitario.	Médicos Tratantes La Autora	Los 9 meses que dura el estudio	Computador R. humanos
Seguimiento de los pacientes egresados en el domicilio	Estimuladora temprana La Autora	Septiembre – Noviembre 2011	Computador R. humanos R. materiales VALOR 20 USD
Identificación de posibles secuelas en los RN prematuros, para seguimiento y rehabilitación.	Médico Tratante Estimuladora temprana	Los 9 meses que dura el estudio	Computador R. humanos

CAPITULO III

9. RESULTADOS

Para la realización del trabajo se utilizó el método descriptivo prospectivo, con intervención directa para la capacitación de los progenitores en el cuidado de sus niños, la recolección de los datos fue de forma directa y la tabulación fue realizada en la página de cálculo Excel con determinación de frecuencias, porcentajes, media, desvío estándar, rangos y gráficos de barras.

A continuación se detallaran las actividades que fueron realizadas para obtener cada uno de los resultados.

RESULTADO N° 1:

“Padres y madres de familia entrenados adecuadamente para el manejo domiciliario de sus hijos”.

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

- 1.1.1 Se estableció un período de 9 meses (abril a diciembre 2011); en este tiempo se revisaron las estadísticas de los nacimientos e ingresos de niños prematuros en los libros de la Clínica Humanitaria, y se identificaron a los recién nacidos prematuros, junto con sus padres.
- 1.1.2 Se obtuvo su respectiva historia clínica para el seguimiento de los controles y consultas posteriores en el sistema de la Clínica Humanitaria.
- 1.1.3 Se realizó continuamente una evaluación de la condición del neonato durante su periodo de hospitalización.

1.2 ELABORACIÓN DE LOS TALLERES QUE SE IMPARTIERON DURANTE LA CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA.

1.2.1 Se escogieron los temas más relevantes a tratar para la capacitación de forma conjunta con los padres de familia y el equipo de salud.

Los temas que se trataron en los talleres son los siguientes:

- 1) Generalidades del niño prematuro y su manejo
- 2) Normas y protocolos a seguir en las visitas a los niños en el servicio de Neonatología
- 3) Alimentación en la niños prematuros y la leche materna
- 4) Manejo domiciliario del RN prematuro
- 5) Ambientación domiciliaria para la recepción del prematuro
- 6) Identificación de los signos de alarma en el RN prematuro

1.2.2 Se realizó una revisión bibliográfica en internet y libros de Neonatología para la realización de las presentaciones.

1.2.3 Con los datos obtenidos se realizaron las presentaciones en PowerPoint
En los apéndices se adjuntan las caratulas de las presentaciones

1.3 CAPACITACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

1.3.1 Se convocó a una primera reunión a los padres de familia para informarles y motivarles sobre la temática, los objetivos del proyecto y la importancia de su participación.

1.3.2 Cada jueves de forma semanal se reunió el equipo de salud y los padres de familia, para tratar los talleres, en ellos se impartieron módulos educativos que ilustran de forma objetiva, fácil y comprensible, el manejo y seguimiento adecuado de cada niño.

1.3.3 Como parte del apoyo que se brinda a los padres de familia se identificaron datos puntuales de cada prematuro como las características

de su nacimiento, evolución clínica y las complicaciones que presentaron, explicando las causas y sus posibles repercusiones en el futuro, de esta manera los padres se sentían apoyados por el equipo médico y se recordó la importancia de los controles del niño con el pediatra y el equipo de estimulación temprana.

- 1.3.4 Al final de cada taller se ejecutó un conversatorio para la evaluación de los conocimientos aprendidos, en los casos de datos erróneos o incompletos, se reforzó en los talleres siguientes.

1.4 DEMOSTRACIÓN DEL CORRECTO LAVADO DE MANOS, COLOCACIÓN DE LA MASCARILLA Y BATA PARA EL INGRESO A NEONATOLOGIA

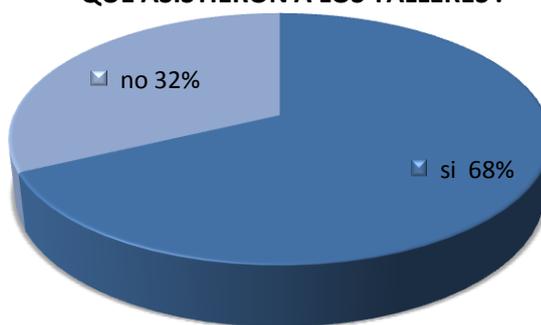
- 1.4.1 Durante las visitas siguientes al área de neonatología se indicó la técnica adecuada para el lavado de manos, la correcta forma para colocarse la mascarilla y la bata, para el ingreso al área de neonatología.

- 1.4.2 En las posteriores visitas se verificó en los padre de familia como estaban realizando la técnica del lavado de manos, en algunos casos fue necesario reforzar puntos que no quedaron claros.



En los siguientes gráficos se ilustran los resultados obtenidos, de las actividades mencionadas anteriormente, en la capacitación realizada a los padres de familias que asistieron a los talleres.

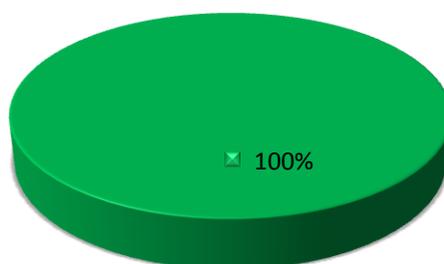
GRAFICO N°1: PORCENTAJE DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS QUE ASISTIERON A LOS TALLERES .



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Durante la capacitación a los padres de familia hubo una asistencia del 68% de los padres de familia, un 32% no acudió y generalmente eran los papas que por motivos laborales no tuvieron la posibilidad de acudir constantemente a los talleres.

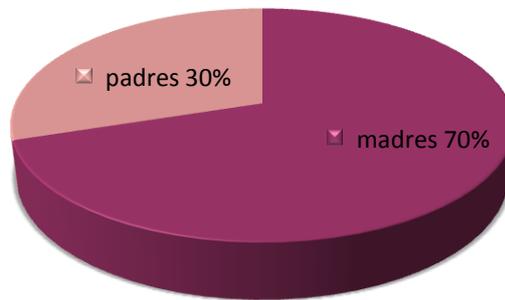
GRAFICO N°2: PORCENTAJE DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS CAPACITADOS QUE ASISTIERON A LOS TALLERES .



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Se logró la capacitación de la totalidad de los asistentes en los talleres.

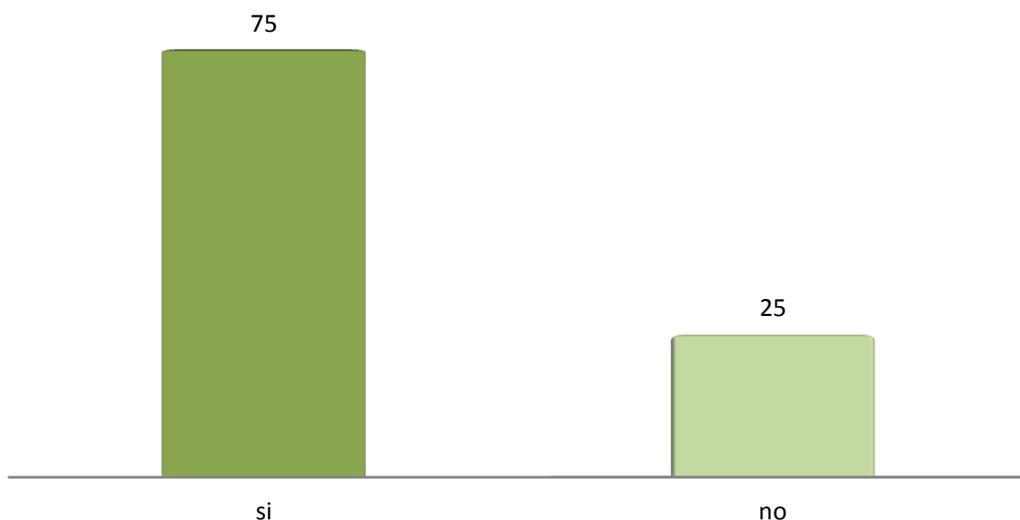
GRAFICO N°3: ASISTENCIA DE LOS PADRES DE PREMATUROS A LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DEL PREMATURO



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: El mayor porcentaje de asistencia fue por parte de las madres, en un 70%, con y en un 30% asistieron los padres, por motivos laborales no fue posible una mayor asistencia.

