

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE MEDICINA



**“VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA
DE LAS MADRES SOBRE LAS RECOMENDACIONES
DEL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO
DEL ALTA HOSPITALARIA”**

Tesis presentada por

Lorena Katuska Rodríguez Kalinowski

Para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Tutor: Dr. Miguel Manrique Zegarra

AREQUIPA - PERÚ

2016

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I	
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO II	
MATERIAL Y MÉTODOS	14
CAPÍTULO III	
RESULTADOS.....	16
CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN.....	25
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS.....	35

RESUMEN

La mortalidad neonatal evitable está relacionada a la atención y cuidados del recién nacido. Por ello, se recomienda garantizar que el recién nacido reciba cuidados básicos en el domicilio a través de la educación que se brinda a los padres al alta hospitalaria.

Los objetivos del estudio fueron conocer la valoración de la información recibida de las madres sobre las recomendaciones del cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria y determinar sobre qué aspectos hubiesen querido recibir mayor información.

Estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal. La población fueron las púerperas que se encontraban en alojamiento conjunto del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara, en el periodo de enero y febrero del 2016. El instrumento utilizado fue una encuesta previamente validada. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en el paquete estadístico SPSS v22.0.

Se encontró que la población fue de 385 madres. La calificación de la información recibida por parte de las madres fue “buena” para más del 85%; así como la hecha acerca de la oportunidad para plantear dudas, el grado de confianza en el pediatra y la comprensibilidad de su lenguaje (“buena” para más del 80%). El 38.18% demandó mayor información; los temas más demandados fueron “información general” (50.34%), “signos de alarma” (13.60%) y “lactancia materna” (12.3%).

Se concluye que la valoración de la información recibida de las madres fue buena. El aspecto más demandado fue información general.

Palabras clave: cuidados, recién nacido, valoración, alta hospitalaria, demanda.

ABSTRACT

Preventable neonatal mortality is related to attention and care of the newborn. Therefore, it is recommended to ensure that the newborn receives basic care at home through parents' education that is provided at hospital discharge.

The study objectives were to know the valuation of the information received from mothers about the recommendations of newborn's care at hospital discharge and determine about what aspects they would have liked receive more information.

Observational, prospective and transversal study. The population was postpartum mothers who were in aggregate housing of the service of Obstetrics of Hospital III Yanahuara, in the period of January and February 2016. The instrument used was a survey previously validated. We performed a descriptive analysis of the variables in the statistical package SPSS v22.0.

We found that the population was 385 mothers. The calibration about the information received for the mothers was "good" for more than the 85%; as the one made about the opportunity to raise questions, the degree of confidence in the doctor and comprehensibility of their language ("good" for more than the 80%). The 38.18% demanded more information; the most demanded topics were general information (50.34%), alarming signs (13.60%) and breastfeeding.

We conclude that the valuation of the information received from mothers was good. The most demanded aspect was general information.

Keywords: care, newborn, assessment, hospital discharge, demand

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años, la reducción de la mortalidad neonatal en el Perú, al igual que en el mundo, ha sido más lenta que la reducción de la mortalidad en menores de cinco años. La proporción de la mortalidad neonatal con respecto a la mortalidad infantil se ha incrementado, pasando de 47% en 1992 a 69% en 2013, siguiendo la tendencia mundial y convirtiéndose en el componente “duro” en la reducción de la mortalidad infantil (1).

La proporción de mortalidad evitable (RN con peso de 2500 gramos a más y sin malformación congénita letal) es 26%. Ésta está relacionada al proceso de atención y cuidados del recién nacido dentro de la institución y en el hogar, siendo el que tiene más posibilidades de intervención en la reducción de la mortalidad neonatal (2).

La venida de un nuevo ser humano trae a los padres muchas interrogantes, y al responder a ellas con conocimiento y empatía, facilitamos la adquisición de habilidad y seguridad en el cuidado del bebe y la adaptación al cambio. Si partimos de la premisa que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones sanitarias y busque activamente ayuda profesional (3); debemos procurar satisfacer sus necesidades de información de tal modo que así garantizamos que cumplan con las recomendaciones dadas, evitamos la búsqueda de fuentes alternativas de información que pueden llevar a prácticas inadecuadas, e iniciamos una relación médico-padres de confianza. No olvidemos, además, que la educación sanitaria, como actividad preventiva es una de las más costo-efectivas.

A pesar de la importancia del tema, no se ha encontrado ningún estudio similar en nuestro medio; es por ello que planteamos el siguiente problema: ¿Cuál es la valoración de la información recibida de las madres sobre las recomendaciones del cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria y sobre qué aspectos hubiesen querido recibir mayor información?

Los objetivos del estudio fueron:

1. Conocer la valoración de la información recibida de las madres sobre las recomendaciones del cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria
2. Determinar sobre qué aspectos hubiesen querido recibir mayor información

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. ALTA HOSPITALARIA

Abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria, una vez finalizado el tratamiento o procedimiento. El alta se produce siempre que abandona la institución por finalizar su tratamiento, abandona el hospital aún sin recibir la conformidad de los profesionales, se traslada a otra institución de salud o fallece. Se incluyen los pacientes hospitalizados como los que reciben tratamiento el mismo día. Los recién nacidos sanos también se incluyen. No se incluyen los traslados a otros servicios dentro de la misma institución (4).

