



**FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO**

**" IMPACTO DE LA ORIENTACION PROPORCIONADA  
A PADRES DE NIÑOS CON ENFERMEDAD  
DE MEMBRANA HIALINA,  
MONTERREY, NUEVO LEON, 1991"**

**TESIS**

**QUE EN OPCION AL GRADO DE  
MAESTRO EN ENFERMERIA,  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA,**

**PRESENTA:**

**LIC. EN ENF. MARICELA GARCIA VEGA**

**MONTERREY, N.L., MAYO DE 1991**

TM

RJ4333

.5

.P8

G3

C.1



1080070868



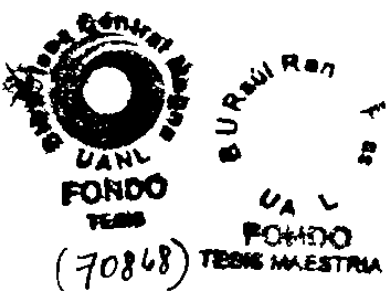
**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO**

**“IMPACTO DE LA ORIENTACION PROPORCIONADA A PADRES DE  
NIÑOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA. MONTERREY,  
NUEVO LEON, 1990”.**

**TESIS QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA, CON  
ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA, PRESENTA LA LIC. EN ENF. MARICELA  
GARCIA VEGA.**

**MONTERREY, N.L., MAYO DE 1991.**

T  
RJ 433  
.5  
P8  
G3



**TITULO:**

**IMPACTO DE LA ORIENTACION PROPORCIONADA A PADRES DE LOS  
NIÑOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA MONTERREY NUEVO  
LEON 1990**

**NOMBRE DEL ALUMNO**


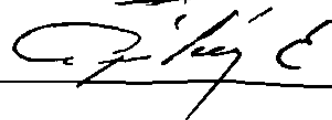
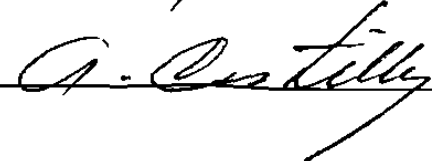
**LIC. ENF. MARICELA GARCIA VEGA**

**ASESOR DE TESIS**

**LIC ENF. DORA ELIA SILVA LUNA M.S.P.**

**MONTERREY NUEVO LEON MAYO DE 1991**

NOTA DE APROBACION

  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

**COMISION DE TESIS**

**LIC. ENF. DORA ELIA SILVA LUNA M.S.P.**

**LIC. ENF. AMPARO PEREZ. M.E.**

**DR. MED. ADELA CASTILLO DE ONOFRE.**

**MONTERREY NUEVO LEON MAYO DE 1991**

## INDICE

	<b>PAG.</b>
I. INTRODUCCION -----	5
II. SECCION DE METODOS -----	17
III. DESCRIPCION DE RESULTADOS -----	20
IV. ANALISIS Y DESCRIPCION DE RESULTADOS -----	29
V. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS -----	35
VI. BIBLIOGRAFIA -----	37
A) CITADA -----	37
B) CONSULTADA -----	37
VII. ANEXOS -----	40
1) INSTRUMENTO -----	42
2) INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO -----	46
DEDICATORIA -----	51
AGRADECIMIENTO -----	52



## I. INTRODUCCION

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Universitario ``Dr. José Eleuterio González'' de Monterrey, N. L. México (Mty., N.L., Méx.), la Enfermedad de Membrana Hialina (EMH) tubo una incidencia de 80.0% durante Enero a Diciembre de 1989, con un 25.0% de mortalidad, en el mismo año.

El tratamiento que se proporciona a dichos niños para su problema principal, o sea el respiratorio, es a través de ventilación mecánica o campana cefálica y así proporcionar el oxígeno que requiere, al mismo tiempo se le administran los requerimientos hídricos y calóricos necesarios para su supervivencia.

La orientación que se brinda a la familia es proporcionada regularmente por el médico residente de primero, segundo o tercer año de la Especialidad de Pediatría. Durante el internamiento es sobre el estado clínico del neonato y sobre los avances o retrocesos de la enfermedad, generalmente es de acuerdo a los conocimientos o expectativas de cada médico y sólo una vez al día a uno de los padres, en pocas ocasiones a los dos.

Cuando el personal de enfermería participa, se apoya también en su experiencia, conocimientos, etc. Así mismo, cuando el niño es dado de alta, se les dá a conocer a los padres la importancia del cuidado en el hogar y de su próxima cita a la consulta pediátrica. Respecto a los padres se ha observado que a corto plazo demuestran inquietud sobre el estado de salud de sus niños, y a largo plazo, los neonatos

ingresan por problemas respiratorios, algún tipo de infección o desnutrición. El seguimiento posterior al alta es a través de la consulta de pediatría un día a la semana destinado específicamente para los niños que han cursado con la patología; cita a la que al parecer pocos niños acuden, ya que no se cuenta con un registro de las inasistencias y no se refiere al paciente a la comunidad a la que pertenece. Por lo que se puede identificar la siguiente situación problemática: ``La orientación proporcionada a los padres de familia de los niños con EMH durante el internamiento es de acuerdo a los conocimientos y experiencia personal de cada orientador y sobre el estado clínico del niño, y sus avances o retrocesos. Al ser dado de alta, es sobre el cuidado en el hogar y su próxima cita a la consulta pediátrica''. El tratamiento que recibieron los niños fué en base al apoyo respiratorio; con sus probables complicaciones, se desconoce hasta el momento el efecto que pueda tener en el estado de salud futuro del niño y su cuidado en el hogar.

Por lo que se pretende conocer si el grado de orientación intrahospitalaria dado a los padres influye en el cuidado en el hogar y estado de salud posterior del niño que padeció EMH, a través de relacionar el estado de salud de los niños que cursaron con la patología con el tratamiento intrahospitalario recibido y con la orientación que recibieron sus padres al ser dados de alta. Así mismo, la posible influencia del nivel sociocultural de los padres en la aplicación de la orientación sobre el cuidado del hijo en el hogar.

La EMH a nivel nacional cuenta con un índice de mortalidad del 30.0% y en el Hospital Universitario ``José Eleuterio González'' con el 25.0% (Diciembre, 1989) Monterrey., N.L., Méx.

La insuficiencia respiratoria es la causa número uno de morbi-mortalidad en el período neonatal de los niños prematuros con esta patología. Es la entidad que con mayor frecuencia motiva el ingreso

de los neonatos a la UCIP (1).

La introducción de los servicios de Cuidado Intensivo en la práctica hospitalaria representa un notable adelanto en la atención de los neonatos prematuros con EMH, en los que, en situaciones apropiadas se puede conseguir reducción en su morbi-mortalidad, mediante la aplicación adecuada y equilibrada de conocimientos y destrezas a dichos niños (2).

Las complicaciones más frecuentes a corto plazo en los recién nacidos con la patología en estudio, son: persistencia de conducto arterioso, neumotórax, así como hemorragia intracraneana e infección. Ahora bien, el notable adelanto en la atención de los neonatos, ha dado lugar a la aparición de complicaciones a largo plazo como son: broncodisplasia pulmonar, fibroplasia retrolenta. De igual manera se conoce poco sobre los efectos a largo plazo en la relación padre-hijo, aunque se dice que los abusos infantiles son mayores en los niños que nacen prematuramente (3).

Investigaciones anteriores señalan que la conducta hacia el niño y la familia se modifican e incrementan en la medida en que la familia adquieren conocimientos relativos a la enfermedad. Pues si bien es cierto los neonatos de alto riesgo, se enfrentan a problemas de salud y a la separación de sus padres al ser trasladados desde su nacimiento a la UCIP, para que reciban atención especializada y de alta tecnología, a su vez, los padres se enfrentan a una crisis, pues la espera larga durante el embarazo, crea en su mente el ideal de un niño al que podrán ver y tocar al nacimiento, sin embargo, no es posible si el niño nació con problemas que ponen en riesgo su vida. En esos momentos se sienten culpables, angustiados, temerosos, o deprimidos, además de que el momento de ver y tocar al hijo se demora, por su traslado inmediato a la UCIP y al visitarlo, tal vez ocurra desilusión o alarma, pues el niño es muy pequeño y el equipo técnico médico que lo rodea lo hace parecer aún más (4).

Con frecuencia, los padres abandonan el hospital sin su hijo y tienen que acudir a visitarlo, vivenciando a distancia, las recaídas o avances del niño, el que puede ser dado de alta en condiciones óptimas, o por el contrario, con problemas de salud incapacitantes por el resto de su vida.

A nivel nacional, en México D.F., en el Instituto de Cardiología Pediátrica, la atención a los padres del niño es individualizada con especial énfasis en el apoyo emocional y orientación si el niño cursa con problemas cardíacos. En la actualidad se investiga esta atención, lo que se ha observado es mejoría en el cuidado del niño en el hogar y continuidad en el tratamiento no teniéndose cifras exactas aún (Noviembre 1989) (5).

En el Hospital Universitario de Monterrey, N.L., México, se realizó un estudio retrospectivo para conocer las causas de la baja recuperación económica de los pacientes de la UCIP. Los datos encontrados fueron que un 70.0% tenían trabajo eventual y el 50.0% de las madres eran solteras (Octubre 1989) (6).

Friedman define a la familia como la unidad básica de la sociedad; considera que esta influye en sus miembros de tal manera que determina el éxito o fracaso futuro de la misma; en relación a los niños asegura que es la responsable de prepararlos para enfrentarse a la sociedad a la que pertenecen. Los padres son los maestros principales ellos interpretan el mundo de la sociedad a los niños. Friedman también considera a la familia como el grupo que se ocupa en forma total y en todas las facetas del individuo; la define como una red intimamente unida e interdependiente donde los problemas del individuo se filtran y afectan al resto de la familia. Propone realizar valoración familiar holística ya

que los problemas de salud de algún miembro afectara al resto, menciona que existe interacción entre la familia y el estado de salud de sus miembros, de tal forma que tiene un rol crucial durante cada faceta de la atención de salud ya sea proporcionando medidas preventivas o participando en la rehabilitación.