GRAFICO N°4: PORCENTAJE DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS QUE ADQUIEREN HABITOS SALUDABLES EN EL CUIDADO DEL NIÑO PREMATURO

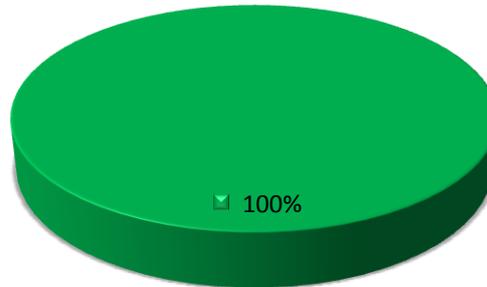


Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Durante la capacitación se logró que un 75% de los padres adquirieran hábitos saludables para el cuidado y manejo del prematuro, el otro 25% fue

capacitado posteriormente para mejorar el cuidado en el domicilio y prevenir complicaciones.

**GRAFICO N°5: PORCENTAJE DE PADRES DE NIÑOS
PREMATUROS QUE ADQUIERIERON CONOCIMIENTOS DE
HABITOS SALUDABLES EN EL CUIDADO DEL NIÑO**



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Se logró que el 100% de los asistentes adquieran conocimientos de hábitos saludables en el cuidado del prematuro.

ANALISIS DEL RESULTADO N° 1

Se logró una capacitación masiva y continua de los padres y madres de familia en el cuidado de sus niños prematuros. Se consiguió una *asistencia de 6 padres como media* en cada uno de los talleres, *con un máximo de 10 padres y un mínimo de 4*, con gran colaboración, a pesar de sus actividades cotidianas y trabajo que cada uno tiene, fue posible su participación y demostrando gran interés, participación y preocupación; no fue posible cumplir la meta propuesta de un 80% de asistencia debido a las múltiples ocupaciones laborales y el estado de salud materno durante las 2 primeras semanas de estancia de los niños en el área de neonatología, debido a que la mayoría se habían realizado cesárea y tenían una patología de base que condicionó el nacimiento prematuro y

necesitaron reposo domiciliario por ese período, los padres que inicialmente asistían, tenían que ausentarse porque se cumplía su plazo de permiso por paternidad y debían retornar a sus lugares de trabajo, la asistencia total fue de un 60% de padres de familia.

Los talleres se realizaron 2 veces al mes, por feriados, y actividades de la clínica que implicaban la asistencia del equipo médico, de los asistentes, el 100%, fueron capacitados en el manejo y cuidado de su niño prematuro. La mayor parte de asistentes eran mujeres, con un promedio de 70% de madres y 30% de padres, pero a pesar de las múltiples actividades que debían cumplir existió una disposición y colaboración muy buena por parte de los progenitores.

Al comenzar los talleres se ilustró el adecuado lavado de manos, la forma en la cual se debe manejar al RN, además se identificaron las normas y el manejo que debían tener en el área de neonatología durante las visitas a los niños, solventando las inquietudes y dudas en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada niño, siendo de gran ayuda para responder las dudas de sus padres.

El 75% de los padres adquirieron conocimiento sobre el cuidado del niño en cuanto a aseo, alimentación, estimulación y desarrollo, se logró superar la meta planteada que fue de un 60%, hubo dificultades en el aprendizaje de los signos de alarma, debido a su cultura y enseñanza previa, que consideraban por ejemplo el vómito como un evento normal, sin considerarlo un signo de alarma y además el uso de ombligueros y la colocación de fajas, en algunos casos fue difícil la comprensión que estas acciones pueden ocasionar problemas en el niño, lográndose al final un 100% de padres que adquirieron conocimientos en cuanto a hábitos saludables.

Un 10% de padres que no identificaron el vómito como un signo de alarma en el recién nacido, posteriormente se reforzó ese tema lográndose su identificación oportuna además su diferenciación con la regurgitación.

Durante el periodo de estudio del proyecto se evidenció mucho interés y preocupación por parte de los progenitores de las diferentes actitudes, normas de aseo, alimentación y patologías que iban notando en sus niños, lográndose subsanar mediante el apoyo constante del médico, estimuladora temprana y personal paramédico, además se reforzaron conocimientos aprendidos al indagar sobre su cuidado y las normas que deben practicar durante el manejo.

RESULTADO N °2:

“Progenitores utilizan y conocen guías de manejo y cuidado del prematuro e identifican signos de alarma”.

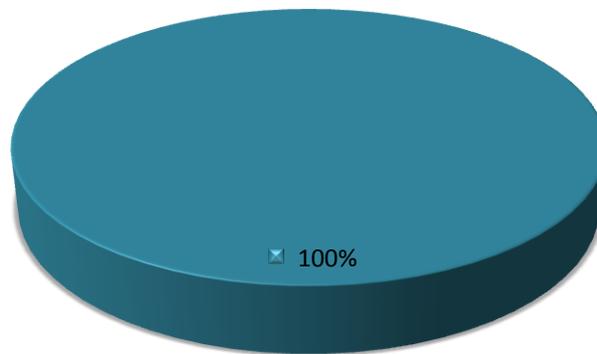
1.1 ELABORACIÓN DE GUÍAS PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DEL PREMATURO, NORMAS DE NEONATOLOGÍA Y LACTARIO

- 1.1.1 Revisión bibliográfica en internet y libros de Neonatología
- 1.1.2 Resumen de los tópicos más importantes
- 1.1.3 Elaboración los folletos: los dos últimos fueron realizados junto con el personal de calidad de la Clínica, el primero es autoría propia.
- 1.1.4 Reproducción del material de apoyo
- 1.1.5 Este material de apoyo se entregó a los padres de familia al finalizar los talleres y se siguen entregando a los nuevos padres de familia para que

sea un material de infaltable en el hogar y les sirva como guía para el manejo y que normas deben seguir en el domicilio.

En el siguiente gráfico se identifica a los padres que recibieron el material de apoyo.

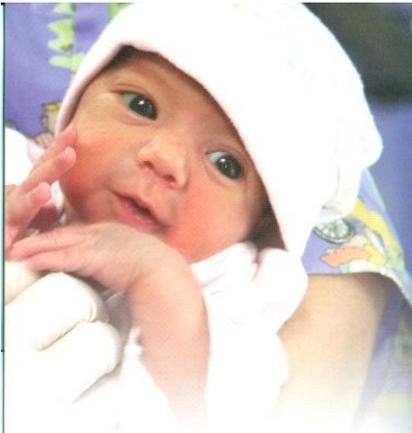
GRAFICO N° 6: PORCENTAJE DE PADRES QUE RECIBIERON LOS FOLLETOS INFORMATIVOS Y DE CUIDADO DOMICILIARIO.



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: A todos los padres que asistieron a los talleres de capacitación se les entregaron los folletos y se les explicó con detalle su contenido.

A continuación se adjuntan los folletos para el ingreso al área de neonatología, la técnica para la sacada de la leche y el cuidado del niño en el hogar



Neonatología es un área destinada para los recién nacidos que presentan riesgo de enfermedad o cursan enfermedad que ponen en riesgo su vida.

