Rev. cient. cienc. salud. Diciembre 2021; 3(2):54-59
Doi: 10.53732/rccsalud/03.02.2021.54

Artículo Original/ Original Article

Conocimientos de puérperas de un servicio de alojamiento conjunto sobre los signos y síntomas de alarma de las enfermedades en el recién nacido

Nathalia Soledad Agüero López*, Giselle Elizabeth Meza Torres

Instituto de Previsión Social, Hospital Central, Servicio de Pediatría. Asunción, Paraguay

Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article

Agüero-López NS, Meza-Torres GE. Conocimientos de puérperas de un servicio de alojamiento conjunto sobre los signos y síntomas de alarma de las enfermedades en el recién nacido. *Rev. cient. cienc. salud 2021; 3(2):54-59*

R E S U M E N

Introducción. La identificación de signos y síntomas de alarma en los recién nacidos permite la prevención de futuras complicaciones gracias a una rápida actuación médica. **Objetivo.** Describir los conocimientos de signos y síntomas de alarma de enfermedades del recién nacido en puérperas en el Servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Central de IPS. **Metodología.** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se encuestaron previo consentimiento informado a puérperas de sala de alojamiento conjunto, entre septiembre y octubre de 2021. Se analizaron las variables, edad, escolaridad, procedencia, número de hijos, 12 signos de alarma en recién nacidos. Los datos fueron analizados con SPSS v23, utilizando estadística descriptiva**. Resultados.** Participaron 125 puérperas entre 19 a 42 años (edad media: 28,9± 6 años) con escolaridad secundaria en el 54%. La paridad osciló entre 1 a 5 (mediana: 2) Los signos y síntomas de alarma más reconocidos fueron: las deposiciones sanguinolentas en un 90,4% (n=113), hipertonía de extremidades 89,6% (n=112), llanto persistente 81,6% (n=102), inapetencias tras 5 horas de alimentación 75,2% (n=94). En cuanto al desconocimiento el 72,8% (n=91) no conoce el valor de temperatura considerado como fiebre y el 56% (n=70) no reconoció la somnolencia como un signo de alarma inmediato. El 48% de las puérperas reconoció entre 7 a 8 signos y síntomas de alarmas. **Conclusión.** Las puérperas encuestadas tuvieron un nivel adecuado en el reconocimiento de los signos de alarma.

Palabras Clave: signos y síntomas; alarma; fiebre; recién nacido; alojamiento conjunto

Knowledge of puerperal women from a rooming-in on the warning signs and symptoms of diseases in the newborn

A B S T R A C T

Introduction. The identification of alarm signs and symptoms in newborns allows the prevention of future complications thanks to rapid medical action. **Objective.** To describe the knowledge of warning signs and symptoms of diseases of the newborn in puerperal women in the rooming-in of the IPS Central Hospital. **Methodology.** An observational, descriptive, prospective cross-sectional study. After informed consent, puerperal women in a rooming-in between September and October 2021 were surveyed. The following variables were analyzed; age, education, residence, number of children, identification of 12 alarm signs in their newborns. The data were analyzed with SPSS v23, using descriptive statistics. **Results.** 125 puerperal women between 19 to 42 years (mean age: 28.9 ± 6 years) participated, with 54% secondary education. Parity ranged from 1 to 5 (median: 2) The most recognized alarm signs and symptoms were: bloody stools in 90.4% (n = 113), hypertonia of the extremities

Fecha de recepción: octubre 2021 Fecha de aceptación: noviembre 2021
***Autor correspondiente:** Nathalia Agüero
Email: nathaliaaguero1995@gmail.com

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

89.6% (n = 112), persistent crying 81.6% (n = 102), loss of appetite after 5 hours of feeding 75.2% (n = 94). Regarding lack of knowledge, 72.8% (n = 91) did not know the temperature value considered as fever and 56% (n = 70) did not recognize drowsiness as an immediate alarm sign. 48% of the puerperal women recognized between 7 to 8 signs and symptoms of alarms **Conclusion.** The puerperal women surveyed had an adequate level of recognition of alarm signs.