Friedman, (Family Nursing 2 edition) coincide con Muksch (1974, p.552) al visualizar a la familia, como una comunidad básica humana con propiedades genéricas, principalmente la coexistencia de más de un humano compartiendo vivienda, obligaciones recíprocas, sentido común y compartiendo ciertas obligaciones con respecto a otros.

Friedman explica que los roles familiares se relacionan con la estructura, la división de labores y posiciones dentro de la familia, un individuo tiene una posición, ya sea padre, hijo, hermano, etc. Las funciones familiares son llevadas a cabo para mantener la integridad de la unidad familiar, y para suplir tanto las necesidades familiares e individuales como las expectativas de la sociedad, dentro de éstas se encuentran las ``necesidades físicas; alimentación, vestido y vivienda, afectivas; de socialización y el cuidado de la salud, y la función de adaptación''. La familia procura el cuidado preventivo y comparte la atención en caso de enfermedad en alguno de sus miembros, en la jerarquización de sus funciones, el cuidado de la salud ocupa uno de los últimos lugares (7).

Para Friedman la familia se convierte en un recurso efectivo y primario de salud cuando se involucra con el equipo de salud y la terapéutica. Para responsabilizarse del autocuidado, debe conocer además del estado de salud y/o problemas de los miembros, las medidas necesarias, ya sea para mantener la salud o mejorarla. Las prácticas del autocuidado incluyen: prevención, diagnóstico, tratamiento casero de problemas ambulatorios y tratamientos prescritos para la atención de los miembros enfermos

en la familia.

En este sentido la autora considera que una de las funciones básicas de la familia, es proteger la salud de sus miembros al proveer apoyo y cuidado en la enfermedad para alcanzar el bienestar familiar, esto implica, dar buena atención a la integridad física, utilizando en forma constructiva y al máximo, las potencialidades físicas, espirituales, mentales y sociales de cada uno de sus miembros. Expresa que es de esperarse que el ``desequilibrio familiar se presente cuando alguno de los miembros ve afectada su salud y la familia no se encuentra preparada en el manejo de los mecanismos para enfrentar la situación dando lugar a la ocurrencia de crisis''. El hombre pertenece a una familia, que constituye su grupo primario, y que lo ayuda o no, a satisfacer sus necesidades físicas y sociales fundamentales para la adaptación en sociedad. Es considerado como una entidad bio-psico-social, que se desenvuelve en un determinado entorno para la satisfacción de sus necesidades. La adaptación que logre paulatinamente con el ambiente determinará la forma en que llegue a interactuar en la madurez. El niño integrante de una familia, es deseable que de ella obtenga atención física y emocional, le dirija en su desarrollo y sea el contexto principal para el aprendizaje de su conducta, pensamiento y sentimiento individual, así mismo reciba estímulo para su crecimiento y desarrollo.

La conceptualización de salud y enfermedad varía ampliamente de cultura, región y familia a familia, el nivel socio-cultural y el nivel de desarrollo. Las personas con antecedentes culturales y/o estatus socio-económico similares comparten actitudes, mitos y valores semejantes. Esta característica se observa más en comunidades pobres. Para este autor (Friedman), la familia es la unidad básica de la sociedad, está conformada por individuos que interactúan en forma interna y externa con el medio ambiente del cual toman, moldean y modifican sus expectativas y obligaciones sociales básicas, a fin

de satisfacer las necesidades individuales y del grupo. Es responsable de la transmisión de los valores sociales y morales, los integrantes no necesariamente viven juntos, los une el compromiso emocional, las obligaciones recíprocas; el sentido de igualdad y el afecto. La familia, en la tarea de mantener la salud de sus miembros, establece y realiza actividades, que según los padres o miembros adultos consideren sean saludables y posibles. Mientras más escolaridad tenga una familia, se espera tenga más conocimientos de la salud, y generalmente la madre es la mejor informada al respecto. La familia suele tomar medidas preventivas para evitar la enfermedad, si algún miembro de la familia estuvo vulnerable o susceptible, si la enfermedad fue moderadamente grave y si sus consecuencias trastornaron la vida de la persona. Si los beneficios fueron mayores que las barreras (costos, dolor, tiempos, convivencia y pena), a futuro, cuando perciben amenazas o problemas de salud buscarán más pronto la atención a los mismos.

La literatura describe que, la familia opera como sistema funcional para protección y sobrevivencia mutua de sus miembros, en la que todos combinan sus esfuerzos. A través de la historia ha sido la responsable del manejo de enfermedades físicas y emocionales. En Estados Unidos, en 1850, se empezó a compartir esta tarea con profesionales de la salud (Farrella Schimit, 1979). En 1920, numerosas publicaciones y escritos oficiales incluían aseveraciones de la familia como parte de la Unidad de Cuidado de la salud en la comunidad. Décadas después (1974, p.11), el Comité de la salud comunitaria en los Estados Unidos, expresó: ``El cuidado de salud familiar se basa en el concepto de familia como unidad, y se dirige a resolver las necesidades del cuidado de la salud de los miembros, alentándolos a utilizar sus recursos y los servicios disponibles para la salud''. Este cuidado así como el de los enfermos se llevaba en el hogar y principalmente por la madre (7).

Para Friedman la conceptualización de la salud y la enfermedad en la familia, influirá en como se les maneje, para que ocurran mejorías y responsabilidad del cuidado de la salud, se requiere reforzamiento del rol central de la familia en esta función básica y vital, a través de la educación y asesoramiento familiar para el autocuidado, ya que el paciente se involucrará eficazmente si tiene el conocimiento y la habilidad necesaria para prestar buena atención. Orem, coincide con Friedman en relación a que, Enfermería contribuye con la familia a brindar cuidado para el ajuste psicosocial durante la enfermedad; a desarrollar o utilizar las potencialidades de cada miembro y; a recuperarse o acoplarse a la enfermedad permanente del paciente. Con los niños como pacientes se responsabilizan en la capacitación continua de los padres ya que ellos son los responsables del cuidado del niño y de que llegue a un desarrollo y madurez adecuado (8).

El nacimiento de un niño suele alterar la relación entre sus padres, sobretodo si es prematuro, causándole sentimientos de angustia, temor, éstos sentimientos son naturales por lo que es muy importante que se les asesore para que resuelvan sus miedos y problemas. Para tener la seguridad de que el niño llegará a la edad adulta con el menor número de problemas de salud posible, se requiere de valoraciones continuas de su crecimiento y desarrollo, para proporcionar atención oportuna a los problemas que pudiera presentar. Dicha valoración adquiere mayor importancia en aquellos niños que nacieron prematuramente y además tuvieron problemas de inmadurez pulmonar, requirieron tratamiento para dicha patología; cursaron con hipoxia recurrente ó fueron expuestos a riesgos adicionales, Suele denominárseles neonatos de alto riesgo. Con el tiempo, estos niños pueden presentar alteraciones de salud, que les limitan en su función bio-psico-social. Por tal motivo, es sumamente importante la participación del equipo de salud con respecto a la familia y el niño. Es



indispensable, ayudar a la pareja a enfrentar la crisis que vive y explicar lo que ocurre con su hijo en la UCIP y estimular a que expresen sus sentimientos; ésto les sirve de apoyo, ellos deben ver, tocar e incluso participar en atenciones al niño, es necesario que sientan que les pertenece, pues si todo sale bien, el pequeño será dado de alta. Será entonces cuando acepten su responsabilidad en el cuidado del niño en el hogar.

En estudios previos con niños prematuros (Philadelphia, 1984), los padres toleraron la crisis cuando el equipo de salud fué honesto en los cambios del niño. Cuando no se conocía el pronóstico del niño o en ocasiones no se informaba a los padres, les creaba incertidumbre, e incluso el miedo a la muerte del niño era mayor si alguno de los médicos proporcionaban información como esta: "El niño tal vez no sobreviva," esto no redujo el dolor a la muerte, pero interfería en la relación con el niño; pues una vez desarrollado el miedo, este continuó, incluso cuando el niño mejoró y fué dado de alta. La madre de un niño de alto riesgo, que le fué separado posterior al parto expresó: "no tuve a mi hijo conmigo, ahora que lo tengo (3 meses después), no se de donde vino". Ella sentía falta de confianza y poca satisfacción en la crianza del niño. Esta situación tal vez fué originada por la falta de la relación materno infantil. Es cierto que algunas explicaciones pueden ser estresantes para la familia, pero el no ofrecerlas es aún más, por tal motivo se debe dar orientación de problemas actuales y potenciales, así como lo que pudieran hacer para preveer los mismos una vez que el niño sea dado de alta. (9).

No es suficiente salvar al niño y prevenir complicaciones, si no se cuenta con una familia capacitada para atenderlo, la orientación a los padres acerca del problema de su hijo, puede ser adquirida durante la estancia del niño en el hospital. Es indispensable asesorarlos y orientarlos desde el ingreso del niño, ayudándolos a enfrentar la crisis y si el pequeño sobrevive, acerca de la atención que requerirá en el

hogar, es importante recordar que el éxito o fracaso en el desarrollo del neonato de alto riesgo se podrá objetivizar con el paso del tiempo en la morbi-mortalidad de la enfermedad en la comunidad a la que pertenecen.