¿QUIÉN PUEDE INGRESAR A LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA ?

Únicamente papá o mamá, en horas asignadas a la visita de su niño@.




CLÍNICA HUMANITARIA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.



CLINICA HUMANITARIA
FUNDACION PABLO JARAMILLO CRESPO

DIRECCIÓN: Carlos Arizaga y Roberto Crespo.
TELÉFONOS: 4093669 ext 123 / FAX: 4093669 ext 156
CUENCA - ECUADOR



CLÍNICA HUMANITARIA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.

Area de neonatología

INFORMACIÓN A PADRES



FORMA DE INGRESO

1. Ingrese sin bolsos, celulares, chompas, ponchos, gorras y joyas
2. El baño debe ser diario, sus uñas deben estar siempre cortas y sin esmalte.
3. Colóquese la gorra y dentro de ella todo el cabello, luego colóquese la mascarilla.
4. Lávese las manos hasta los codos con agua y jabón, y séqueselas en el secador automático.
5. Colóquese la bata y no se toque la cara, cabello o ropa.
6. Colóquese los guantes.



¿A QUIÉN PIDO INFORMACIÓN SOBRE MI BEBÉ?

Al médico tratante luego de su horario de visita (9h00) o al médico de turno de la unidad.

La información sobre su bebé se dará únicamente al papá o mamá y en casos especiales al familiar que sea el responsable legal directo del recién nacido.

¿EN QUÉ HORARIO PUEDO VISITAR A MI BEBÉ?

Únicamente papá o mamá podrán visitar a su bebé uno a la vez, por un tiempo aproximado de 5-10 minutos. En la mañana de 10h00 a 11h00 y en la tarde de 15h00 a 16h00

¿CUÁNDO Y CÓMO PUEDO ALIMENTAR A MI BEBÉ?

El médico le informará en qué momento su bebé puede recibir su leche, para ello usted deberá cumplir con el procedimiento de lactancia materna que le indicarán.



DURANTE LA VISITA

Su niño@ siente cuando usted está cerca, por eso es muy importante que ponga toda su atención en él o ella; si tiene cualquier pregunta solicite el apoyo del personal de la unidad.

INFORMACIÓN DE COSTOS

La información sobre costos, se puede realizar en la oficina de Trabajo Social, del área de hospitalización.

Horario de atención:
Lunes a Viernes 8h00 a 12h00 ó 14h00 a 18h00.
Los fines de semana y feriados 8h00 a 10h00

OTRAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Cuando su bebé requiera exámenes especiales fuera de la institución, admisión o trabajo social coordinará con los padres y los médicos las gestiones relacionadas a turnos y traslados.





OBJETIVOS:

- Promover la lactancia materna reforzando el vínculo madre - hijo.
- Obtener leche materna en condiciones óptimas y en cantidades apropiadas para el recién nacido.
- Disminuir el riesgo de infecciones en los recién nacidos.
- Concienciar a las madres sobre la importancia de un adecuado proceso para la extracción de la leche materna.
- Dar a conocer los beneficios de la leche materna, a través de contacto.



CLÍNICA HUMANITARIA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.



DIRECCIÓN: Carlos Arizaga y Roberto Crespo.
TELÉFONOS: 4093669 ext 123 / FAX: 4093669 ext 156
CUENCA - ECUADOR



CLÍNICA HUMANITARIA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.



Lactancia
materna

Su niñ@ necesita de su leche, solicite información de cuando y como dársela.



PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA.

Cuando el médico de la Unidad le informe que ya puede darle de su leche a su bebé, deberá seguir el siguiente procedimiento:

PASOS A SEGUIR PARA INGRESAR A LA SALA DE LACTARIO:

- Colóquese la gorra cubriéndose todo el cabello.
- Colóquese la mascarilla cubriéndose la boca y la nariz.
- Lávese las manos por el lapso de 2 - 3 minutos, hasta los codos con abundante agua y jabón, luego séquese en el secador automático.



- Colóquese la bata con la abertura hacia atrás.
- Dirijase a la sala de lactario.
- Colóquese los guantes.



PROCESO DE EXTRACCIÓN:



- Abra la envoltura que contiene los materiales estériles
- Tome la gasa, humedézcala con agua destilada y lávese el pezón desde adelante hacia atrás en forma circular.
- **Ahora usted se encuentra lista.** Tome el exterior del extractor estéril de su recipiente y proceda a extraer la leche y colóquela en el biberón, la extracción puede durar 15 minutos aproximadamente.
- Escriba los apellidos de su bebé en la cinta y péguela en el biberón para que sea almacenada.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR
DE LOJA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

CUIDADO DEL PREMATURO EN CASA

ALIMENTACIÓN: El niño debe alimentarse cada 3 horas, prefiera la lactancia materna, se debe amamantar 15 minutos de cada seno, y en caso de usar fórmula se le indicará la cantidad que toma el niño al alta.

NORMAS PARA ALIMENTACIÓN:

1. La madre debe asearse los senos antes de alimentar a su bebé con agua simple.
2. La mejor posición para dar de lactar es sentada con apoyo en la espalda.
3. Permitir lactar 15 minutos de cada seno
4. Sacar los gases en cada lactada
5. Repetir cada 3 horas
6. En caso de formula, preparar con agua hervida tibia, previo aseo de manos del preparador.



METODO PARA SACAR LOS GASES

1. Colocar al bebe en el hombro
2. Dar golpes suaves en la parte baja de la espalda con la mano en forma de arco.
3. Repetir la maniobra hasta escuchar la salida del gas.
4. También puede colocarlo boca abajo.



El cólico de gases produce llanto Inconsolable, irritabilidad, haga lo sig.

1. Sacar los gases adecuadamente
2. Dar un masaje abdominal
3. Colocar algo caliente en abdomen
4. Acudir al médico



ASEO

BAÑO

1. Diario, o pasando 1 día

2. Con agua simple tibia a temperatura del codo
3. En una tina pequeña
4. Usar jabón blanco 1 vez por semana
5. No más de 5 minutos
6. Abrigar inmediatamente al bebé



CORDON UMBILICAL

1. Limpieza diaria con algodón y alcohol blanco
2. No colocar puperos, ombligueros, monedas, cauchos, plantas.
3. Colocarlo fuera del pañal
4. Evitar contaminación con heces y orina
5. El ombligo cae de 7 a 10 días
6. Mientras más limpio esté más pronto cae.



ZONA DEL PAÑAL

1. Usar agua simple tibia y algodón
2. Siempre limpiar de arriba hacia abajo
3. Evitar contaminar la zona genital con heces
4. No colocar cremas, talcos, ni otros productos
5. Evitar dejar al bebe con el pañal sucio por demasiado tiempo



VESTIMENTA

1. Colocar ropa de algodón
2. Holgada, sin elásticos
3. Siempre cubrir la cabeza con un gorrito
4. Colocar 2 prendas mas de las que usted está puesto
5. La ropa debe estar limpia y planchada

BAÑOS DE SOL

Sólo en el caso que le recomiende el médico

1. Colocar al bebé completamente desnudo, solo con el pañal
2. Detrás de una ventana
3. Cubrir los ojos con un venda negra
4. Dejar 15 minutos de frente y 15 minutos de espalda con supervisión
5. Antes de las 9am y luego de las 4pm

QUE ES NORMAL EN MI BEBÉ??