2. RECOMENDACIONES PARA EL ALTA DEL RECIÉN NACIDO

- El alta hospitalaria de un recién nacido sano no debería realizarse antes de las 48 horas de vida, si el nacimiento ha sido por parto vaginal, o tras 72 a 96 horas si es tras nacimiento por cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, se acepta que es durante este período crítico de tiempo cuando algunas enfermedades pueden comenzar, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio.
- Antes del alta hospitalaria, todo RN debe ser explorado por parte de un médico especializado en pediatría, al menos una vez, o por parte de un médico con experiencia documentada en los cuidados del RN y bajo la supervisión y responsabilidad de un especialista en pediatría.
- Es recomendable una reevaluación a las 72 horas del alta hospitalaria y un seguimiento en los primeros días, idealmente planificada con anterioridad al alta entre el centro

hospitalario y la medicina primaria; con ello se reduce significativamente el riesgo de reingreso en los primeros días de vida. Las causas de reingreso hospitalario más frecuentes son infecciones, ictericia y deshidratación. En el control, se evalúa el éxito en la alimentación, estado de hidratación, recuperación del peso de nacimiento, ictericia y, sobre todo, se aclaran las dudas que inevitablemente tendrán los padres una vez que se encarguen del cuidado de su bebé en casa.

- Si el alta se produjese antes de las 48 horas del nacimiento (alta precoz); ésta debería realizarse con preferencia a los recién nacidos a término con peso adecuado a la edad gestacional y de parto vaginal; sólo tras haberse descartado enfermedad neonatal, haberse comprobado que la alimentación está correctamente establecida, el tránsito intestinal y la diuresis son normales, que el control de temperatura es normal, que no existen signos de ictericia marcada, tras haberse realizado la vacunación de hepatitis B y BCG, y haber aceptado los padres los riesgos del alta precoz con la confirmación adecuada del seguimiento ambulatorio. Sobre el cribado de errores del metabolismo se recomienda realizar, además de la toma antes del alta, otra a los 5–7 días de vida; para así reducir el riesgo de falsos negativos o positivos.
- Algunos estudios han encontrado una asociación entre el alta precoz y la necesidad de reingreso hospitalario del RN por ictericia y deshidratación, sobre todo en pacientes que presentan factores de riesgo. Existe mayor riesgo de la primera en menores de 38 semanas de edad gestacional especialmente si reciben lactancia materna exclusiva, en los cuales es recomendable la realización de una determinación de bilirrubina total antes del alta; y, en aquellos lactados exclusivamente con leche materna y nacidos por cesárea para la segunda (5).
- En cuanto a los beneficios del alta precoz, en algunos estudios se demostró una disminución en el riesgo de presentar depresión, de no dar lactancia materna y de la comunicación de problemas de alimentación de su hijo (6).
- En la preparación del alta hay que tener en cuenta no sólo la situación de bienestar de la madre y del RN, sino que se establece un mecanismo adecuado para el seguimiento ambulatorio de ambos. Es recomendable confirmar que no se produzcan errores de interpretación debido a dificultades de entendimiento por problemas físicos,

discapacidades psíquicas o sensoriales y con el idioma en la relación con las familias (5).

Al alta del binomio debe dárseles a los padres, por escrito, toda la información médica sobre el nacimiento: fecha, hora, somatometría, grupo sanguíneo, valoración de Apgar, edad gestacional, vacunas aplicadas y estudios de tamizaje realizados. Los progenitores deben conocer el peso de su hijo al egreso. Se enuncian a continuación los más importantes, sin que sean limitativos (7):

- a) Alimentación. Recomendar lactancia materna a libre demanda. En caso de que la madre no quiera o no pueda amamantar se deberá indicar el tipo de fórmula y la forma correcta de prepararla.
- b) Aseo. Baño diario con agua tibia, jabón neutro o ácido.
- c) Cordón umbilical. Asearlo con agua y jabón; mantenerlo limpio y seco durante el día, evitar cubrirlo con el pañal. No se ha comprobado una disminución del riesgo de infección con el uso de antisépticos; sin embargo, en países donde la prevalencia de infección neonatal es alta, como el nuestro, se recomienda el uso de alcohol puro al 70% (6,8).
- d) Micciones. Debe haber 6 a 8 micciones al día; 6 o más horas sin orinar puede indicar deshidratación; en ese caso se deberá acudir a consulta.
- e) Evacuaciones. Dependiendo del tipo de alimentación serán las características de las evacuaciones; cuando son exclusivamente amamantados son semilíquidas, amarillo mostaza con grumos blancos después de cada tetada. En caso de alimentación con fórmula pueden ser 1 o 2 al día, café o verde, pastosas. Las deposiciones duras o con una frecuencia menor a las 48 horas son causadas por el estreñimiento y pueden ser motivo de consulta con el pediatra.
- f) Ictericia. Dos terceras partes de los neonatos tendrán ictericia fisiológica, esta aparece luego de las 24 horas de nacido, no es tan marcada, no causa afectación del estado general y dura aproximadamente 2 semanas. En caso contrario, éste se considera un signo de alarma.