Para la enfermería, la conceptualización de familia, tiene muchas implicaciones, así para el resto de profesionales de la salud ya que forma parte integral del paciente, así mismo, el trabajar con y suplir las necesidades de una familia con estructuras y funciones variantes, requiere de acercamientos frecuentes para conocer las diferentes estructuras familiares y necesidades sentidas de las mismas. Al trabajar con familia, el personal de enfermería requiere de conocimiento fundamental sobre la estructura familiar así como de roles y funciones familiares . i to

Una de las funciones principales de la Enfermería es la enseñanza por lo que se debe valorar las necesidades de aprendizaje del paciente; planificando, organizando y aplicando estrategias de acción para cubrir las necesidades educativas del paciente y/o su familia; el enseñar eficazmente, es una actividad de la enfermera que tiene gran importancia ya que es un esfuerzo que se realiza con el fin de facilitar un cambio de conducta deseado en base a una meta identificada. Hoy día la enseñanza a los pacientes o familia no está unificada a través de programas, por lo que está dividida entre el equipo de salud (médico, enfermera, nutricionista, terapeutas físicos), ninguna persona en particular es la responsable de todos los aspectos de la educación de los pacientes. Los padres son los que necesitan educación e información sobre los problemas de salud que presenta el niño, los riesgos del tratamiento y su responsabilidad en relación a la salud ya que, una vez en su hogar serán ellos los que se responsabilicen del tratamiento así como de las medidas que tomarán a fin de controlar los problemas de salud que puedan presentarse. c u

La enfermería, como disciplina para el cuidado de la salud, a fin de responder a las necesidades del individuo, familia o comunidad, la ha de valorar con una visión holística, viendo al paciente y a la familia como un todo, y se acepta que cualquier disfunción enfermedad o accidente que afecte a uno o más de los miembros puede afectar al resto de la familia, de alguna forma.

En este estudio se consideraron los elementos de la teoría familiar de Marilyn Friedman con respecto a las funciones familiares; específicamente la relacionada con el cuidado de la salud, para identificarla en el contexto familiar de los niños que han sido dados de alta y cursaron con EMH, y para identificar el impacto que en la salud de los neonatos de alto riesgo por Enfermedad de Membrana Hialina tiene la orientación proporcionada por el personal de UCIP del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", en Monterrey, N.L., México.

#### **DEFINICION OPERATIVA DE TERMINOS.**

**Enfermedad de Membrana Hialina o Síndrome de Dificultad Respiratoria.** Enfermedad en la que por inmadurez pulmonar el niño presenta alteraciones en el intercambio de gases (oxígeno y bióxido de carbono).

**Hospitalización.** Tiempo estancia promedio de algún paciente estando internado para recibir atención del equipo de salud.

**Problemas de salud.** Alteraciones de la salud, que se presentan en un período no determinado posterior al ser dado de alta.

**Alta.** Decisión médica-administrativa de que el paciente puede prescindir de la atención médica intrahospitalaria.

**Hospitalizaciones futuras.** Ingresos hospitalarios del paciente posteriores al alta.

**Tratamiento recibido.** Atención que el equipo de salud proporcionó al paciente con equipo técnico electrónico y productos farmacológicos, durante su hospitalización, y puede ser con menor riesgo cuando el tratamiento implique oxigenación a través de campana cefálica y no se hubieran presentado complicaciones agregadas. Con mayor riesgo cuando el tratamiento implique oxigenación por ventilación mecánica y además se presentaron complicaciones agregadas.

**Estado de salud.** En base a percentiles de crecimiento y desarrollo, será: a) Adecuado: cuando el niño tenga un peso y talla arriba del percentil 75 y respecto al desarrollo acorde a la edad Denver (corregida),

b) Regular: peso y talla entre el percentil 60-75, y si en su desarrollo muestra retraso en una o dos áreas de la prueba Denver (corregida), dos errores.

c) Deficiente: peso y talla por abajo del percentil 50, retraso en el desarrollo en más de dos áreas de la prueba Denver (corregida), más de tres errores.

**Orientación durante la hospitalización.** La información dada de la hospitalización del niño a sus padres sobre la atención y problemas de salud que pueda presentar: higiene, signos de alarma en el niño, control médico periódico y alimentación.

**Nivel sociocultural.** Está determinado por los factores: ingreso familiar, escolaridad, edad de ambos padres. Se clasifica en función de: edad, ingreso económico, escolaridad y estado civil: **Alto.** Ingreso mensual dos veces el mínimo, escolaridad profesional, edad entre 21-39 años, casados.

**Medio.** Mínimo ingreso mensual profesional o técnico, edad entre 21-39 años, casados.

**Bajo.** Del mínimo a menos, primaria completa o incompleta, edad menor de 21 años mayor de 40 ó más años, unión libre o madre soltera.

**Aplicación de la orientación en el hogar:** Cuidado del hijo en el hogar; y se clasifica en función de

higiene personal, de área física, ubicación física de la cuna o cama y alimentación.

**Adecuada:** Higiene personal y del área limpia, ubicación de cuna-cama que permita corriente de aire, alimentación acorde a la edad.

**Deficiente:** Nula higiene personal y del área, ubicación física de la cuna-cama que no permita corriente de aire, alimentación inadecuada.

## II SECCION DE METODOS

### TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo, restrospectivo con seguimiento.

### UNIVERSO:

Los niños que cursaron con Enfermedad de Membrana Hialina y fueron internados en la UCIP del Hospital Universitario ``Dr. José Eleuterio González'', y sus padres.

### DETERMINACION DE LA MUESTRA:

Dadas las características del estudio el cálculo de la muestra fue en base al siguiente estadístico:

$$n = \frac{N p q z^2}{(N-1) d^2 + Z^2 p q} = 22$$

n = Tamaño de la muestra

$z$  = Nivel de confianza del 95% de la probabilidad

$p$  = Proporción de casos favorables

$q$  = Proporción de casos desfavorables

$N$  = Población total

$d$  = Intervalo de confianza deseado (que tan cerca se desea la estimación)

$N-1$  = Población total - 1

$$n = \frac{(30)(0.25)(0.75)(1.96)^2}{(29)(0.10) + (1.96)^2(0.25)(0.75)} = \frac{21.609}{1.00} = 21.38$$

$n = 22$  pacientes

Si la proporción de enfermos con EMH es una estimación del 25.0%, la muestra representativa calculada fue de  $n=22$  niños con un nivel de confianza del 95.0% y un intervalo de confianza deseado del 10.0%; se tomaron 7 niños más para disminuir el error muestral. Por lo tanto la muestra o población en estudio fue de 29 niños; mediante muestreo aleatorio.

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Haber sido diagnosticado con EMH en el Hospital Universitario.
- b) Paciente dado de alta, vivo.
- c) Pertener al área metropolitana a los municipios de Guadalupe, Apodaca, San Nicolás de los Garza, Santa Catarina y San Pedro.

Criterio de exclusión:

- a) A la tercera visita y no encontrar al niño, se tomó como no caso y se tomó el siguiente niño de la

lista.

b) Si los padres rechazaron al contestar la encuesta, aún después de explicarles el objetivo, se tomaron como no caso y se tomó el siguiente niño de la lista.

#### **INSTRUMENTO:**

Se realizó a través de la revisión del expediente clínico, de donde se tomaron las condiciones de internamiento del niño.

Con la entrevista familiar se identificó el contenido y características de orientación proporcionada. Para conocer el estado de salud del niño se realizó la valoración del crecimiento y desarrollo; por medio de la visita domiciliar se detectó la atención que la familia proporciona al niño. Se aplicó la prueba piloto al instrumento realizándose los cambios pertinentes, la encuesta incluía preguntas ó registros complementarios para precisar las variables principales (ver anexo I Y II).

#### **ESTADISTICO UTILIZADO PARA EL ANALISIS.**

Se utilizó correlación de proporciones. Y para establecer relación de causalidad se aplicó la correlación de Pearsons.

Utilizando para el análisis estadístico programa, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

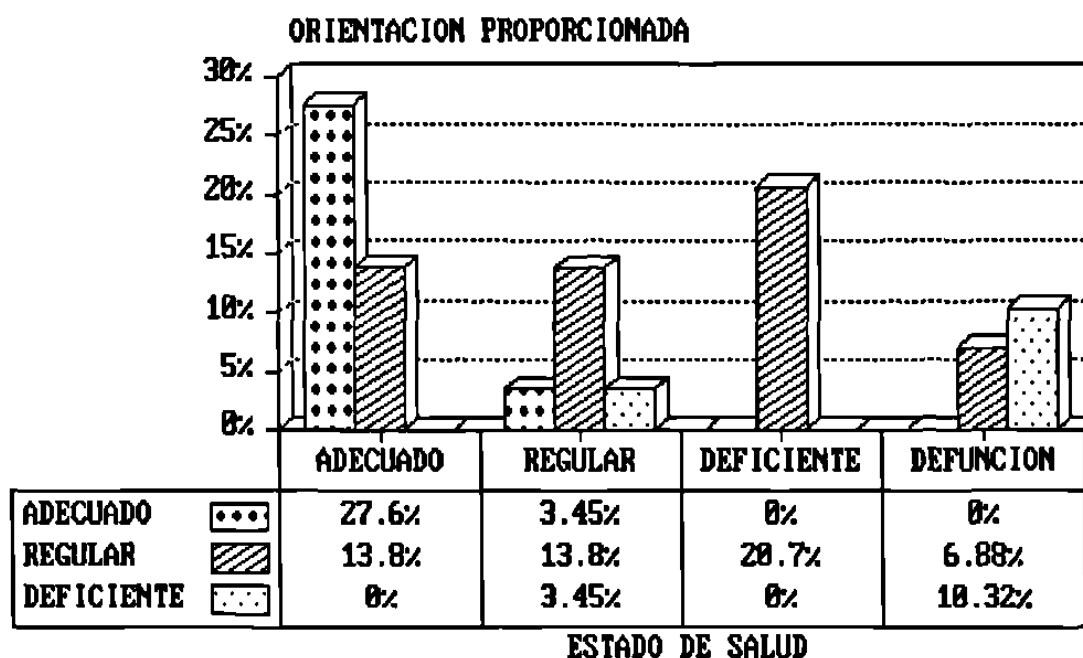
#### **ASPECTO ETICO DE LA INVESTIGACION:**

Previa autorización de los padres se aplicó la encuesta.

### III. DESCRIPCION DE RESULTADOS

Respecto al estado de salud encontrado en los niños que cursaron con enfermedad de membrana hialina y la orientación que recibieron sus padres, se encontró que los casos donde fue considerada adecuada el 27.6% de la muestra, cuenta con un estado de salud adecuado y un 3.4 % regular. En la orientación considerada regular el 13.8% se encontró con estado de salud adecuado, 13.8% regular, 20.7% deficiente y el 6.8% fallecieron. Donde la orientación fue calificada deficiente el 3.5% de los niños presentó salud regular y 10.3% de los casos fallecieron.