1. Descamación de la piel
2. Puntos blancos en la nariz y cara
3. Estornudo y moquitos en la nariz
4. Duerme la mayor parte del día se despierta a comer y cuando está sucio.
5. Hipo
6. Le suena la pancita al comer.
7. Hace deposición oscura y blanda, luego es amarilla, blanda y de olor fuerte si toma leche materna
8. Las niñas pueden tener secreción como moco por la vagina e incluso leve sangrado como menstruación



SINGOS DE ALARMA

1. Vómito
2. Fiebre
3. No coge el seno con fuerza
4. Labios y dedos de color azulado
5. Muy molesto
6. Llanto sin consuelo
7. Deposiciones con moco o sangre
8. No realiza deposición más de 2 días
9. No quiere lactar
10. Solo duerme y no se despierta a pesar de muchos intentos
11. Ronquido de pecho
12. El niño se ve en mal estado
13. Piel muy roja o amarilla

EN ESOS CASOS DEBE ACUDIR INMEDIAMENTE CON EL MÉDICO



ECUERDE: Acudir a los controles indicados por su peditra

Autor Nathaly Velasteguí

ANÁLISIS DEL RESULTADO N°2

Se cumplió con la meta, el 100% (58) de los padres de familia recibieron el material de apoyo y manifestaron que las guías eran de mucha ayuda en el manejo diario de sus prematuros, además felicitaron al área de neonatología por el apoyo que el servicio brinda a los padres y el interés constante que demostró todo el equipo médico para la capacitación de los progenitores.

RESULTADO N°3:

“Se realizan controles subsecuentes por el equipo médico, se identifican alteraciones en el desarrollo psicomotriz, además es posible valorar ambiente familiar mediante visitas domiciliarias”.

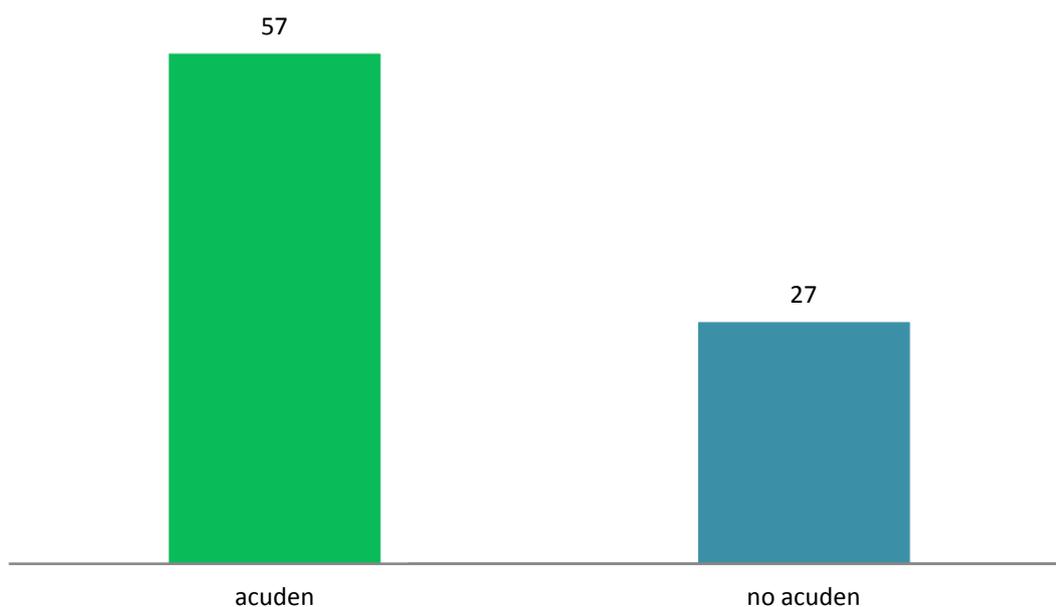
3.1 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EGRESADOS EN CONSULTA EXTERNA

- 3.1.1 En los talleres mediante la ilustración gráfica de las posibles complicaciones que puede presentar todo neonato y con mayor razón un niño prematuro se reforzó la necesidad de los controles continuos de los recién nacidos, recordándoles siempre, en qué casos acudir a control médico y emergencia.
- 3.1.2 Al alta del niño se dio una cita para el control tanto médico como el control en estimulación temprana.

- 3.1.3 Al acudir el paciente al primer control se le asignaba otra fecha para el próximo control y así de forma sucesiva para los controles posteriores.
- 3.1.4 Se realizó una revisión en el sistema de la clínica, ficha por ficha a cada prematuro y los controles que se habían realizado
- 3.1.5 Identificación de los niños que no acudieron a control y determinación de sus causas
- 3.1.6 Identificación de alteraciones en el desarrollo psicomotriz de los asistentes, mediante tablas específicas por parte del personal sanitario.
- 3.1.7 Identificación de las patologías padecidas por los niños al alta.
- 3.1.8 Visitas domiciliarias de seguimiento a los niños prematuros mediante sorteo aleatorio.

En los siguientes gráficos se ilustran los resultados obtenidos con las actividades detalladas previamente.

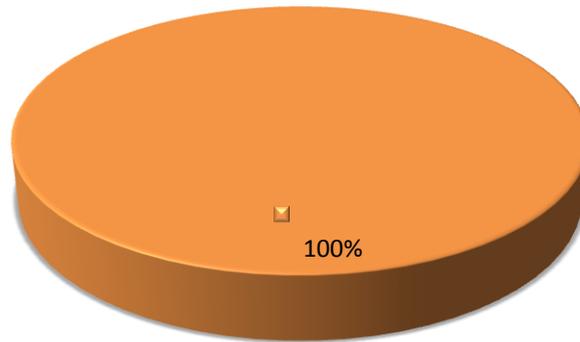
GRAFICO N° 7: IDENTIFICACIÓN DEL NUMERO DE NIÑOS QUE ACUDEN A CONTROLES LUEGO DEL ALTA



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: En los controles de seguimiento al alta se logro un 57% de asistencia de los pacientes y un 27% de pacientes que no acudieron desde el alta, debido a que pertenecen a cantones lejanos a la Clínica y tienen la facilidad de asistir al MSP de forma gratuita.

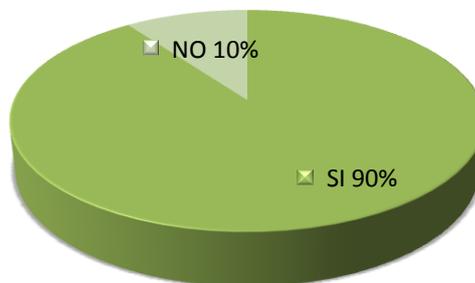
GRAFICO N° 8: PORCENTAJE DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS QUE ACUDEN A CONTROL MEDICO AL IDENTIFICAR UN SIGNO DE ALARMA



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Con los datos recolectados del sistema de la clínica se identificó una asistencia de un 100% de pacientes al identificar algún signo de alarma al servicio de emergencia.

GRAFICON°9: IDENTIFICACION DURANTE LA CAPACITACIÓN DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN LOS PREMATUROS DE LA CLINICA HUMANITARIA

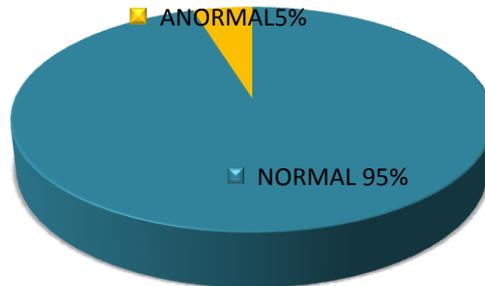


Fuente: base de datos
Elaboración: EL autor

ANÁLISIS: En los talleres se realizaron test y encuestas para determinar si los padres de familia identifican signos de alarma, encontrando un 90% de padres

que identificaron claramente los signos de alarma y el 10% tuvieron inconvenientes, por lo que se reforzaron los conocimientos y se logro la asistencia del 100% en caso de signos de alarma como se mostro en el grafico previo.