Key Words: signs and symptoms; alarm; fever; newborn; rooming-in care

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil a nivel mundial es un problema de salud pública, la característica principal es que la mayor parte de estas muertes se relacionan al periodo neonatal y en su mayoría son evitables. Durante el 2019 murieron 5,2 millones de niños menores de cinco años, de este grupo el mayor porcentaje de muerte se dieron en menores de 28 días (periodo neonatal) siendo una cifra del 2,4 millones de las defunciones[1].

La mortalidad evitable se entiende como los fallecimientos que podrían haberse evitado a través de medidas preventivas[2]. Es por ello de vital importancia la prevención y promoción de la salud por medio de campañas informativas, para identificar deficiencia en los conocimientos de madres de recién nacidos.

En un estudio realizado a nivel país realizado por Mendieta y Cols. se encontró que las principales causas de muertes neonatales fueron: Lesiones relacionadas con el parto en un 35%, seguida de infecciones en un 19% y prematuridad en un 17,5%[3].

La identificación temprana de signos de alerta en los recién nacidos que promueve el reconocimiento de una probable enfermedad o la búsqueda de atención médica por parte de las madres en el postérmino mediato influyen en el tratamiento precoz de enfermedades del periodo neonatal evitables[4].

La Organización Mundial de la Salud elaboró las guías de reconocimiento y manejo de las enfermedades que más afectan a los niños en los países en desarrollo, que llamó AIEPI (Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia), que tiene como objetivo final la reducción de las muertes en menores de 5 años a través del mejoramiento de la capacidad de reconocimiento y de manejo de la enfermedad por parte de los trabajadores de la salud y de la comunidad[5]. La estrategia AIEPI fue enfocada inicialmente en la atención al menor de cinco años, y luego se extendió al periodo neonatal, principalmente a la primera semana de vida donde existe el mayor riesgo de mortalidad. AIEPI neonatal reconoce una serie de signos enfocados a la detección temprana de enfermedad neonatal grave o posible infección bacteriana grave (5). Sin embargo, y especialmente en las áreas rurales las personas tienen un sistema de creencias y costumbres en el cuidado del neonato que pueden hacer diferentes sus percepciones acerca de la morbilidad[6].

Las infecciones particularmente son unas de las causas importantes que contribuyen a cifras de mortalidad infantil en nuestro país y a nivel mundial, es por ello que en esta presente investigación tenemos cono objetivo determinar el nivel de conocimiento de madres de recién nacidos acerca de las principales señales de alerta en el periodo Septiembre – Octubre del 2021 en el Hospital Central del IPS que deben identificar a tiempo para poder prevenir y tratar afecciones potencialmente agresivas y mortales en un centro de salud cercano, por personal calificado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal realizado en puérperas de la sala de alojamiento conjunto del Hospital Central de IPS entre septiembre a octubre del 2021.

Criterios de inclusión: Puérperas mayores de 18 años que se encontraban internadas con sus hijos en sala de alojamiento conjunto del Hospital Central del IPS.

Se excluyeron puérperas con hijos fallecidos durante el parto, que no aceptaron participar de la investigación.

Procedimientos e instrumento de datos recolección de información:

Se solicitó consentimiento informado a las participantes previa a la recolección de datos que se realizó en la Sala de Alojamiento Conjunto en las tardes en horario no laboral durante los meses de septiembre y octubre del 2021.

El instrumento de recolección de datos era un cuestionario en forma de encuesta anónima validada por expertos y presentaba dos secciones: en la primera sección se identificaron las características sociodemográficas: edad materna, número de hijos y procedencia; la segunda sección estaba constituida por doce preguntas de falso y verdadero acerca de los signos de alarma.

Análisis y gestión de los datos

Los datos fueron cargados en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016 y procesados con Estadística descriptiva en el programa SSPS V23. Los resultados se presentan en tablas como distribución de frecuencia absoluta porcentual.