#### GRAFICA No.1 RELACION DEL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS Y LA ORIENTACION PROPORCIONADA A LOS PADRES.

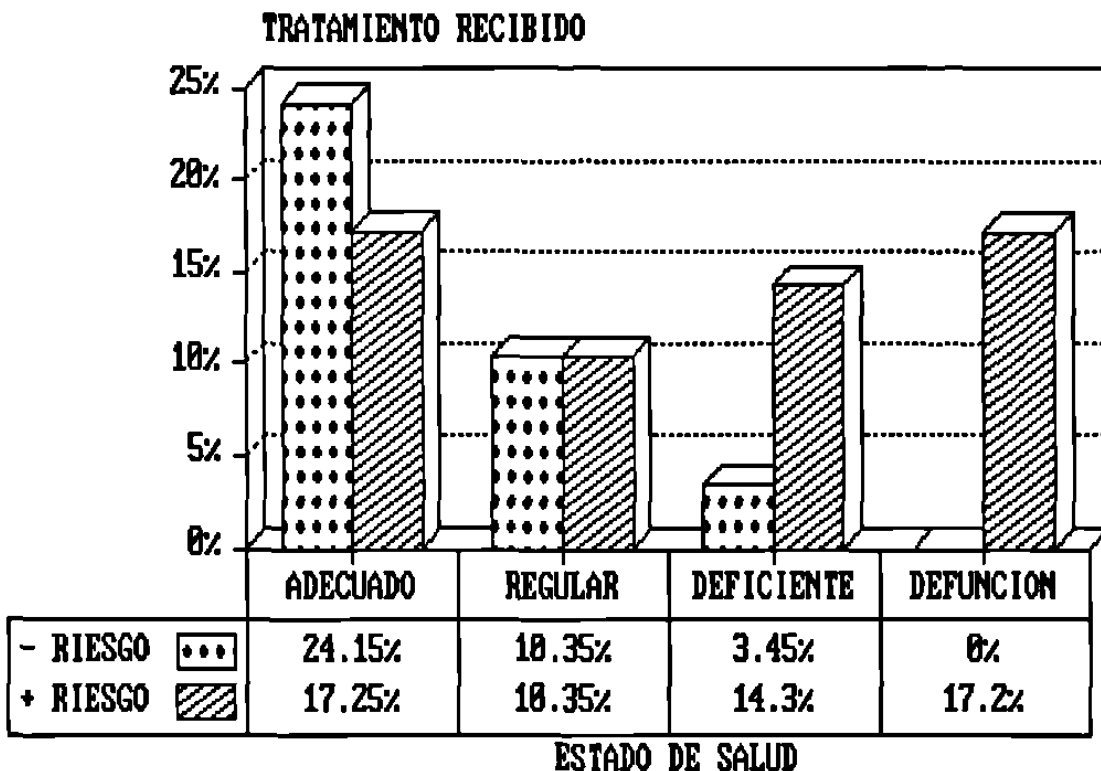


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 1



Referente al estado de salud de los niños y el tratamiento recibido, se encontro que un 24.1% de ellos, estaban salud adecuada cuando el tratamiento se estimó con menor riesgo, 10.3% con salud regular y 3.4% con salud deficiente. En los del tratamiento con mayor riesgo, en 17.2% de los casos se observó salud adecuada, 10.3% regular, 14.3% deficiente y el 17.2% fallecieron.

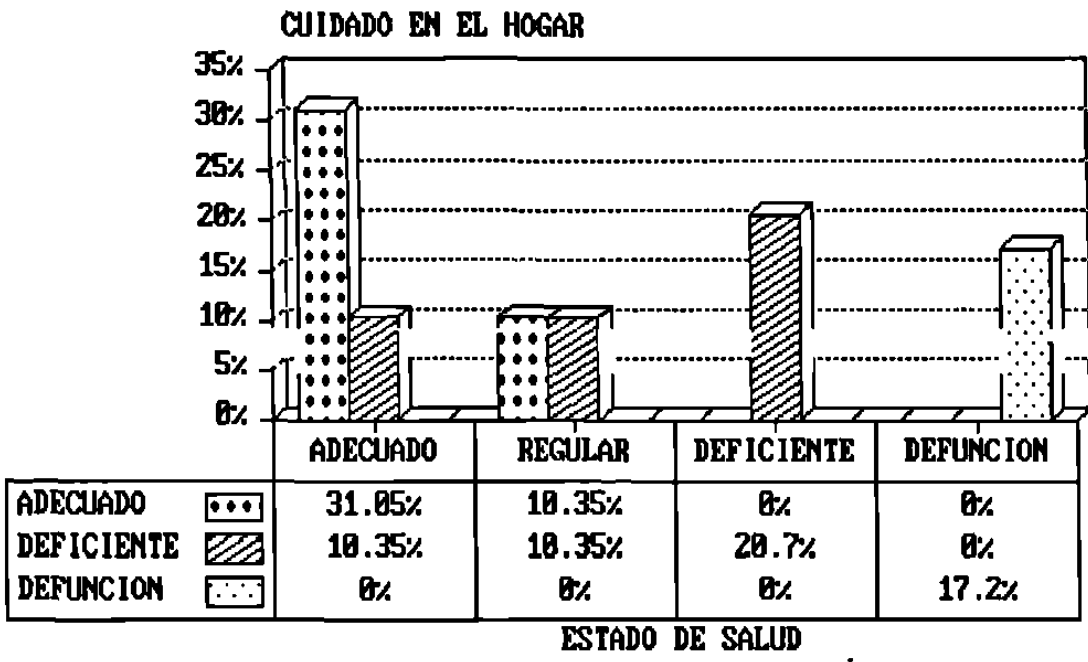
**GRAFICA No.2 RELACION DEL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO Y TRATAMIENTO RECIBIDO.**



FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 2

En la relación de aplicación de la orientación para el cuidado en el hogar y el estado de salud del niño, se encontró reciprocidad proporcional al ser ambos adecuados (31.0%), en el 10.3% de los niños salud regular, la aplicación de la orientación fué adecuada. Al ser deficiente la aplicación de la orientación, un 10.3% de los niños tuvieron salud adecuada, 10.3% regular y 20.7% salud deficiente.

### GRAFICA No.3 APLICACION DE LA ORIENTACION EN EL CUIDADO EN EL HOGAR Y ESTADO DE SALUD.

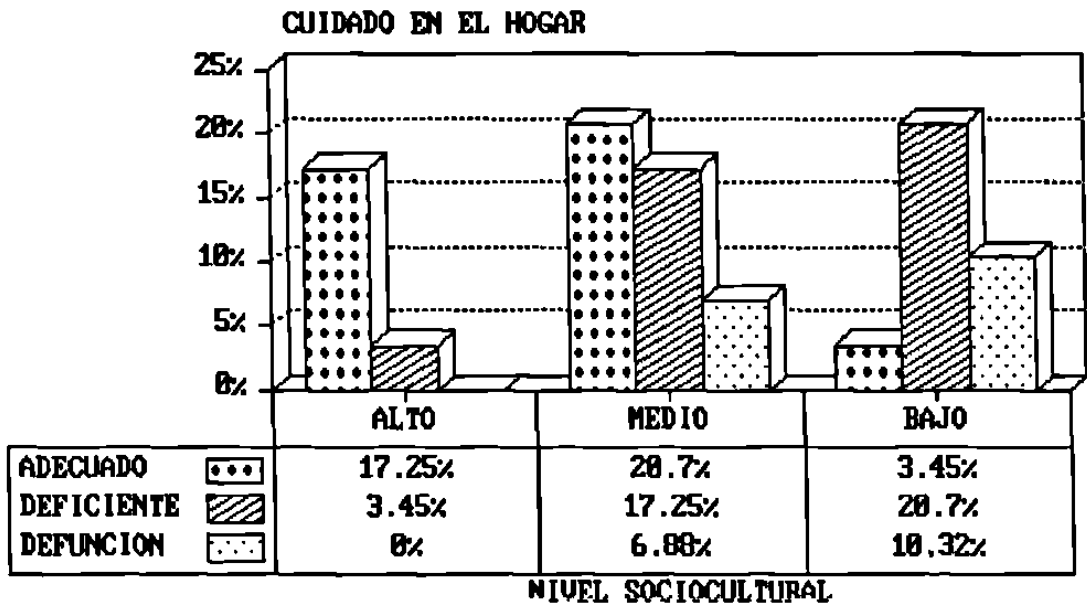


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
 E.M.H. No. 3

Correlacionando la aplicación de la orientación para el cuidado en el hogar con el nivel sociocultural

de los padres, se encontró en los niveles medio y alto que un 37.9% llevaban a cabo la aplicación del cuidado en forma adecuada, así también en el 3.4% del nivel sociocultural bajo. Se observó aplicación del cuidado deficiente en 3.4% de los casos correspondientes al nivel alto, 17.2% al medio y 20.7% al nivel sociocultural bajo. Respecto a las defunciones 6.8% pertenecían al nivel sociocultural medio y 10.3% al bajo.