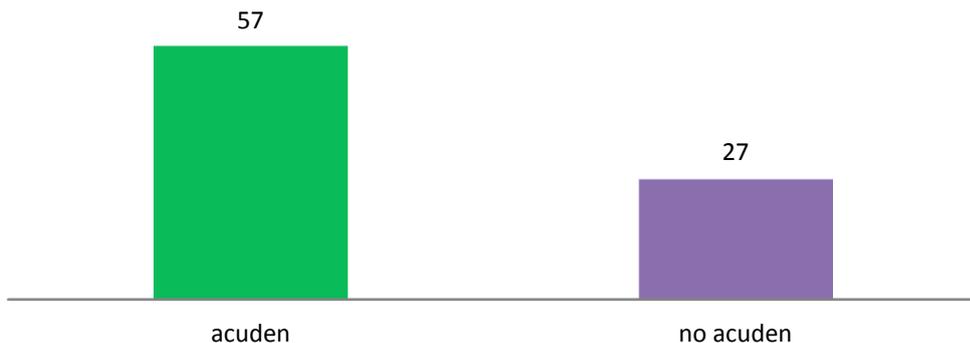
GRAFICO N° 10: IDENTIFICACION DE ALTERACIONES EN EL DSM EN PREMATUROS EGRESADOS DE LA CLINICA HUMANITARIA



Fuente: base de datos
Elaboración: EL autor

ANÁLISIS: En las consultas de seguimiento se identificó en un 5% de pacientes alteraciones en el desarrollo psicomotor, y se derivaron a estimulación temprana y neurología pediátrica para el tratamiento y rehabilitación específica.

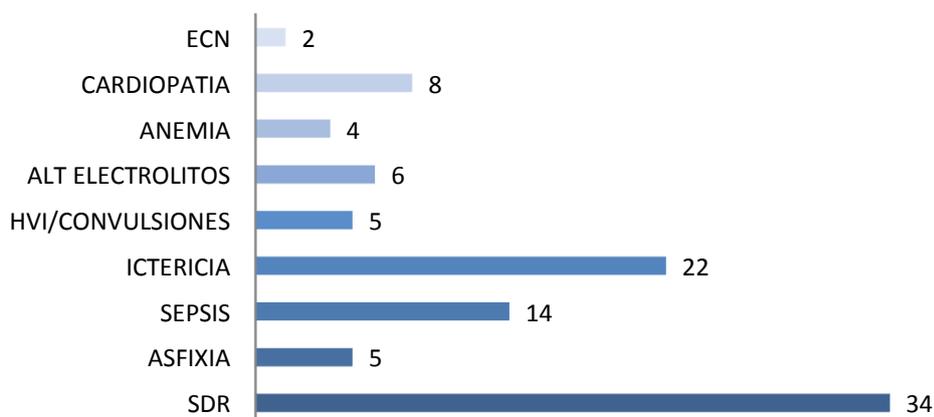
GRAFICO N° 11: IDENTIFICACION DE LA ASISTENCIA A CONSULTA DE PATOLOGIA Y CNS EN EL PERIODO DE ABRIL A DICIEMBRE 2011 DEL RN PREMATURO



Fuente: Base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Del total de egresados del área de neonatología el 57% asistieron a la consulta externa para control y en otros casos por patología, y un 27% no acudió.

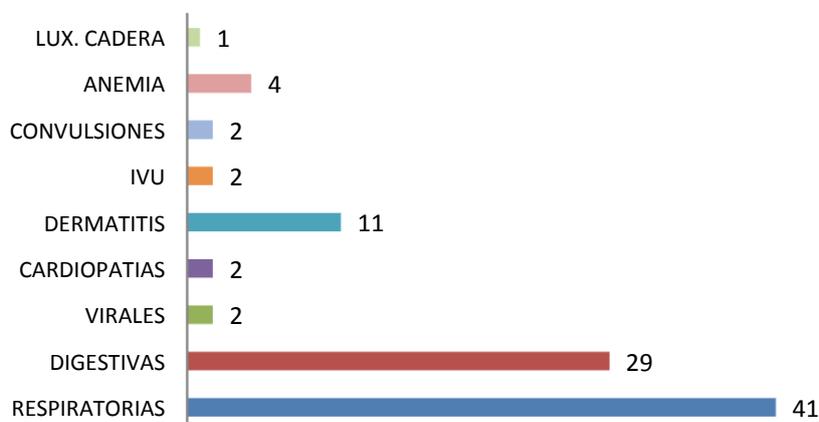
**GRAFICO N°12: PATOLOGIA AL INGRESO RN PREMATURO
UNIDAD NEONATOLOGIA F PJC**



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: Se identificaron las principales causas de ingreso al área de neonatología encontrando como primera causa problemas respiratorios de los cuales 23 pacientes requirieron ventilación mecánica y 55 niños que representa un 22% presentaron ictericia requiriendo tratamiento con fototerapia, por su misma prematuridad y los procedimientos invasivos se observó un 14% de niños que desarrollaron sepsis, y en menor medida se observaron complicaciones propias de su prematuridad como anemia, convulsiones, y alteraciones hidroelectrolíticas entre otras.

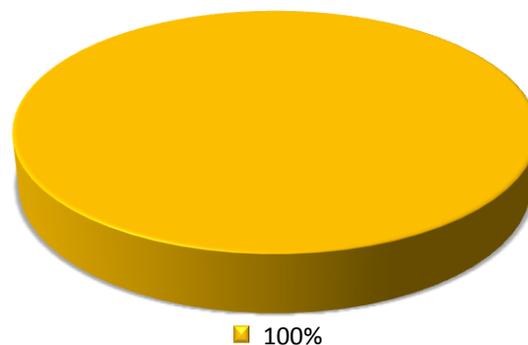
**GRAFICO N° 13: IDENTIFICACION DE PATOLOGIAS AL
EGRESO DEL RN PREMATURO DE LA CLINICA
HUMANITARIA**



Fuente: base de datos

ANÁLISIS: De los pacientes que acudieron a control por patología en la consulta externa se identificaron las principales causas de consulta en primer lugar se identificaron las causas respiratorias, seguidas de problemas digestivos y dérmicos, que son las principales patologías que presentaron durante su período de hospitalización, correlacionándose con la patología de base.

GRAFICO N°14: PORCENTAJE DE VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES PREMATUROS EGRESADOS UNIDAD NEONATOLOGIA F PJC



Fuente: base de datos
Elaboración: El autor

ANÁLISIS: se logró un 100% de control en el domicilio de los niños prematuros, cumpliendo con la meta propuesta.

ANALISIS DEL REUSLTADO N° 3

Se realizó el seguimiento en consulta externa a todos los niños prematuros egresados de la clínica, encontrándose un 32% de pacientes que abandonan los controles y no acuden a los seguimientos programado, unos porque fueron transferidos a otro centro de salud por motivos económicos o localización domiciliaria más cercana al lugar de destino, al observar este alto porcentaje de inasistencia se lograron identificar las causas de la misma, en muchos casos los pacientes pertenecían a otra provincia y/o parroquia, eran pacientes de una condición socioeconómica media baja y se realizan los controles en el Ministerio

de Salud Pública, únicamente se les atendió el parto o la cesárea, a contraparte eran pacientes con un nivel socio económico medio alto y deciden hacer sus controles de forma privada, por estos motivos no se logró la meta del 80% de asistencia a los controles luego del alta del prematuro.

Se pudo evidenciar al revisar los datos estadísticos del sistema computarizado una *media de 3 controles durante los 9 meses del estudio, con un rango máximo de 9 consultas en ese periodo*, respetando los controles previstos por el médico y priorizando los signos de alarma, que indican compromiso vital del prematuro, con un 100% de concurrencia a la emergencia por parte de sus tutores, a pesar de que algunos tuvieron inicialmente dificultades en la detección de los signos de alarma con el desarrollo de los talleres estos problemas fueron solventados y se encontró que la totalidad de los padres acudían a control al identificar un signo de alarma en el niño e incluso lo llevaron en algunos casos como precaución, es grato saber que se sobrepasó la meta planteada de un 90%, así el personal de salud está tranquilo al saber que sus padres están pendientes del cuidado y protección de sus niños y que el proyecto ha sido beneficioso.