- g) Chupón. La mayoría de las veces no se recomienda su uso, pues se relaciona con destete temprano, sofocación, caries, mala oclusión (si se usa en edades avanzadas) e infecciones (si existen malas condiciones higiénicas). Sin embargo, se ha reconocido reducción en la incidencia de muerte súbita del lactante. Quizá en algunos neonatos con factores de riesgo pueda aconsejarse su uso.
- h) Hábitos de dormir. La recomendación actual es dormir boca arriba, sin colchón demasiado blando, sin cubrir la cara y nunca compartir la cama con los padres, evitando el arropamiento excesivo y accesorios sueltos en la cuna. Todas estas recomendaciones están relacionadas al síndrome de muerte súbita de lactante (SMSL) (9).

3. LACTANCIA MATERNA

La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas; favorece el vínculo afectivo madre-hijo; contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

Se recomienda instaurar la lactancia a libre demanda, aumentando progresivamente las tomas para que el pecho pueda adaptarse. Informar sobre el calostro y la evolución hacia la leche materna en los primeros días después del parto. Informar sobre las características de la leche en cada toma, su duración y frecuencia, y aconsejar sobre los espacios y ambientes más adecuados para realizar la toma. Informar sobre la posibilidad de que el bebé tenga regurgitaciones. A la madre lactante se le debe orientar sobre una buena nutrición, que la dieta sea equilibrada y con variedad de alimentos. Hay estudios que han demostrado que la madre lactante que come cacao, chocolate, maní, y si los padres son atópicos a los derivados de la leche, a sus hijos les pueden producir cólicos (10).

3.1. Técnica de amamantamiento

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca-pezones-areola.

- a) La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”.
- b) La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.
- c) El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

Amamantar no debe doler, si duele revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor. Para retirar al niño del pecho se introduce el dedo índice dentro de la boca, entre las encías del niño de manera que muerda el dedo y no el pezón al salir. Cada binomio tiene su propio tiempo, pero en general, más de 20 minutos por lado indica que la mamada no está siendo muy efectiva y se debe evaluar la técnica. Algunas veces el niño vaciará ambos pechos, otras veces quedará bien y se dormirá luego del primero (11).

3.2. Contraindicaciones de la lactancia materna

Se contraindica en niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactasa. La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia

humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos. Madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 ó 2). Otras situaciones relacionadas con enfermedades maternas o del lactante requieren de una valoración individualizada (10). Además de los antineoplásicos y las drogas de abuso social sólo cuatro medicamentos están absolutamente contraindicados: la fenindiona, amiodarona, derivados del ergot y yoduros (12).

3.3. Extracción manual y mecánica de la leche

Saber sacarse la leche es muy útil en varias circunstancias. Una es la ingurgitación mamaria o la obstrucción de un conducto, otra es la separación del recién nacido. Siempre que un lactante no mame bien hay que vaciar el pecho manualmente o con un sacaleches. Tras el alta, las mujeres que trabajan pueden necesitar extraerse la leche durante la jornada laboral. Por eso es importante que todas las mujeres que lacten sepan las técnicas básicas de extracción (13).

3.4. Conservación de la leche

La leche recién extraída puede mantenerse a temperatura ambiente (máximo 25° C) hasta 6 horas, pero si se va a almacenar hay que procurar refrigerarla inmediatamente. Si se refrigera entre 0 y 5° C puede utilizarse durante 48 horas. Congelada a -18° C puede almacenarse hasta 6 meses, descongelándola lentamente en frigorífico o a temperatura ambiente. Debe almacenarse protegida de la luz en recipientes limpios. Cuando una madre se extraiga leche y la administre a su hijo, lo hará siempre con leche recién extraída (13).

4. LACTANCIA ARTIFICIAL

Al igual que el pecho, el biberón debe darse al bebé con afecto, amor y entrega para conseguir establecer la relación emocional tan importante entre la madre, el padre y el hijo, favorecer el contacto piel con piel y el contacto visual. Uno de los riesgos de la lactancia artificial es la preparación o manipulación inadecuada de los biberones por parte de madres inexpertas u otros cuidadores.

Aunque lo habitual en los primeros días es que el bebé tenga hambre cada 3 horas aproximadamente, se debe respetar la demanda del recién nacido y espaciar o adelantar la toma un poco para ajustarse a sus ciclos de alimentación y sueño, siempre que la ingesta a lo largo del día sea adecuada (entre 7 y 8 tomas). Las cantidades a ofrecer son siempre orientativas y deben adaptarse a las necesidades individuales (no es lo mismo un niño de 4.500 g que uno de 2.000 g).

La persona que administre la toma debe lavarse las manos previamente. Una posición cómoda facilita la experiencia de alimentar al niño. Coloque la tetina delicadamente sobre la lengua del bebe. La abertura de la tetina debe ser lo bastante grande para que el alimento fluya suavemente, pero no tanto como para que cantidades excesivas llenen la boca del niño y se atragante. Alimente al niño lentamente. Dé oportunidad de expulsar el aire que ha tragado, retirándole el biberón de la boca. Evite la sobrealimentación ya que puede ocasionar malestar abdominal y regurgitación. Evite manipular mucho al niño después de las tomas para que no vomite (13).

5. CUIDADOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO

A partir de las 48 horas, cuando la adaptación se ha completado con éxito y hay menos riesgo de hipotermia, puede empezar a hacerse un baño diario por inmersión en las condiciones adecuadas, sin jabón o con una mínima cantidad de un jabón adecuado no perfumado. Evitar los jabones que poseen un pH muy alcalino y modifican perjudicialmente el pH, contenido hídrico y lipídico de la piel. La forma de sujetar al niño consiste en pasarle el brazo izquierdo bajo la nuca, de forma que sirva de apoyo a su cabecita, siguiendo a lo largo

de su espalda para sujetar con la mano su muslo izquierdo, así nos queda nuestro brazo derecho para manipularlo. No frotar la piel con toallas o esponjas; recortarse las uñas y evitar el uso de prendas al momento de realizar el baño del bebé. Evitar los baños prolongados, lo ideal son 5 minutos; después de 15-30 minutos, el agua deshidrata la piel. El agua para el baño debe estar a 37°C. La habitación debe estar alrededor de los 24°C.