**GRAFICA No.4 RELACION DEL CUIDADO EN EL HOGAR Y NIVEL SOCIOCULTURAL DE LOS PADRES**

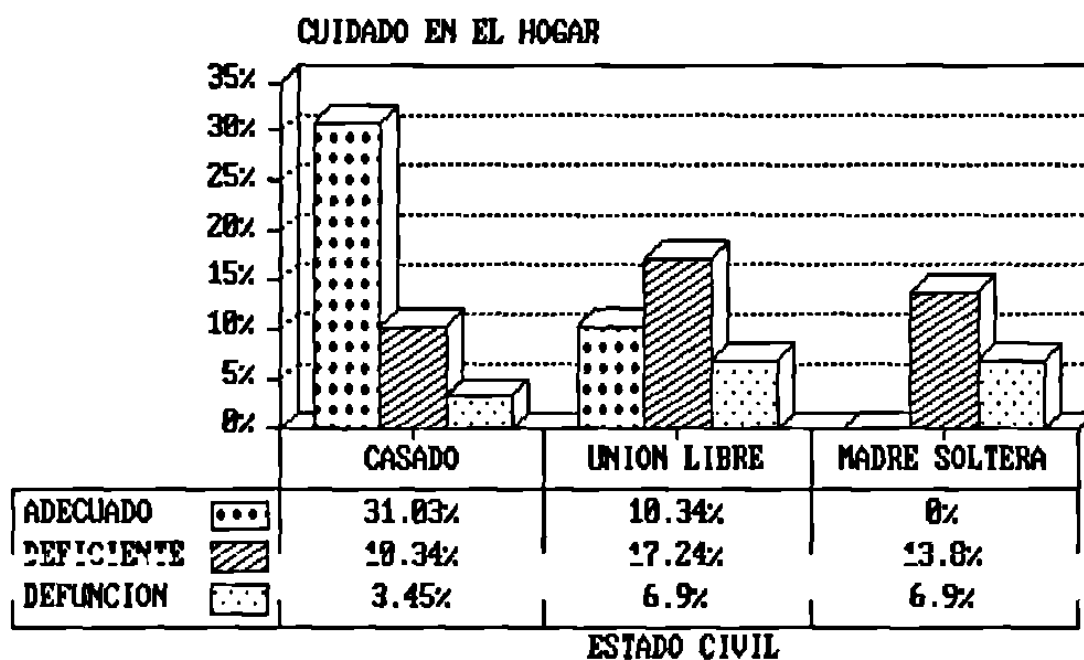


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 4

Relacionando la aplicación de la orientación para el cuidado en el hogar con el estado civil de los

padres, se observó cuidado adecuado en el 31.0% de casados, y en el 10.3% cuando son en unión libre. El 10.3% de los casados, 17.2% en unión libre y 13.8% de las madres solteras, aplicaron la orientación de manera deficiente. En el caso de las defunciones 3.4% eran casados, 6.9% unión libre y 6.9% madres solteras.

### GRAFICA No.5 RELACION DEL CUIDADO EN EL HOGAR Y ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

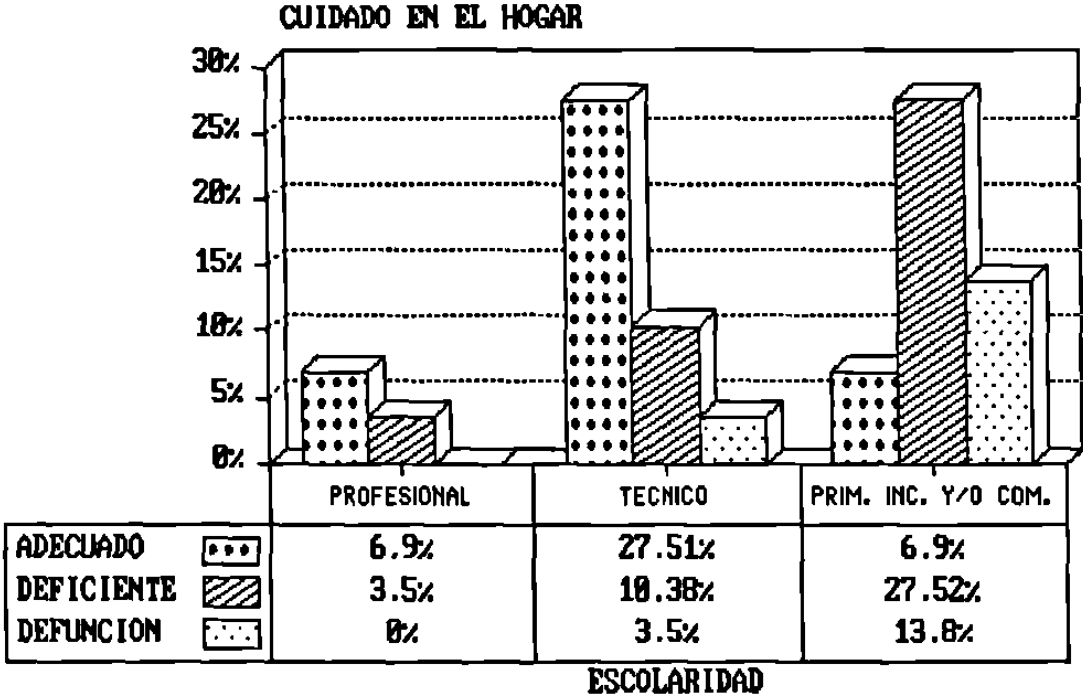


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 5

Comparando la misma variable pero con escolaridad paterna se identificó que fue adecuada en 6.9% de casados donde los padres eran profesionistas, 27.5% eran técnicos y 6.9% de los casos donde los

padres habían cursado la primaria completa o incompleta. Por otro lado, la aplicación deficiente de la orientación fué en 3.5% de padres profesionistas, 10.38% con escolaridad de técnicos y 27.5% con primaria completa y/o incompleta. Respecto a las defunciones; en 3.5% su escolaridad era de técnicos y 13.8% primaria completa o incompleta.

**GRAFICA No.6 RELACION DE CUIDADO EN EL HOGAR Y ESCOLARIDAD.**

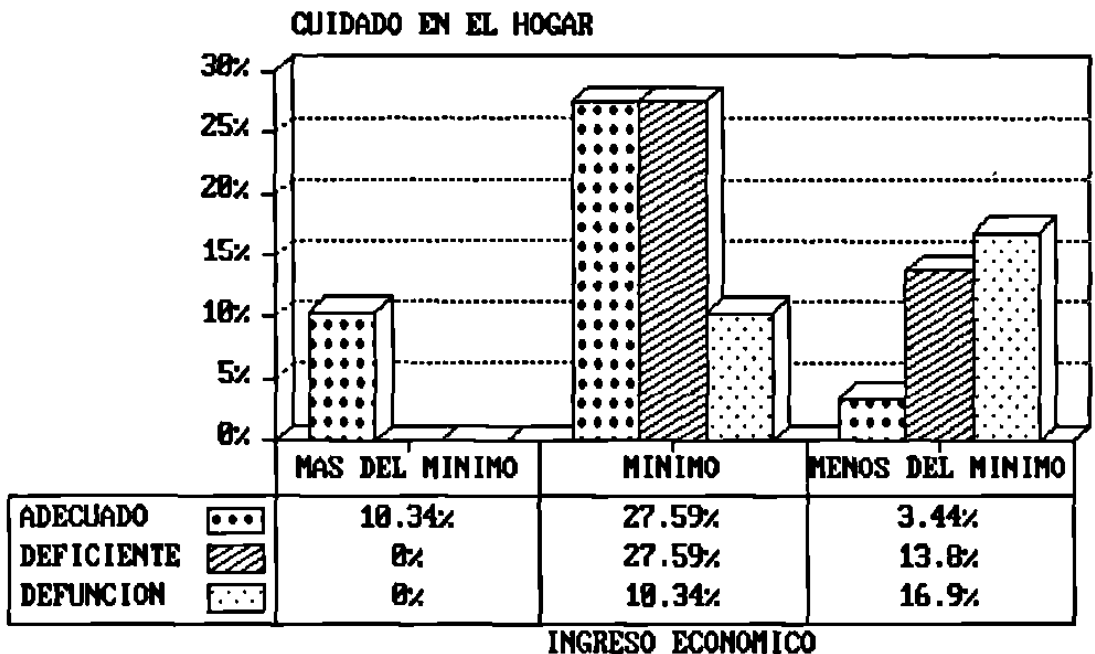


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION E.M.H. No. 6

Insistiendo en dicha variable pero relacionada con ingreso económico; en los casos observados con aplicación adecuada 10.3% contaba con ingreso superior al mínimo, 27.5% con el mínimo y 3.4%

inferior. En la aplicación considerada deficiente, 27.5% se trataba de padres con ingreso económico mínimo y 13.8% inferior al mismo. Con relación a las defunciones 10.3% tenían un ingreso mínimo y 16.9%.

### GRAFICA No.7 RELACION DE CUIDADO EN EL HOGAR E INGRESO ECONOMICO

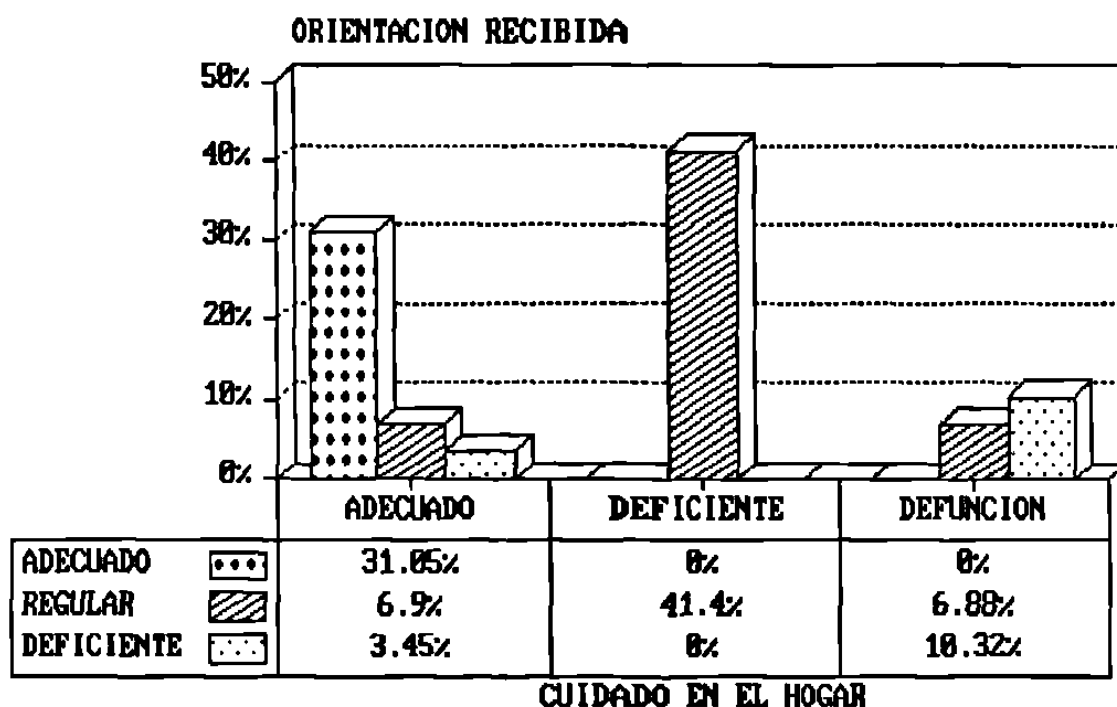


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 7

Se relacionó la aplicación de la orientación para el cuidado del niño en el hogar con la orientación recibida y se encontro congruencia en la aplicación del cuidado adecuado (31.0%); y la orientación recibida con la misma calificación (31.0%), en la aplicación de la orientación considerada regular 41.4% su atención en el hogar se encontro como deficiente. En la comparacion de estas variables,