Lamentablemente no fue posible disminuir el porcentaje de niños con alteraciones en el desarrollo psicomotriz, debido a que los daños que presentaron eran severos e irreversibles, como asfixia, encefalopatía hipoxico isquémica e hipoglicemias recurrentes tardías, pero se logró una atención oportuna y continua en el niño disminuyendo su impacto en su estado de salud y mediante estimulación temprana, recuperación progresiva de los déficit encontrados. En los casos de los niños que fueron transferidos a otras casas de salud no se tuvo un seguimiento posterior debido a que el paciente no regresó a controles posteriores o no fue traído por sus tutores.

Los progenitores identificaron en 4 de los niños una disminución del desarrollo psicomotriz, como seguimiento de objetos con la vista, motricidad fina, motricidad gruesa y en el lenguaje, por lo que se les trató con estimulación temprana y se realizó un control quincenal de esos niños durante los 2 primeros meses, y luego de forma mensual, sin tener faltas a ningún control planificado, se espera lograr una mejoría en un futuro con la terapéutica implementada.

A parte de la detección del desarrollo psicomotor, se identificaron patologías concomitantes al alta, que recibieron atención oportuna y que en algunos casos fue necesario tratamiento hospitalario, con un promedio de 3 consultas para control y 7 controles por patología, como se muestra en los siguientes gráficos.

Se identificaron las patologías que presentaron los prematuros al alta de la unidad de neonatología, estos datos se correlacionan con la patología de ingreso al área de neonatología, dentro de las patologías al egreso de la Clínica, se identificaron dentro de las más frecuentes patologías, las respiratorias y las digestivas, esto es congruente con su patología de base, ya que los prematuros tienen inmadurez pulmonar y digestiva, y durante su manejo inicial, inclusive, es necesario el uso de métodos invasivos como la ventilación mecánica, desarrollan, también, enterocolitis necrotizante, que pone en riesgo su vida en casos muy graves.

Se realizaron las 5 visitas domiciliarias planteadas inicialmente, cumpliendo con la meta y se identificaron los ambientes destinados a los prematuros, la forma en la que preparan los alimentos para los prematuros, en todos los casos realizaban adecuadamente la técnica del lavado de manos inculcado en los talleres de capacitación, en la mayor parte se utiliza como complemento la leche de fórmula para prematuro por el hecho de encontrarse lejos de sus bebés, y por no tener la posibilidad de amamantarlo, ocasionando por ende la disminución de la

producción de la leche, los padres decidieron el retiro de animales y potenciales peligros dentro de la casa utilizando barreras para evitar el acceso a gradas, o cocinas.

En los niños que están iniciando su motricidad gruesa; las madres cuentan que bañan a sus niños diariamente, evidenciándose el correcto lavado de manos antes de atender al niño/a y la correcta limpieza de los utensilios para su alimentación y cuidado diario.

Los padres manifiestan, que en el hogar existe una colaboración constante y continua de toda la familia para el cuidado, e incluso la participación activa de sus hermanos mayores, incrementando así el vínculo familiar.

ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

Durante el periodo que duro el estudio, el equipo médico impartió talleres para los padres de familia en el cuidado de los prematuros, logrando con esto, un adecuado manejo por parte de los progenitores y más familiares en el domicilio y adquisición de prácticas saludables. Durante todo el proyecto hubo participación de padres y madres de familia de niños prematuros en los talleres para el adecuado cuidado y atención de estos importantes seres humanos, se conquistó la voluntad y empoderamiento de los padres y madres en el proceso de capacitación, con un inusitado interés para captar todos los detalles de las enseñanzas, logrando finalmente una buena y adecuada capacitación a todos los

padres y madres de familia que asistieron al taller, en el cuidado, manejo y crianza del niño prematuro.

ANÁLISIS DEL FIN

Se cumplió el fin al capacitar a los padres de familia en el manejo de los niños prematuros en los cuidados y controles que deben tener al alta, además se consiguió que los padres de familia identificaran los signos de alarma en sus niños, y que acudan al seguimiento planificado, esto permitió la identificación de niños con alteraciones en el desarrollo psicomotriz de forma oportuna, brindándose apoyo inmediata al paciente y a la familia, se compararon los resultados actuales de incidencia de alteraciones en el desarrollo psicomotriz en los prematuros, con los del año pasado, sin encontrarse disminución en el número de pacientes con alteraciones en el desarrollo psicomotriz pero se logró su identificación temprana por parte de los padres de familia, siendo así posible la intervención oportuna y la rehabilitación para disminuir el impacto en los niños.

La entrega del material de apoyo para el cuidado del recién nacido en el domicilio, y los conocimientos necesarios para identificar los signos de alarma como la colaboración de los padres para los controles posteriores y el seguimiento que todo niño menor de un año debe tener, y con mayor más razón un niño prematuro.

10. CONCLUSIONES

El desarrollo adecuado y la ejecución exitosa del proyecto, el manejo apropiado de todos los detalles preparados como la disposición de los Directivos y Especialistas de la Clínica, sumado a la colaboración de los padres y madres de familia de los neonatos, que ingresaron al programa, permitieron cumplir con todas las expectativas planteadas por lo que se pueden destacar las siguientes conclusiones:

- Que la capacitación apropiada a padres y madres de familia en el manejo, cuidados y seguimiento de los niños prematuros del servicio de neonatología de la Clínica Humanitaria “PABLO JARAMILLO CRESPO” se ha cumplido a cabalidad, con resultados alentadores por la forma en que han participado en los talleres y por el resultado, que en la evolución y crecimiento se ha podido apreciar en cada uno de los niños que entraron en el programa en las visitas posteriores a la Clínica y su valoración respectiva.
- El entrenamiento a los padres y madres de familia para sean competentes en la identificación de los signos de alerta que requieren atención inmediata del niño prematuro para precautelar la salud de su hijo, se ha logrado positivamente, claro con las limitaciones que tiene todo proceso, pero con un margen importante de efectividad en este proceso de identificación y la toma de medidas indispensables para la atención inmediata y adecuada.

- El proceso de ilustración a los padres y madres de familia en conocimientos y prácticas saludables para el cuidado, limpieza, alimentación y entorno que rodea al niño nacido prematuro, ha tenido un desarrollo teórico práctico significativo, junto con los folletos didácticos sobre de manejo y cuidado del prematuro, se logró inculcar el hábito de limpieza personal del padre y madre de familia, antes y después del manejo del prematuro, las prácticas de aseo, alimentación y atención al niño prematuro, como también del aseo que debe tener el ambiente en el que el niño se está desarrollando para que su evolución sea la más normal y provechoso posible.

- Con la colaboración de los Directivos de la Clínica se elaboraron 2 folletos encaminados a la educación de los padres para el ingreso al área de neonatología, que es un aprendizaje muy importante, debido al desconocimiento del comportamiento de personas naturales en el área de cuidado especial, por otra parte se ilustró la forma adecuada de recolección de la leche materna en el lactario, y de esa manera también lo pueden realizar en el domicilio, en el caso de madres que se ausenten del hogar por motivos laborales; y el tercer folleto fue preparado para que sea usado de forma práctica y sencilla, indicando las pautas para el cuidado diario del niño y lo que se debe hacer en caso de presentarse alguna complicación con el prematuro.