No usar talco, se ha demostrado que éste es absorbido a través de la vía aérea, induciendo procesos respiratorios. Los boratos pueden producir lesiones de necrosis epidérmica "like", quemaduras de primer grado, síntomas gástricos, alteraciones neurológicas y necrosis tubular renal.

El uso de hisopos suaves de algodón está permitido en el pabellón auricular, pero no se recomienda su introducción dentro del conducto auditivo, ni en orificios nasales.

Para el aseo de la zona del pañal se utilizará exclusivamente agua, después de cada evacuación o micción. Se debe ventilar muy bien el área antes de cubrir con el pañal.

Usar ropa de algodón, holgada, sin etiquetas ni adornos que puedan irritar o lacerar la piel; no ajustadas, evitando así la aparición de miliaria o sudamina. En climas cálidos no se recomienda el uso de gorros, ni guantes. No colocar zapatos a los niños menores de 6 meses. Se puede usar cualquier detergente para lavar la ropa, evitando suavizantes y cloro; insistir en enjuagar varias veces con abundante agua.

Se insiste en evitar la exposición solar en estas edades (14).

6. TAMIZAJE NEONATAL

Los programas de tamizaje neonatal son una importante estrategia que desde hace varias décadas se viene implementando en muchos países del mundo. Estos se basan en realizar pruebas a los recién nacidos con la finalidad de detectar tempranamente enfermedades existentes y así poder brindar el tratamiento oportuno, y evitar o disminuir daños graves e irreversibles en la salud de los recién nacidos. En EsSalud, dicha estrategia se ha

implementado a nivel nacional con cobertura del 100% de recién nacidos, para hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria y galactosemia (15).

7. SIGNOS DE ALARMA

Los padres deben acudir a un centro de salud cercano lo más pronto posible ante alguno de los siguientes signos de alarma (16):

- Llanto débil o excesivo. Cualquier bebé que llora más de 1 hora y se comprueba que no es por hambre, frío, calor o pañal mojado, debe ser revisado.
- No lacta o existe débil succión.
- Cambio en su temperatura corporal: temperatura mayor a 38°C (fiebre) o menor a 36°C (hipotermia). Arrojarlo demasiado puede contribuir al aumento de la temperatura.
- Hipoactividad.
- Convulsiones (temblor).
- Respiración rápida.
- Cianosis.
- Ictericia. Piel excesivamente amarilla por más de 4 días, más afectación del estado general.
- Vómitos.
- Ausencia de diuresis. Un bebé que no orina por más de 12 horas puede tener algún problema importante ya sea por deshidratación o por afección renal.
- Estreñimiento.
- Diarrea, algunas veces con moco o sangre.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIAL

1.1. ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital III Yanahuara, EsSalud, Arequipa, Perú; durante el periodo de enero y febrero del 2016.

1.2. POBLACIÓN

La población fueron las puérperas que se encontraban en alojamiento conjunto del servicio de Obstetricia al momento del alta, luego de haber recibido las recomendaciones de los cuidados del recién nacido del médico pediatra o neonatólogo.

Criterios de inclusión

- Madres que estaban de alta de alojamiento conjunto con un recién nacido sano de \geq 36 semanas de edad gestacional, que recibieron las recomendaciones del cuidado del recién nacido.
- Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Madre de neonato trasladado a otro hospital.

2. MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio, según Altman, fue de tipo observacional, prospectivo y transversal.

2.2. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Para la recolección de los datos, el instrumento utilizado fue una encuesta (ANEXO 1), realizada en base a una aplicada en un estudio similar en población española realizado por Herrero y col. (17), pero que fue adaptada a nuestra población. Para su validación se aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.88 (muy alta).

Se aplicó la encuesta a las madres; previa explicación del procedimiento y objetivos del estudio, y aceptación de su participación (constatada por la firma del consentimiento informado (ANEXO 2)); al momento que fueron dadas de alta luego de haber recibido las recomendaciones de parte del médico pediatra o neonatólogo correspondientes a los cuidados del recién nacido y respuesta a inquietudes particulares. Todas las encuestas las realizó el mismo investigador.

En el procesamiento de datos, para la valoración por las encuestadas de los distintos parámetros, se utilizó una escala de 0 (mínimo) a 10 (máximo). Los puntos de corte se eligieron arbitrariamente a través de la distribución en terciles; considerando el tercil inferior de p0 a p33, de 0 a 3 puntos como Malo; el tercio medio de p34 al p66, de 4 a 6 puntos como Regular; y, el tercil superior de p67 a p100, de 7 a 10 puntos como Bueno.