hubo defunciones en 6.8% de los casos cuyos padres dijeron recibir orientación regular y en el 10.3% con orientación deficiente, cabe señalar que en los casos de la aplicación del cuidado en el hogar adecuado, hubo 10.3% de padres que consideraron la orientación como regular o deficiente.

## GRAFICA No.8 RELACION DEL CUIDADO EN EL HOGAR Y ORIENTACION RECIBIDA

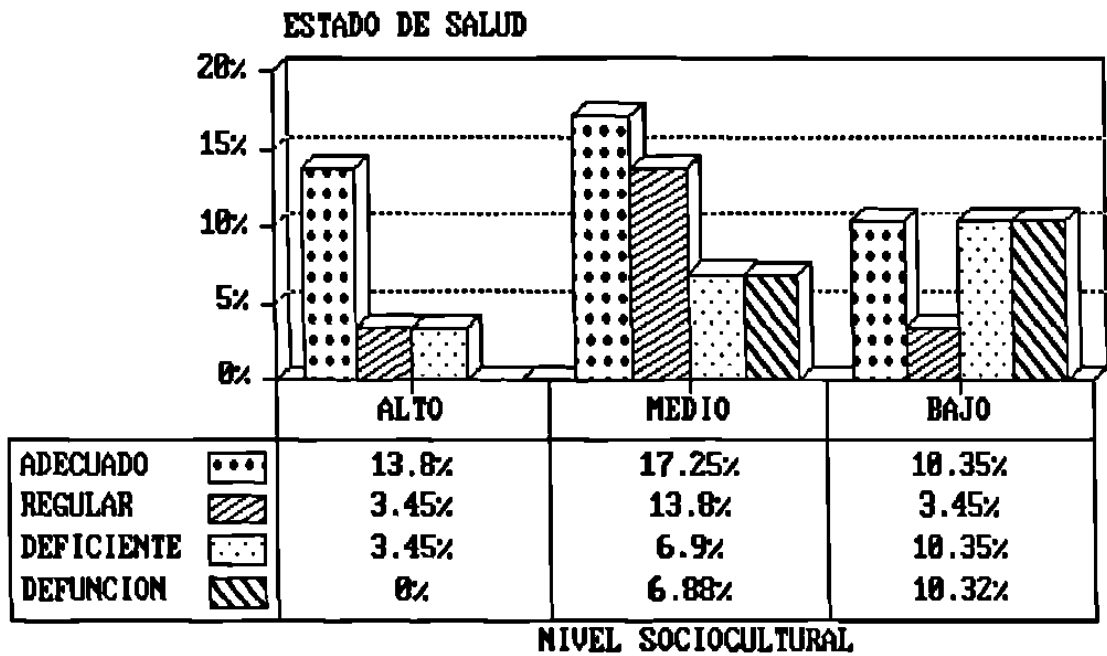


FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 8

Al relacionar el estado de salud del niño con el nivel sociocultural de su familia se encontro que en

el nivel alto, 13.8% tenían salud adecuada, 3.4% regular y 3.4% deficiente. En el medio 17.2% salud adecuada, 13.8% regular y 6.9% deficiente, en este nivel fallecieron un 6.8% de los casos. En el nivel sociocultural bajo un 10.3% de los niños se encontró con salud adecuada, 3.4% regular y 10.3% deficiente. Hubo un 10.3% de defunciones en este grupo.

**GRAFICA No.9 RELACION DEL ESTADO DE SALUD Y NIVEL SOCIOCULTURAL DE LOS PADRES**



FUENTE: CUADRO DE CONCENTRACION  
E.M.H. No. 9



#### **IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS**

##### **HIPOTESIS NO. 1.**

**El estado de salud de los niños que cursaron con Enfermedad de Membrana Hialina se relaciona con el tratamiento intrahospitalario recibido y la orientación que recibieron los padres al ser dado de alta.**

**Ho No existe relación entre el estado de salud de los niños y la orientación a sus padres.**

**Hi Existe relación entre el estado de salud de los niños y la orientación a sus padres.**

##### **CRITERIOS DE DECISION**

**1. Se Acepta Ho Si  $r = 0$  a  $-1$**

**Se Acepta Hi Si  $r = 0$  a  $+1$**

**PEARSON'S  $r = 0.68$**

**De acuerdo a los criterios sugeridos por Guilford (1954 Padua J. 1978); existe correlación moderada substancial; Entre la orientación y el estado de salud de los hijos: con ello, se ratifica también la posición de otros autores, con respecto a que una orientación proporcionada de forma adecuada influye en el estado de salud posterior de los niños; otra situación que colabora para la ratificación, es el no encontrar estado de salud deficiente en los niños cuya orientación a los padres fue adecuada. Por otra parte, es posible aceptar la multicausalidad en este resultado, al reconocer la existencia de otros factores no investigados que pudieron influir en el estado de salud del niño, además de la orientación proporcionada en el hospital a su alta, sobre todo en los casos cuando los padres dijeron recibir**

orientación regular y en sus hijos se encontró un estado de salud adecuado y/o deficiente.

Ahondando en la información relativa a la hipótesis mencionada, se pudo relacionar la aplicación de la orientación en el cuidado en el hogar y orientación recibida, se encontró corrección moderada alta, utilizando el estadístico de Person's y en base a los criterios de Guilford. ( $R \text{ DE PEARSON'S} = 0.71$ ).

Friedman, (Family Nursing 2da. edition) refiere que Pratt 1976 en evaluación realizada con familias sobre la práctica del cuidado de salud encontró que era inadecuada la atención a miembros enfermos y/o incapacitados, de la misma y que para que la familia se convierta en recurso efectivo del cuidado de salud debe involucrarse con el equipo terapéutico. La familia se ve imposibilitada de prestar atención para el cuidado de salud, si se le excluye de su participación activa con el paciente. Para realizar un autocuidado eficaz, la familia y/o el paciente debe tener conocimiento y habilidades necesarias para proporcionar tal atención; razón que explica hasta cierto punto que los padres aún después de recibir orientación considerada deficiente aplicaron adecuadamente la atención del cuidado en el hogar, es decir, contaban o desarrollaron habilidades para proporcionar el cuidado.

Otro aspecto importante obtenido, al relacionar el estado de salud del niño y la atención proporcionada en el hogar, reportó también una correlación moderada alta.

Al relacionar el estado de salud la aplicación de la orientación en el cuidado en el hogar se observa una correlación alta ( $\text{PEARSON'S } r = 0.83$ ).

Así se corroboró lo descrito por la literatura al respecto de que la familia se responsabiliza del autocuidado en la medida en la que se le prepare o asesore para proporcionarlo. La familia se convierte en un recurso efectivo de salud, responsabilizándose del autocuidado dependiente según reciba

orientación acerca de la atención que el niño requiere en el hogar. Es responsabilidad del equipo de salud, mantener orientados a los padres del niño de alto riesgo pues a futuro serán los responsables de los problemas actuales o potenciales del niño.

Se observó adicionalmente, que las madres de familia identificaban a algunos miembros del equipo de salud como personas que no les fueron de ayuda en la resolución del problema; así como otras que les fueron de gran apoyo. Señalaron que en ocasiones se sintieron perdidos en la información, ya que no entendían y tenían temor a preguntar o incluso tocar a sus hijos.

#### **HIPOTESIS I**

**Ho** No existe relación entre el estado de salud de los niños, y el tratamiento recibido.

**Hi** Existe relación entre el estado de salud de los niños y el tratamiento recibido.

#### **CRITERIOS DE DECISION**

1. Se Acepta **Ho** Si  $r = 0$  a - 1

Se Acepta **Hi** si  $r = 0$  a + 1

**PEARSON'S**  $r = 0.47$

Según criterios establecidos por Guilford para la prueba de Perason's este resultado reporta una correlación moderada substancial entre las variables tratamiento recibido y estado de salud, donde se ratifica lo que otros autores han descrito en razón de que las secuelas por la enfermedad dependen de la hipoxia concomitante, la cual afecta principalmente el sistema nervioso central. En el estudio se observó un caso que recibió tratamiento con menor riesgo pero cursó con hipoxias durante el

internamiento y su salud fue deficiente. En contraste con los niños que recibieron tratamiento de mayor riesgo y su salud fue adecuada; dichos niños durante su estancia cursaron con saturación de oxígeno normal y las complicaciones que presentaron fueron detectadas oportunamente. No fue posible establecer la afectación del oxígeno a nivel del ojo, en relación a fibroplasia retrolenta. Algunos autores han descrito que dichos pacientes presentan un diez o quince por ciento de afectación neurológica, parálisis cerebral o retraso grave del desarrollo, en el presente estudio se detectó un diecisiete por ciento de niños con retraso grave del desarrollo.