- Se estableció un programa de control del Recién Nacido, para evaluar el estado de salud y desarrollo que tiene el niño en períodos adecuados,

siendo los resultados alentadores, porque el estado del desarrollo alcanzado ha sido muy significativo, como se mencionó anteriormente en los resultados, no fue posible disminuir el número de niños con alteraciones en el desarrollo psicomotriz debido a que son consecuencia de sus patologías de base, pero si fue posible una atención oportuna, y un manejo constante, conjuntamente con estimulación temprana, rehabilitando los déficits y mejorando sus capacidades psicomotrices. Hemos visto niños que han alcanzado el desarrollo y la evolución que todo pediatra espera y que aplaca la preocupación natural de familiares y allegados, al contar con el apoyo del equipo de salud, y lo más importante es que los progenitores están capacitados para reconocer la patología de su niño, están conscientes que por su prematuridad requieren mayor cuidado y que se pueden presentar alteraciones en el desarrollo psicomotor, que a pesar de no presentarse aún en temprana edad de los niños, puede aparecer durante el crecimiento, al adquirir nuevas destrezas como el lenguaje, comprensión y lectura. Los progenitores han tenido una gran participación con el equipo médico por todo lo que llegaron a conocer de sus hijos/as.

11. RECOMENDACIONES

Visto el desarrollo del proyecto y los resultados alentadores como exitosos, con el debido respeto y salvo el mejor criterio de los Directivos de la Clínica Humanitaria “PABLO JARAMILLO CRESPO”, es menester hacer las siguientes recomendaciones:

- Institucionalizar la capacitación apropiada a padres y madres de familia en el manejo, cuidados y seguimiento de los niños nacidos prematuros del servicio de neonatología de la Clínica Humanitaria “PABLO JARAMILLO CRESPO”, como una política y práctica social de ayuda a los familiares de estos seres humanos importantísimos, porque no tienen un conocimiento apropiado de estos detalles, aún los padres y madres instruidos, como también los que no han tenido la oportunidad de cursar estudios importantes.
- La necesidad imperiosa de crear en la Clínica Humanitaria “PABLO JARAMILLO CRESPO”, un organismo técnico de capacitación a padres y madres de familia con hijos prematuros, para que desarrollen los programas de entrenamiento permanentemente, pues se ha aumentado el índice de nacimientos prematuros en los últimos tiempos, por lo que requiere una inmediata atención este requerimiento social, humano y de cuidado de la salud de los seres humanos que nacen tan indefensos y sin mediar razones que den conformidad.

- Se procuren folletos de información sobre los procedimientos que deben conocer e implementar padres y madres de familia en el manejo, cuidados y seguimiento de los niños nacidos prematuros, para que como parte del programa de adiestramiento se entregue a los progenitores para garantizar la adecuada ejecución de los procedimientos aprendidos, pero sobre todo que sirva de guía a padres y madres de niños prematuros que no puedan seguir el programa de entrenamiento.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Anales Nestlé. (2005). Aspectos clave en relación con la prematuridad. Suiza. Editorial Les Presses de la Venoge S.A.
2. Armijos, N. (2010), Planificación estratégica. Loja-Ecuador. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
3. Beck S, et al. (2010). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. [en línea]. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
4. Benitez, J. Bordon, C. (2004). Factores que motivan la internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales. [en línea]. CIMEL v.9 n.1 Lima. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16808398200400100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
5. Borbonet, D, Medina, E. (2008). Guía nacional para el seguimiento del recién nacido de muy bajo peso al nacer. [en línea]. Uruguay. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-0542008000400009&script=sci_arttext&tlng=en
6. Burgwal, G. Cuellar, J. (1999). Planificación estratégica y operativa. Quito-Ecuador, Impresiones digitales UPS.
7. Casasbuenas, O. (2005). Seguimiento neurológico del recién nacido prematuro [en línea]. Febrero. Valencia España. Disponible en: [http://www.invanep.com/es/curso2005/pdf/25_02_2005_16_25_\(Olga.Casasbuenas\).pdf](http://www.invanep.com/es/curso2005/pdf/25_02_2005_16_25_(Olga.Casasbuenas).pdf)
8. Cernadas, C. (2009), Neonatología Practica. Argentina: Buenos Aires. Editorial Panamericana, Cuarta Edición.
9. Collados, L. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. España: Madrid. [en línea]. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110002093>
10. Cravedi, V. Goldsmith, G. Recomendaciones para el alta en pediatría [en línea]. v.104 n.6. disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752006000600014
11. Dusenbery, S. (2010), Manual Washington de Pediatría. Washinton. Editorial Welters Kluwer.

12. Garzona, ME. Score de riesgo para recién nacidos prematuros. [en línea]. Disponible en: http://revista.medicina.edu.ar/vol02_02/05/index.php
13. Gobierno de Perú, Ministerio de Salud (2007). Guía Técnica, Guías de práctica Clínica para la atención del Recién Nacido. Perú. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion_Temprana.pdf
14. Grace, J. (2003), Desarrollo Psicológico. Pearson Education, México
15. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2006). Guía Clínica, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido. Chile. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion_Temprana.pdf
16. Hernández, JL. Los aspectos éticos del neonato extremo prematuro. [en línea]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=7916>
17. Hubner, M. Nazer, J. (2009). Estrategias para mejorar la sobrevida del prematuro extremo [en línea]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062009000600009&script=sci_arttext&tlng=es
18. Hubner, M. Nazer, J. (2009) Estrategias para mejorar la sobrevida del prematuro extremo. [en línea]. RevChilPediatria. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037010620000600009&script=sci_arttext&tlng=en
19. Ibáñez; y Plaza, (2005) Manual para padres con niños prematuros. [en línea]. Madrid. Disponible en: <http://www.prematuros.info/PDF/LibroPrematuros.pdf>
20. Illanes, O. Cerda, R. (2010). Estudio de 258 pacientes en el primer año de vida. [en línea]. V'81 n'3. Santiago. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-4106-2010000300009&script=sci_arttext&tlng=en
21. Iramain, L. (2010). Seguimiento del prematuro gran prematuro en atención primaria. [en línea]. v.37 n.1 Asunción abr. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000700017&script=sci_abstract&tlng=es
22. Martin, A. (2008). Entre la idealización de la lactancia materna y la realidad. La experiencia de amamantar a un recién nacido prematuro. [en línea]. Septiembre. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108723891>
23. Masa, S. (1997), Estimulación temprana, Editorial lumen, Humanitas, Buenos Aires Argentina.
24. Nazar, J. (2003), Neonatología, Editorial Universitaria. Primera Edición. Santiago de Chile.

25. Paisan, L. Presente y Futuro del gran prematuro. [en línea]. Disponible en:
<http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa2006/granprematuro.pdf>
26. Pastor, J. Garcia, L. Cotes, M. (2010). Recién nacido Prematuro: a propósito de un caso [en línea]. Disponible en:
http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v20n04a13153991pdf_01.pdf
27. Piedra, M. Buele, N. (2010), Diseño y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado I, Loja-Ecuador, Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
28. Sanabria, SM. (2008). Predicción de secuela neurológica al año de edad en niños prematuros evaluados con el examen evolutivo de la conducta. [en línea]. Disponible en:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=8053>
29. Sánchez, G. Quintero, L. Rodríguez, G. (2010). Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico [en línea]. 2 :176-80 - vol.12 núm 48. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-universitaria-304/disminucion-estres-prematuro-promover-su-neurodesarrollo-nuevo-13155923-articulos-revision-2010>
30. Tapia, J. (2008). Neonatología, Chile, Editorial Mediterráneo.
31. Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo. (2007). Cuidado integral al recién nacido pretermino menor de 1500 grs de peso: un reto para enfermería. Perú, Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion_Temprana.pdf

13. APÉNDICES

13.1 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA CLINICA HUMANITARIA FUNDACION PABLO JARAMILLO CRESPO AÑO 2011