2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las variables en el paquete estadístico SPSS v22.0. Las variables cuantitativas se describieron mediante media, mediana, moda, desviación estándar, valor mínimo, valor máximo; y las cualitativas, como frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1. Medidas de resumen de la edad de las madres participantes

Medidas	Edad (años)
X	29.83
Me	30
Mo	33
S	5.60
Valor mínimo	15
Valor máximo	44
N°	385

Tabla 2. Algunas características sociodemográficas de las madres participantes en el estudio

Características	N°=385	% = 100%
a. Estado civil		
Soltera	21	5.45%
Casada	154	40.00%
Conviviente	210	54.55%
b. Nivel de instrucción		
Primaria	12	3.12%
Secundaria	110	28.57%
Superior	263	68.31%
c. Situación laboral		
Empleada	179	46.49%
Desempleada	12	3.12%
Ama de casa	188	48.83%
Estudiante	6	1.56%
d. Hijos previos		
0	145	37.66%
1	146	37.93%
2	67	17.40%
3	21	5.45%
Más de 3	6	1.56%

Tabla 3. Medidas de resumen de edad gestacional y estancia hospitalaria

Medidas	Edad gestacional (semanas)	Estancia hospitalaria (días)
X	38.90	1.75
Me	39	2
Mo	39	2
S	1.14	0.69
Valor mínimo	36	1
Valor máximo	42	4
N°	385	385

Tabla 4. Frecuencia de tipo de parto y lactancia

Características	N°=385	%=100%
a. Tipo de parto		
Vaginal	210	54.55%
Cesárea	175	45.45%
b. Tipo de lactancia		
Materna	218	56.62%
Mixta	167	43.38%

Tabla 5. Frecuencia de madres que recibieron recomendaciones sobre los cuidados del recién nacido

Recomendaciones	N°	%
Exploración física al momento del alta	347	90.13%
Lactancia materna, lactancia artificial	382	99.22%
Cuidados del cordón umbilical	363	94.29%
Baño	330	85.71%
Higiene/cambios de pañal	307	79.74%
Posturas para dormir	156	40.52%
Tamizaje neonatal	300	77.92%
Vacunas	307	79.74%
Control en consultorio externo	366	95.06%

Tabla 6. Distribución de las madres según valoración de las recomendaciones recibidas acerca del cuidado del recién nacido

Valoración	Mala	Regular	Buena
	N° (%)	N (%)	N (%)
Aspecto			
Exploración física al momento del alta	2 (0.58%)	36 (10.37%)	309 (89.05%)
Lactancia materna	3 (0.79%)	33 (8.64%)	346 (90.57%)
Cuidados del cordón umbilical	1 (0.28%)	23 (6.33%)	339 (93.39%)
Baño	1 (0.30%)	23 (6.97%)	306 (92.73%)
Higiene/cambios de pañal	1 (0.32%)	31 (10.10%)	275 (89.58%)
Posturas para dormir	1 (0.64%)	22 (14.10%)	133 (85.26%)
Tamizaje neonatal	2 (0.67%)	31 (10.33%)	267 (89.00%)
Vacunas	2 (0.65%)	39 (12.70%)	266 (86.65%)
Control en consultorio externo	2 (0.54%)	39 (10.66%)	325 (88.80%)

Tabla 7. Distribución de las madres según valoración de la oportunidad de recibir recomendaciones

Valoración	Mala	Regular	Buena
	N° (%)	N (%)	N (%)
Aspecto			
Oportunidad de plantear dudas	5 (1.30%)	63 (16.36%)	317 (82.34%)
Grado de confianza en pediatra	8 (2.08%)	66 (17.14%)	311 (80.78%)
Comprensibilidad del lenguaje del pediatra	8 (2.08%)	52 (13.51%)	325 (84.41%)

Tabla 8. Frecuencia de madres que demandaron mayor información al momento del alta hospitalaria

Demanda de información	N°=385	%=100%
SI	147	38.18%
NO	238	61.82%

Tabla 9. Aspectos sobre los que las madres demandaron mayor información (N = 147)

Aspectos	N°	%
Información general	74	50.34%
Signos de alarma	20	13.60%
Lactancia materna	18	12.25%
Vacunas	14	9.52%
Baño	14	9.52%
Posición para dormir	12	8.16%
Control en consultorio externo	6	4.08%
Tamizaje neonatal	4	2.72%
Cólico de gases	4	2.72%
Cuidados del cordón umbilical	2	1.36%
Alergias	2	1.36%
Masajes	1	0.68%
Estimulación	1	0.68%

*Categorías no mutuamente excluyentes.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La población del estudio constó de 385 madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

En la Tabla 1, se presentan las medidas de resumen de la edad de las madres, donde la edad media fue de 29.83 ± 5.60 años, con una edad mínima de 15 y máxima de 44, mediana de 30 años; lo dicho difiere de lo hallado por Herrero y col. (17), en un estudio español similar al nuestro, donde la edad media fue de 31.9 ± 4.9 años, edad mínima de 20 y máxima de 40, mediana de 32 años. Esta diferencia se debe a que en nuestro país, considerado en vías de desarrollo, se encuentra una mayor frecuencia de embarazo en adolescentes (el 5.5% de neonatos provienen de madres adolescentes (18)); además, nuestras madres deciden posponer menos su maternidad en comparación a las de los países desarrollados como España (edad media al primer hijo es de 30,1 años (19); mediana de 22 años para la madre peruana (20)).