En investigación realizada en 1988; se encontró que un treinta por ciento de estos niños pueden morir durante el primer año de vida, en el estudio el diecisiete por ciento de la muestra falleció en los tres meses posteriores al alta. Cabe mencionar que se requiere de un lapso de tiempo mayor para observar las complicaciones que dichos niños presentarán a largo plazo.

## **HIPOTESIS II.**

**Ho** El nivel sociocultural de la familia no influye en la aplicación de la orientación sobre el cuidado del hijo en el hogar.

**Hi** El nivel sociocultural de la familia influye en la aplicación de la orientación sobre el cuidado del hijo en el hogar.

## **CRITERIOS DE DECISION**

II. Se Acepta Ho Si  $r = 0$  a  $- 1$

Se Acepta Hi Si  $r = 0$  a  $+ 1$

**PEARSON'S  $r = 0.51$**

**Al aplicar la prueba de Pearson's a las variables anteriores se encontró correlación moderada substancial ratificando lo que otros han descrito ya que en el nivel sociocultural alto, el cuidado fue adecuado y en el bajo el cuidado fue deficiente donde además ocurrieron defunciones.**

**Friedman, cita a Koos en estudio realizado en 1954, donde demostró que la posición socioeconómica influye en la interpretación del individuo respecto a los síntomas percibidos. Por lo general las personas pobres suelen llegar a un estado de incapacidad para poder definirse como enfermos; en la clase baja, la salud se encuentra al final de la lista de necesidades, a menos de que se presente como crisis. Ahora bien, los problemas de pobreza o el no contar con los recursos necesarios para el cuidado de la salud pueden llevar a los padres a retrasar la búsqueda de la atención de problemas de salud.**

**Relacionando las anteriores variables por separado con el estado civil, se observó cuidado adecuado en un gran porcentaje de casados. El cuidado de la salud familiar se basa en el concepto de familia como unidad y se dirige a resolver los problemas necesarios de los miembros de la familia, la literatura describe que la atención es mayor cuando el padre se involucra en esto.**

**En el estudio, un veinte por ciento fueron madres solteras esto es, un hecho que pone en crisis a la familia y el nacimiento de un niño en condiciones no esperadas de alto riesgo puede alterar el funcionamiento del hogar, o pone en riesgo la relación padre-hijo, dando lugar a negligencias o maltrato.**

**Al ser mayor la escolaridad, la atención en el hogar fue mejor, ratificando lo escrito en la literatura,**

en el sentido de que a mayor escolaridad, se cuenta con más conocimientos sobre cuidado de salud. El ingreso económico es un factor que influye, más no de forma determinante, aún cuando otros autores han descrito que en relación al nivel socioeconómico y número de visitas ambos guardan relación directa ya que al ser menor el ingreso económico eran menos frecuentes las visitas al hijo. Las variables familiares que más influyeron son el estado civil, y la escolaridad; sin embargo, pueden existir otras variables no consideradas por ahora, correlacionadas con el cuidado del niño incluso la situación de si es deseado o no.

En el presente estudio, se tomó la función familiar de cuidado de salud, según lo señala Marilyn Friedman por considerarla esta autora, como básica y foco central de la buena salud y el buen funcionamiento familiar, en este caso, con una muestra de pacientes dependientes y que en un momento cursaron con alteraciones de salud. Es de suma importancia la práctica de la función mencionada en la atención en el hogar y sobre todo por la repercusión futura en la salud del hijo.

## **V. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.**

1.- Es de suma importancia la protocolización de la orientación que se a de dar a los padres de niños con E.M.H. por medio de un programa estructurado, sistematizado y controlado por equipo multidisciplinario; dicha orientación, deberá ser proporcionada durante la hospitalización y/o al alta del paciente.

2.- Promover el desarrollo de protocolos de atención de enfermería según patologías base, en donde se tengan parámetros definidos para el tratamiento específico o de sostén (criterios para la oxigenación, complicaciones, etc.)

3.- Otro aspecto relevante es en cuanto a la secuencia de la valoración oftalmológica y/o auditiva a niños que cursaron con E.M.H. y que en el tratamiento recibieron oxígeno o se les administró aminoglucosidos.

4.- Es deseable la referencia y contra referencia de pacientes dados de alta por E.M.H. a las casas de salud mas cercanas a su domicilio. Al contar con el sistema de referencia a su alta, en la comunidad a través de programas de control del niño sano.

5.- Fomentar la participación de la enfermera comunitaria como educadora y partícipe en la atención directa de lactantes de alto riesgo (seguimiento) para la identificación temprana de alteraciones del

**crecimiento y desarrollo; identificando y tratando oportunamente complicaciones; así como actuar como consejera de los padres del niño en esta crisis familiar.**

**6.- Es recomendable repetir el estudio a futuro para ratificar los resultados obtenidos, así como, tener un seguimiento de la muestra estudiada, tomando las funciones familiares no abordadas en el presente como: función de socialización, afectivas, función de adaptación y retomar el cuidado de la salud.**

**7.- Es deseable abordar el problema desde otros ángulos como:**

- 1. Repercusiones del tratamiento en el estado de salud a largo plazo.**
- 2. Mortalidad infantil y factores socioculturales.**
- 3. Interacción entre el equipo de salud y el paciente y/o familia.**



## **VI. BIBLIOGRAFIA.**

### **A).- BIBLIOGRAFIA DE OBRAS CITADAS.**

1. Peña A. *Decisiones Terapéuticas en el niño grave*. Editorial Interamericana. Editorial Marcos A. Tovar. Méx., 1984, pp 94-96.
2. Zimmerman G., *Cuidados Intensivos y Urgencias en Pediatría* Editorial Interamericana Mc. Graw Hill Madrid, 1988, pp 1-3.
3. Cloherty P.J. et. al. *Manual de Cuidados Neonatales*. Ed. Salvat. tr. Angel Mora. Barcelona, 1985, pp 128-135.
4. Broadribb V. *Enfermería Pediátrica*, Editorial Harla, 3a. edición, 1985, pp 67-68.
5. Entrevista personal con enfermera del Instituto de Cardiología.
6. Estudio Retrospectivo. Cartel Hospital Universitario. Octubre, 1989.
7. Friedman M.M. *Family Nursing. Theory and Assesment*. Appleton Century Grafts. Norwack Connecticut, 2a. edition. Cap. 16 TR. Lic. Luis A. Zamarrón.
8. Orem D.E. *Nursing concepts of practice third Edition*. Mc Graw Hill Book Company. United States of America. 1985 pp 48-53.
9. Giacoia G.P., et. al. *Factors Afectiny Visitation of Sick Hewb or Ns. Clinic Pediatr (Phila) 1988;* May 24 (5): 259-262.

### **B).- BIBLIOGRAFIA DE OBRAS CONSULTADAS**

1. Baumgart S. *Parhhonning of neurt losses and gains in premature newborn infants under radiant*

warmers pediatrics. 1985, Jun. 75 (1): 89-99.

2. Cañedo L. Investigación Científica. Ed. Interamericana, México, 1987.

3. Cole C. et. al. *Manual de Pediatría Harriet Lane*. Ed. Interamericana, México, 1989.

4. Eco V. Como se hace una tesis. Editorial Gepisa. 7a. reimpresión, México, 1988.

5. EGC E. Técnicas de Investigación Social. Editorial Humanitas. 19a. Edición. Buenos Aires, 1982.

6. Isolberg L. et. al. *Family Practice. Patient Education by Family Nurse as a Model for Training Residents*. Vol. 6 No. 2. Oxford, 1989. pp 114-118.

7. Johnston C.D. Primary Nursing Model Dimension. Toronto. Jun. 1987, pp 34-36

8. Kanto W.P. et. al. Impact of Maternal Transport Program on a Newborn service sooth med. 1983. Jul. 76 (7): 834-7 845.

9. Karp T.B. et. al., High. Froquen ey jet ventilation; a neonatal nursing perspective neonatal netw. 1986, Apr. 4 (5) 42-50.

10. Klaus M.H. et. al. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Ed. Panamericana, 2a. Edición, México, 1981.

11. Lewis P. Nursing. Minor Clinical Forum 2 Emergency care on the newborn; squad team in action nurs mirror. 1983. Mar 2: 156 (9) ii-IV.

12. Padua S. paquete Estadístico para las ciencias sociales, Centro de Estudios Sociológicos. México 1978.

13. Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud, Sub-Secretaría de Servicio de Salud. Dirección General de Epidemiología, Nuevo León, Méx., 1988.

14. Tarnow-Morbi et. al. Kalk of Association between Baro trauma and air leak in Hyaline membrane disease. Arch. Dis. Child., 1985, Jun. 60 (6): 555-559.

15. Walsh C.M. et. al. *Controlled Supplemental oxygenation During Tracheo bronchial Hialyne*. Ed. *Nora Res.* 1987. Jul-Aug, 36 (4): 211-215.
16. Waylk D.W. *Bioestadística Base y el Análisis de las Ciencias de la Salud*. 3a. Edición. Ed. Mc Graw Hill-Limusa, México, 1989.
17. Wayne D.W. *Estadística con Aplicaciones de las Ciencias Sociales y la Educación*. Ed. Mc Craw Hill, México 1981. Tr. Jesús Vilamizar.
18. Zubizarreta A. *La aventura del trabajo intelectual*. Fondo Educativo Interamericano, U.S.A., 1969.
19. Sistema Nacional de Salud. *Encuesta Nacional de Salud*. Secretaría de Salud, Sub-Secretaria de Servicio de Salud. Dirección General de Epidemiología, Nuevo León, México, 1988.
20. Waylk D.W. *Bioestadística Base y el Análisis de las Ciencias de la Salud* 3a. Edición. Ed. Mc Graw Hill-Limusa, México 1989.
21. Padua J. *paquete Estadístico para las ciencias sociales*, Centro de Estudios Sociológicos. México 1978.