CONSULTA EXTERNA

	PATOLOGIA	TOTAL
1	RINOFARINGITIS AGUDA	5.111
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3.810
3	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	1.865
4	OTRAS DERMATITIS	1.153
5	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS AEREAS SUPERIORES	1.034
6	BRONQUITIS AGUDA	1.033
7	RINITIS Y FARINGITIS	866
8	AMIGDALITIS AGUDA	791
9	AMEBIASIS	786
10	INFECCION DE VIAS URINARIAS	759
	TOTAL	17.208

HOSPITALIZACIÓN

PATOLOGIA		TOTAL
1	BRONCONEUMONIA NO ESPECIFICADA	149
2	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	90
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	50
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS	26
5	PREPUCIO REDUNDANTE FIMOSIS, PARAFIMOSIS	15
6	NAUSEA Y VOMITO	14
7	HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	11
8	INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	11
9	CONVULSIONES FEBRILES	10
10	DISENTERIA AMEBIANA AGUA	10
TOTAL		386

13.2 FUENTES DE VERIFICACION

FOTOS DE LOS TALLERES DE CAPACITACION A LOS PADRES DE FAMILIA



TALLERES CON PADRES DE FAMILIA



TALLER DE LACTANCIA MATERNA



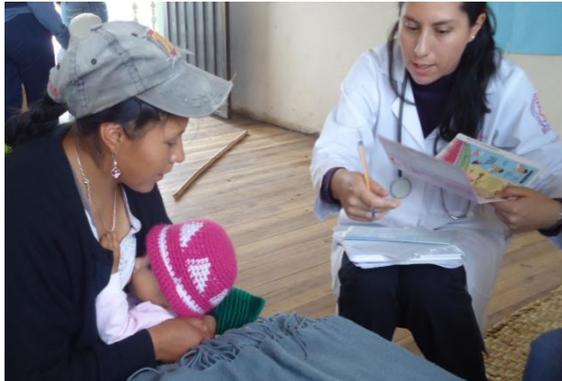
CAPACITACION PARA EL INGRESO AL SERVICIO Y LAVADO DE MANOS, MASCARILLA Y EN EL LACTARIO



VISITAS DOMICILIARIAS



NIÑO EN SU HABITACIÓN



AMBIENTE FAMILIAR





MANEJO MATERNO



ALIMENTACIÓN Y PREPARACION DE ALIMENTOS



SEGUIMIENTO PARA DETERMINAR EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE NIÑO



CONTROL EN ESTIMULACION



DESTREZAS MOTORES



SEGUIMIENTO VISUAL



DESTREZA MOTRIZ GRUESA



INICIO DE TERAPIA



MANIOBRAS DE FLEXION EN PIERNAS



VALENTINA PESO 850GR AL NACER
DSM



RN ROMERO PRESENTA DEFICIT EN EL
DSM



RN URGILES AL ALTA



RN JARA



JUSTIN RIOS PESO 720GR ALNACER



NIÑO MAS PEQUEÑO QUE SOBREVIVIO

FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN

Nombres y Apellidos: Nathaly Velasteguí

Centro Universitario: UTPL Cuenca

Título del proyecto: "CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA EN EL CUIDADO DE NIÑOS PREMATUROS NACIDOS EN LA CLÍNICA HUMANITARIA PABLO JARAMILLOCRESPO".

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance) MESES										OBSERVACIONES	
		abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre			
Padres y madres, acuden para atención periódica y seguimiento de los niños prematuros, se mantienen sanos con un desarrollo y crecimiento adecuado para su edad gestacional corregida e identifican signos de alerta y cuidan la salud del R.N.	80% acuden a los controles, mejora la confianza de los padres en los profesionales, reconocen en un 90% los signos de alarma y evitando así deterioro en el crecimiento y desarrollo.			20%			30%				50%		Se deben realizar talleres constantemente porque hay nuevos ingresos a neonatología y es necesario capacitar a los padres constantemente.
Los padres se muestran interesados en el cuidado de sus hijos, con participación en los talleres educativos, y tienen apoyo con la guía de manejo y cuidado entregada.	60% de los padres adquieren de hábitos saludables y los practican para el cuidado de su hijo.			15%			15%				60%		
Padres adquieren nuevos conocimientos y se adiestran en el manejo de sus hijos, facilitando el seguimiento y la detección oportuna de posibles secuelas durante el crecimiento y desarrollo de los niños.	90% de sus padres manejan adecuadamente a su hijo, acuden inmediatamente en caso de identificar anomalías.			25%			25%				50%		Padres acuden a controles, incluso en casos de sospechar de alguna anomalía acude a cualquier hora para que su niño reciba atención médica.
Visita de seguimiento por sorteo aleatorio.	5 visitas domiciliarias										100%		

PORTADAS DE LA PRESENTACIONES DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN



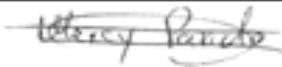
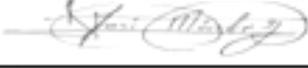
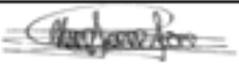
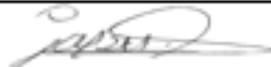
FIMAS DE ASISTENCIA A LOS TALLERES

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA PABLO JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRE DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Mercy Padro	Madre	
Juan Villa	Padre	
Maria José Merchan	Madre	
Silvana Aucay	Madre	Silvana Aucay Ortiz
Andrea Martinez	Madre	
Priscila Padilla	Madre	Priscila Padilla
Maria Méndez	Madre	
Lourdes Jarama	Madre	
Maria Pillacela	Madre	Miriam Pillacela
Gabriela Loja	Madre	
Manuel Bravo	Padre	
Luis Merchan	Padre	Luis Merchan

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA HUMANITARIA PABLO JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRES DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

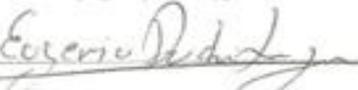
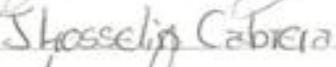
NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
William Francisco Conain	Papá	
Carolina A. Quintana	Peppá	
Diana Peñaranda	Mamá	
Glady's Baculema	Mamá	
Jessica Gabriela	Mamá	
Pilar del Cisne	mama	

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA HUMANITARIA PABLO JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRES DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

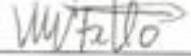
NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Victor Andrés Sanga C.	Padre	
Patricia Catalina Chucho F.	Madre	
Angel Evaristo Pacheco J. B.	Padre	
Shosselin Cabrera	Madre	
Kaidas Fajardo	Madre	
Andrea Martínez	Madre	

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA PABLO JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRE DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Luisa Pintado	Madre	
Eliza Guaman	Madre	
Ruth Solano	Madre	Ruth Solano
Wilson Tello	Padre	

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA HUMANITARIA PABLO JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRES DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Cristian Heras	Heras Reyes	
Oscar Duchi	Duchi de Jimenez	
Ronito Astudillo	Astudillo Astudillo (mamá)	
Gloria Espinoza.	Espinoza Chaves (Mamá)	

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA PARI O JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRE DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Enma Parra	mamá	Enma Parra
José Parra	Padre	José Parra
José Parra	Padre	José Parra
Victoria Luna	Mamá	Victoria Luna

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA PABLO IARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRE DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Lia Benetala	madre	Lia Benetala
Maria Pérez	madre	Maria Pérez
Teresa Brito	mamá	Teresa Brito
Angel Quintana	papa	Angel Quintana
Manuel Quintana	Padre	Manuel Quintana

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CLINICA HUMANITARIA PABLO JARAMILLO CRESPO

TALLER DE CAPACITACION PARA LOS PADRES DE RNPT DE NEONATOLOGIA

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL RN	FIRMA
Edison Sanguino	Padre del niño	
Melida Loja	Madre de niño	
Diego Cochansela	papa de niña	
Gloria Espinoza	Madre de niño	
Lourdes Fajardo	Madre	