En la Tabla 2, se describen algunas características sociodemográficas de las madres. El estado civil predominante fue conviviente (54.55%), resultado que difiere del estudio de Herrero y col. (17), en el cual fue casada (66.5%); lo cual se debe a que cada vez más mujeres en edad fértil en el Perú optan por la convivencia (34.5% son convivientes, 32.2% son solteras; y, 22.2%, casadas (20)). El nivel de instrucción más frecuente fue superior (68.31%), diferente al del estudio mencionado (17), en el cual fue secundaria (42%), y del nivel de estudios encontrado para la madre peruana (secundaria con un 59.4%, seguido de superior con un 24.3%, primaria con 15.2% y analfabeta con 1% (18)); quizás esto se deba a que nuestra población, por ser asegurada, obtuvo una mayor oportunidad de cobertura de salud dentro de sus beneficios laborales al tener un nivel superior de estudios; en cuanto al resultado del estudio español, al parecer las madres con un nivel de estudios superior opta menos por ser madre en comparación a las de uno inferior quizás por darle preferencia a su realización profesional sobre la maternidad. La situación laboral predominante fue ama de casa (48.83%), seguido de empleada (46.49%), diferente del resultado del estudio español (17), en el cual fue

empleada; esto quizás se explique debido al hecho de que la mayoría de las madres de nuestra población tienen un hijo o más y deciden dejar de trabajar para dedicarse a tiempo completo a la crianza de sus hijos. En cuanto al número de hijos previos, el 37.66% no tenía hijos, el 37.93% tenía un hijo, 17.4% tuvo dos hijos, 5.45% tuvo tres y 1.56% tuvo más de 3 hijos; lo cual difiere del estudio español donde el 61.6% no tenía hijos, 36.6% tuvo un hijo, 1.2% tenía dos hijos, 0.6% tenía tres hijos; esto se explica debido a que la tasa global de fecundidad en nuestro país es mayor (2.5 en Perú (20) vs 1.32 en España (21)).

En la Tabla 3, se muestran las medidas de resumen de edad gestacional y estancia hospitalaria. La edad gestacional media fue de 38.9 ± 1.14 semanas, similar a la del estudio de Herrero y col. (17) (39 ± 1 semanas). La estancia hospitalaria fue de 1.75 ± 0.79 días, menor a la del estudio mencionado (17) (2.7 ± 0.9 días); esto se debe a la alta demanda de madres que van a dar a luz que soporta el hospital, lo cual obliga al personal médico a dar el alta precoz. En un estudio español, realizado por Díaz y col. (3), el alta se vivió por las madres como “temprana”, lo cual generó mayor preocupación y angustia agregada a la propia de ser madre; por ello, debemos procurar dar el máximo de apoyo a las madres durante su corta estadía en el hospital. Tener en cuenta, además, que se ha encontrado en algunos estudios una asociación entre el alta precoz y la necesidad de reingreso hospitalario del recién nacido por ictericia y deshidratación, por lo que no se debe dejar de comunicar los signos de alarma, sobre todo en aquellos neonatos que presenten factores de riesgo (5).

En la Tabla 4, se señala el tipo de parto y de lactancia. La mayor parte de las madres tuvo un parto vaginal (54.55%), el cual fue menor al encontrado por Herrero y col. (17) (75.6%); quizás esto se deba a que nuestro hospital atiende a pacientes referidas, además de su población cautiva, que muchas veces por indicación médica terminan en cesárea. El tipo de lactancia por el que más optaron las madres fue por la materna exclusiva (56.62%), en una proporción menor a la del estudio mencionado (79.5%, (17)) y por debajo del promedio nacional (68.4% (20)); esto quizás se deba a que se da lactancia artificial complementaria al neonato en alojamiento conjunto, lo cual causa una mayor sensación de seguridad de que su bebe se está alimentando adecuadamente, sobre todo en las madres inexpertas y las que tuvieron parto cesárea ya que presentan una demora en la “bajada de leche” (5); otra causa que

podría explicar este hecho es que el 46.49% de las madres trabaja y se ve obligada a recurrir a este sucedáneo.

En la Tabla 5, se señala la frecuencia de las recomendaciones recibidas. El aspecto que más se informó fue la “lactancia materna y artificial” (99.13%), y el que menos se informó fue “posturas para dormir” (40.52%). Con respecto a “lactancia materna y artificial”, es importante que las madres conozcan cómo alimentar adecuadamente a sus bebés. Con respecto a “posturas para dormir”, resulta destacable que no se informe mucho sobre este tema ya que prácticas relacionadas al sueño del bebé disminuyen la probabilidad del síndrome de muerte súbita del lactante (9), el cual podría explicar el 2% de mortalidad neonatal causado por aspiración láctea (4% en la sierra) (2), por ello, se recomienda aumentar la información brindada respecto a este tema. Kistin y col. (22), en su estudio realizado en población americana, donde analizó el impacto de la toma de notas durante la enseñanza de los cuidados del recién nacido, encontró una mayor tendencia a reportar la posición para dormir en forma supina, sobre todo en madres primerizas; por lo que esta práctica puede ser utilizada para obtener una mayor población de madres informadas al respecto de este tema. Estos resultados difieren de los hallados por Herrero y col. (17), donde se encontró que el tema más informado fue el “tamizaje neonatal” (97.7%) y el menos informado fue “higiene y cambios de pañal” (42%); en cuanto al tamizaje, se explica debido a la importancia que tienen las enfermedades metabólicas en los países desarrollados; y, en cuanto a los hábitos de higiene y cambios de pañal, quizás porque se asume que estas prácticas ya son conocidas por las madres.