## **VII ANEXOS**

**VII. ANEXO No. 1****UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON****FACULTAD DE ENFERMERIA****SECRETARIA DE POST-GRADO**

**ENCUESTA DE: IMPACTO DE LA ORIENTACION PROPORCIONADA A PADRES DE NIÑOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA. MONTERREY, NUEVO LEON, 1990.**

**I. INFORMACION FAMILIAR.**

**REGISTRO \_\_\_\_\_ NO. DE ENCUESTA \_\_\_\_\_**

- 1. Ingreso familiar \_\_\_\_\_**
- 2. Edad padre \_\_\_\_\_**
- 3. Edad madre \_\_\_\_\_**
- 4. Escolaridad padre \_\_\_\_\_**
- 5. Escolaridad madre \_\_\_\_\_**
- 6. Tipo de unión \_\_\_\_\_**

**II. ENTREVISTA PARA APLICAR A LOS PADRES DE NIÑOS QUE ESTUVIERON INTERNADOS POR ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN LA U.C.I.P DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSE E. GONZALEZ".**

**OBJETIVO: Conocer la información que se proporcionó a los padres y el estado de salud del niño.**

**7. Quién le proporcionó la orientación sobre su hijo.** \_\_\_\_\_

- 1) Nadie            3) Enfermera
- 2) Médico        4) Otro
- 5) Médico-Enfermera

**8. Cada cuándo le proporcionaban la orientación?** \_\_\_\_\_

- 1) Todos los días
- 2) Algunos días si y otros no
- 3) No recuerda
- 4) No aplica

**9. Era claro y comprensible para usted (es) la orientación que recibía?** \_\_\_\_\_

- 1) Si                3) En ocasiones
- 2) No               4) No aplica

**10. En la sala (UCIP) recibió(eron) orientación acerca del problema de su hijo y/o los posibles problemas que pudiese tener?** \_\_\_\_\_

- 1) Si                3) No recuerda
- 2) No               4) No aplica

**11. Preguntaba sobre las dudas que tenía?** \_\_\_\_\_

- 1. Si                3) En ocasiones

2. No                      4) No aplica

12. Cuando su hijo fue dado de alta; le **orientaron** sobre como manejarlo en su hogar? \_\_\_\_\_

1. Si                      3. No recuerda

2. No                      4. No aplica

13. Lleva(o) la atención que se le indica **en el hogar**? \_\_\_\_\_

1. Si                      3. No aplica

2. No                      4. No sabe

14. Posterior al alta su hijo ha sido reinternado? \_\_\_\_\_

1. Una ocasión        3. Más de dos ocasiones

2. Dos ocasiones     4. Nunca

15. Considera que las hospitalizaciones **posteriores** de su hijo han sido por falta de orientación sobre su atención en el hogar? \_\_\_\_\_

1. Si                      3. No sabe

2. No                      4. No aplica

16. Se ha valorado el estado de salud de **su** hijo posterior a su primer internamiento.

Cada cuándo? \_\_\_\_\_

1. Cada mes            3. De 3 a 6 meses

2. Cada 3 meses      4. Cada que se **enferma**

5. Nunca

17. Su hijo se encuentra integrado al programa de Control de Niño Sano? \_\_\_\_\_

1. Si

2. No

18. Su hijo ha presentado problemas de salud? De qué tipo? \_\_\_\_\_

- 1. Respiratorios      3. Infecciosas
- 2. Digestivas      4. No sabe
- 5. No aplica

19. Al cuánto tiempo después de su alta del Hospital falleció su hijo? \_\_\_\_\_

- 1. Menor de 3 meses posteriores al alta.
- 2. De 3 a 24 meses posteriores al alta.
- 3. Más de 24 meses posteriores al alta.
- 4. No recuerda
- 5. No aplica

III. EN LA VISITA DOMICILIARIA. OBSERVACION DE:

20. Higiene de la cuna o cama. \_\_\_\_\_

- 1. Limpia      3. No tiene
- 2. Sucia

21. Ubicación física de cuna o cama. \_\_\_\_\_

- 1. Permite corriente de aire
- 2. No permite corriente de aire

22. Higiene personal del niño. \_\_\_\_\_

- 1. Adecuada
- 2. No adecuada



**23. Alimentación.** \_\_\_\_\_

1. Acorde a la edad.

2. Inadecuada a la edad

**IV. ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACION.**

24. Peso \_\_\_\_\_

25. Edad gestacional. \_\_\_\_\_

26. Estancia \_\_\_\_\_

27. Recibió O<sup>2</sup> UMI \_\_\_\_\_28. Recibió O<sup>2</sup> CC \_\_\_\_\_

29. Complicaciones \_\_\_\_\_

**V. VALORACION GLOBAL ACTUAL DEL NIÑO.**

30. Peso - percentil \_\_\_\_\_

31. Talla percentil \_\_\_\_\_

32. Audición \_\_\_\_\_

33. Visión \_\_\_\_\_

34. Habilidades psicomotoras \_\_\_\_\_

35. Desarrollo neurológico \_\_\_\_\_

36. Valoración desarrollo \_\_\_\_\_

**ANEXO II****UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON****FACULTAD DE ENFERMERIA****SECRETARIA DE POST-GRADO**

**INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DE IMPACTO DE LA ORIENTACION  
PROPORCIONADA A PADRES DE NIÑOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA.  
MONTERREY, N.L., 1990.**

**I. INFORMACION FAMILIAR.**

Anote el número de registro en el número de la encuesta en el espacio correspondiente.

Coloque en el cuadro de la derecha el dígito que corresponda a la variable.

**1. Registrar el número correspondiente.**

**1. Si es menos del mínimo.**

**2. Mínimo**

**3. Más del mínimo**

**2. - 3. Preguntar la edad y registrar el número que corresponda.**

**0. No aplica**

**1. Si es menor de 20 años**

**2. Más de 40 años**

3. Entre 21 y 39 años
4. - 5. Preguntar por el tipo de unión y registrar el número.
  0. No aplica
  1. Primaria incompleta
  2. Primaria completa
  3. Secundaria o Técnica
  4. Profesional
  5. Otro
6. Preguntar por el tipo de unión y registrar el número.
  1. Casados
  2. Unión libre
  3. Madre Soltera

**II. - III. ANOTE EN EL CUADRO DE LA DERECHA LA OPCION QUE CORRESPONDE NO SUGERIR RESPUESTAS. PARA EL NUMERO DE NO APLICAR SE TOMARA EL ANTECEDENTE PREVIO.**

18. Marcar el problema de salud que la madre indique que ha presentado el niño.
19. Marcar el número según el rango al que corresponda.

**III. EN LA VISITA DOMICILIARIA SE REALIZA OBSERVACION Y SE MARCA EL NUMERO QUE CORRESPONDA.**

**IV. ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACION.**

Coloque el número correspondiente en el cuadro de la derecha.

24. 1. Menor de 1000 kg.

2. de 1001 a 1500 kg.

3. de 1501 a 2000 kg.

4. Más de 2000 kg.

25. 1. Cuando es menor de 30 semanas.

2. Cuando sea de 31 a 35 semanas.

3. Cuando sea de 36 a 39 semanas.

4. Más de 40 semanas.

26. 1. Menos de 10 días

2. De 11 a 30 días.

3. Más de 30 días.

27. - 28. Anotar según el rango el número correspondiente.

0. No requirió

1. Menos de 3 días

2. De 4 a 10 días

3. Más de 10 días

4. No aplica

29. Registrar el número que corresponda.

0. No hay

1. Persistencia de conducto arterioso
2. Broncodisplasia pulmonar.
3. Hemorragia intracráneana
4. Otra
5. No aplica

#### V. VALORACION GLOBAL.

30. - 31. Utilizando las tablas de Ramos Galván, registrar el número que corresponda.

1. Adecuado (peso y talla arriba del percentil 75).
2. Regular (peso y talla entre percentil 60 - 75).
3. Deficiente (peso y talla abajo del percentil 60).
4. No aplica.

32. 1. Normal

2. Anormal
3. No valorable

33. 1. Sin daño retiniano

2. Con daño retiniano
3. No valorable

34. 1. Normal

2. Anormal
3. No valorable

35. 1. Hipertonía

2. Hipotonía

3. Parálisis cerebral infantil

4. No valorable

36. Utilizando las pruebas de desarrollo Denver.

1. Adecuado (acorde a la edad Denver corregida).

2. Regular (dos errores en una o dos áreas de la prueba Denver corregida).

3. Deficiente (Más de tres errores en el desarrollo en más de dos areas en la prueba Denver corregida).

00002

## **DEDICATORIA**

A mi querida madre Sra. Alma Vega Viuda de García; quien con ánimo constante pudo allanar con comprensión y sensibilidad mis otras tensiones y así culminar la realización de la presente investigación.

A mis hermanos por su paciencia y cooperación durante este tiempo.

A los pacientes pediátricos quienes fueron la semilla motivadora para la realización del estudio.

## **AGRADECIMIENTO**

**A la M.S.P. Lic. Dora Elia Silva Luna, Subsecretario de Investigación de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. por su motivación a la búsqueda del conocimiento científico, por la dedicación y perseverancia brindada para la culminación del presente.**

**Al Dr. Roberto Almeida Argumedo, Docente de Investigación, quien colaboró en discipar mis dudas en éste campo y me estimuló a la reflexión de nuevas experiencias en el campo de la Investigación en Enfermería.**

**A la Lic. Cármen Melgoza de Cantú por su cooperación y estímulo durante el desarrollo del estudio.**

**Asi mismo expreso mi reconocimiento por el apoyo recibido en la realización de trabajo de Investigación a la Dirección del Hospital Universitario ``Dr. José Eleuterio González'' presidida por el Dr. Med. Alfredo Piñeiro López.**

**Expreso mi profundo agradecimiento al Lic. Efraín Monsivais, a la Lic. Sandra Idalia Coronado Ruíz, y a las Sritas. Socorro Patiño Reyes y Nancy Martinez Villarreal por su invaluable apoyo en la culminación de la Investigación.**

**A todas aquellas personas que de una u otra manera con su paciencia y cooperación colaboraron en la realización del estudio.**