En la Tabla 6, se describe la distribución de las madres según la valoración de las recomendaciones recibidas acerca del cuidado del recién nacido. Se encontró que más del 85% de las madres califica como “buena” la información recibida. Resultados similares a los hallados por Herrero y col (17). El tema al que se le otorgó mejores calificaciones fue “cuidados del cordón umbilical” y al que se le otorgó peores calificaciones fue “posturas para dormir”. Es importante que la madre sepa cómo cuidar el cordón umbilical del bebé, ya que así se pueden prevenir las infecciones neonatales derivadas de esta causa. La importancia de dar una buena información sobre las posturas para dormir ya fue mencionada.

En la Tabla 7, se describe la distribución de las madres según la valoración de la oportunidad de recibir recomendaciones, encontrándose que la mayoría (más del 80%) califica como buena a la oportunidad de plantear dudas, confianza en el médico pediatra y la comprensibilidad del lenguaje que utiliza. Estos resultados son similares a los hallados por Herrero y col. (17), y Díaz y col. (3); este último estudio realizado en población española, que investigó la satisfacción de las madres primíparas en un servicio de salud, hallando que los profesionales sanitarios fueron valorados positivamente.

En la Tabla 8, se señala la frecuencia de madres que demandó mayor información. Se observó que el 38.18% de las madres demandó información adicional; lo cual significa que el 61.82% estuvo satisfecho con la información recibida. En el estudio de Herrero y col. (17), el 25.6% de las madres hubiera querido recibir información adicional; porcentaje menor al nuestro lo cual puede tener su explicación debido a que el tiempo destinado a brindar los consejos a veces es muy corto debido a la alta carga de trabajo hospitalario; como lo describe Ching-Pung y col. (23) en su estudio realizado en Taiwan, donde encontró que el corto tiempo empleado en cubrir la demanda de información puede hacer más difícil que los profesionales de la salud sean sensibles a las necesidades de cada madre, y de respetar su individualidad, conocimiento personal y experiencia. Es importante considerar que es pronto para determinar la demanda de información, ya que en los primeros días en casa pueden surgir nuevas dudas, y aunque la literatura sugiere que las madres están preparadas para recibir información a las 24 horas del parto, existe la impresión de que, en esos momentos, el cansancio u otras distracciones pueden dificultar la atención (5).

En la Tabla 9, se detallan los aspectos sobre los que las madres demandaron mayor informaron; en esta tabla se considera que algunas madres demandaron más de un aspecto. El aspecto más demandado fue “información general” (50.34%), seguido de “signos de alarma” (13.60%) y “lactancia materna” (12.25%). Con respecto a “información general”, esta insatisfacción con la información recibida puede deberse al corto tiempo empleado en entregar la información, como ya fue mencionado en el párrafo anterior.

El segundo tema más demandado fueron los “signos de alarma”, dudas que los profesionales de la salud necesitamos cubrir, para evitar el uso de fuentes de información alternativas que

pueden llevar a prácticas inadecuadas, evitando consultas médicas innecesarias y los mitos culturales.

El tercer tema más demandado fue lactancia materna (12.25%), lo cual significa que a pesar de ser el aspecto más informado (al 99.13% de madres), hay un porcentaje de madres que queda insatisfecha con la información recibida al respecto. Este tema debe ser informado de manera integral debido a los grandes beneficios que esta práctica ofrece al bebe y la madre (10). Además, dicho resultado difiere del hallado por Herrero y col. (17) quien encontró que este aspecto fue el más demandado (33.3%), lo cual se debe a que menos madres (85.2%) recibieron información respecto a nuestro estudio.

Barimani (24), en un estudio realizado en Suecia, encontró estrategias que permiten apoyar a los padres en el posparto como el asesoramiento constante, involucrar a los padres en la planificación del alta, distribuir información que guíe a los padres, y la designación de las personas en el sistema de atención que puedan fomentar sentimientos de confianza en los padres. Dichas estrategias, junto con los resultados de nuestro estudio, pueden ser utilizados para crear un protocolo que permita entregar la calidad y cantidad adecuada de información, uniformizar las recomendaciones dadas y así, satisfacer a un mayor número de madres, ya que logrando este objetivo será más probable que las madres cumplan con las recomendaciones dadas, y todo ello, en beneficio de la salud del recién nacido.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La valoración de la información recibida de las madres acerca de las recomendaciones de los cuidados del recién nacido al momento del alta hospitalaria fue buena.
2. Los aspectos sobre los que las madres demandaron mayor información fueron información general, signos de alarma, lactancia materna, vacunas, baño, posición para dormir, control, tamizaje neonatal, cólico de gases, cuidados del cordón umbilical, alergias, masajes y estimulación.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que los médicos del Servicio de Pediatría del Hospital III Yanahuara realicen un protocolo sobre las recomendaciones que se les brinda a las madres acerca de los cuidados del recién nacido al alta hospitalaria; promoviendo la lactancia materna exclusiva y restringiendo la indicación de lactancia mixta sólo a los neonatos que realmente lo requieran, aumentando la información sobre los hábitos del sueño, e incidiendo en los signos de alarma. Este último aspecto, permitirá que las madres reconozcan y prevengan casos de ictericia patológica y deshidratación, reingresos asociados al alta precoz que normalmente se practica en este hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín Epidemiológico 03 - 2015. Dirección General de Epidemiología. MINSA. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/03.pdf>
2. Boletín Epidemiológico 30 - 2015. Dirección General de Epidemiología. MINSA. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/30.pdf>
3. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez M. y Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. Gac Sanit. 2011; 25(6): 483-489. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112011000600008&script=sci_arttext
4. Martínez M. Evaluación y mejora del proceso del alta hospitalaria. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante 2014. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36417/1/tesis_maria_%20martinez_ramos.pdf
5. Sánchez Luna M, Pallás Alonsob C, Botet Mussonsc F, Echániz Urcelayd I, Castro Condee J, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr. 2009 Oct; 71 (4): 349-361. Disponible en <http://www.analesdepediatria.org/es/recomendaciones-el-cuidado-atencion-del/articulo/S1695403309004378/>
6. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
7. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediatr Mex 2014 Oct; 35: 513-517. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm146j.pdf>

8. Capurro H. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/rhl/newborn/cd001057_capurroh_com/es/
9. Sanchez Ruiz Cabello F, Ortiz Gonzales L. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Actividades preventivas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2014; 16: 71-80. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n61/grupo_previnfosad.pdf
10. Urquizo Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre?. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* 2014 Abr; 60 (2): 171-176. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322014000200011&script=sci_arttext
11. Valdés V. Técnicas de amamantamiento. Disponible en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/TECNICAS%20DE%20AMAMANTAMIENTO1.pdf>
12. Lozano de la Torre M. Lactancia materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. 279-286 Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
13. Bustos Lozano G. Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>
14. Vargas M. Recién nacido: recomendaciones para el cuidado de su piel. *Dermatol. Perú.* 2013; 13 (2): 118 – 120. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n2/nacido.htm
15. Galán-Rodas E, Dueñas E, Obando S, Saborio M. Tamizaje neonatal en el Perú: ¿hacia dónde vamos?. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(4):714-728. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/363/36329481035.pdf>
16. Gerencia Regional de Salud Arequipa. Signos de alarma en el recién nacido. http://www.saludarequipa.gob.pe/redisplay/publicaciones/triptico_signosRN.pdf

17. Herrero-Morína J, Huidobro Fernández A, Amigo Belloa M, Quiroga González R y Fernández González N. Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria. Arch Argent Pediatr 2015 Sep; 113(1): 28-35. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n1/v113n1a06.pdf>
18. Oficina General de Estadística e Informática. Boletín estadístico de nacimientos marzo 2012-agosto 2014. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3063.pdf>
19. Castro T, Seiz M. La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social 2014. Disponible en http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/13112014045006_7884.pdf
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2014. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
21. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos 2014. España. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np915.pdf>
22. Kistin C, Barrero-Castillero A, Lewis S, Hoch R, Philipp B, Bauchner H y Wang J. Maternal note-taking and infant care: a pilot randomised controlled trial. Arch Dis Child 2012 Jul; 97: 916-918. Disponible en <http://adc.bmj.com/content/97/10/916>
23. Ching-Pyng K, Hsiao-Ling C, Shu-Hsin L, Wen-Chun L, Li-Yu C y Meng-Chih L. Parenting Confidence and Needs for Parents of Newborns in Taiwan. Iran J Pediatr. 2012 Jun; 22(2): 177–184. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446057/>
24. Barimani M. Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. Midwifery 2015 Ago; 31 (8): 811–817. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815001242>

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer la valoración de las madres acerca de las recomendaciones dadas por el pediatra al momento del alta del recién nacido para poder reconocer sus inquietudes y puntos débiles y poder fortalecerlos en beneficio de las madres y sus nuevos bebés.

Agradezco de antemano la resolución de la siguiente encuesta, tengan la confianza de preguntar cualquier duda al investigador. Asimismo, se respetará la confidencialidad de los datos recolectados.

Encuesta:

Llene los espacios en blanco o marque con una equis (X) según corresponda:

Fecha: _____

Fecha de nacimiento del RN: _____

Edad de la madre: _____ años

Estado civil:

Casada

Conviviente

Soltera

Nivel de instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

Situación laboral materna

- Empleada
- Desempleada
- Ama de casa
- Estudiante

Hijos previos

- 0
- 1
- 2
- 3
- Más de 3

Tipo de parto

- Vaginal
- Cesárea

Edad gestacional _____ semanas

Estancia en el hospital _____ días

Tipo de alimentación que va a recibir el recién nacido en casa

- Materna
- Artificial
- Mixta

Información recibida al momento del alta SI NO (Si la respuesta es SI, calificar del 0 -10)

Exploración física del neonato al momento del alta SI _____

NO

Lactancia materna, lactancia artificial SI _____

NO

Cuidados del cordón umbilical	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	
Baño	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	
Higiene/cambios del pañal	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	
Postura para dormir	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	
Tamizaje neonatal	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	
Vacunas	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	
Control en consultorio externo	SI <input type="checkbox"/>	_____
	NO <input type="checkbox"/>	

Oportunidad para plantear dudas al pediatra que informó al momento del alta (calificar 0-10) _____

Grado de confianza en el pediatra que proporcionó la información (calificar 0-10) _____

Comprensibilidad del lenguaje empleado por el pediatra (calificar 0-10) _____

DEMANDA DE INFORMACIÓN: ¿Desearía haber recibido información adicional?

SI ¿Cuál? _____

NO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo _____, identificada con el DNI _____, certifico que he sido informada con claridad y veracidad al respecto del estudio “*Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria*”; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo de retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Firma