RESULTADOS

Se estudiaron 125 puérperas entre 19 a 42 años de edad (media: 28,9± 6 años), la escolaridad de las madres fue en el 54% secundaria y 41,6% universitaria, 62,4% era del departamento Central. La paridad osciló entre 1 a 5 (mediana: 2). Tabla 1

Tabla 1. Características generales de las puérperas n= 125

Características	Media±DE	Frecuencia	Porcentaje
Edad	28,95±6,03		
Escolaridad			
Primaria		5	4,0
Secundaria		68	54,4
Universitaria		52	41,6
Procedencia			
Asunción		29	23,2
Central		78	62,4
Resto del país		18	14,4
Paridad (mediana, rango)	2 (1-5)		

Entre los signos de alarma mejor identificados se encontró que la presencia de sangre en heces fue identificada por 113 madres (90,4%), hipertonía de extremidades por 112 (89,6%) y llanto persistente por 102 (81,6%). El 75.2% (n=94) reconoció como anormalidad la inapetencia del recién nacido luego de haber transcurrido 5 horas de la última alimentación con leche materna, el 70,4% (n=88) consideró como anormal que el recién nacido solo presente diuresis en 2 oportunidades durante 24 horas, el 68,8% (n=86) aseguró que la presencia de fiebre en una oportunidad en el recién nacido es un motivo para consulta a un centro asistencial de inmediato, el 67,2% (n=84) afirmó que la coloración amarillenta de la piel del recién nacido durante los primeros días no es normal, el 60.8% (n=76) consideró como señal de alarma inmediata el hecho que su hijo se ponga azulado unos segundos a pesar de ser solo en una oportunidad, el 57,6% (n=72) aseguró conocer la diferencia entre deposiciones normales y la diarrea, el 56.8% (n=71) aseveró conocer la diferencia entre vomito y reflujo fisiológico.

El 72,8% (n=91) respondió erróneamente sobre la fiebre afirmando que esta es a partir de 37°C, el 56% (n=70) respondió que no es un motivo de urgencia inmediata el decaimiento y la somnolencia más bien que se debería esperar unas horas antes de asistir a un facultativo.

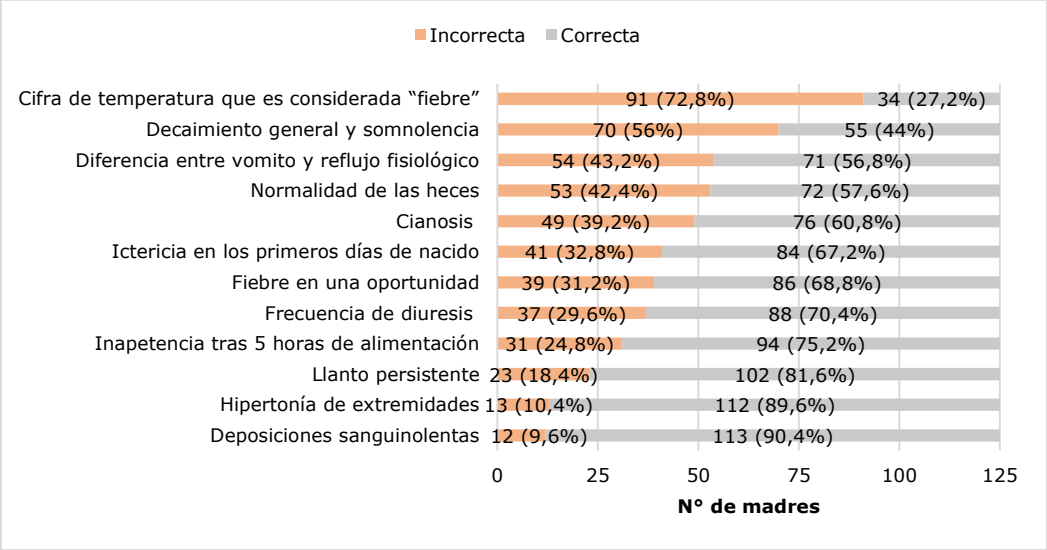

Figura 1. Identificación de signos y síntomas de alarma (n=125)

En la Figura 2 se presenta la distribución de la frecuencia de las puérperas según el número de signo y síntoma de alarma identificado. El 60% de las puérperas reconoció más de 7 signos de alarmas.

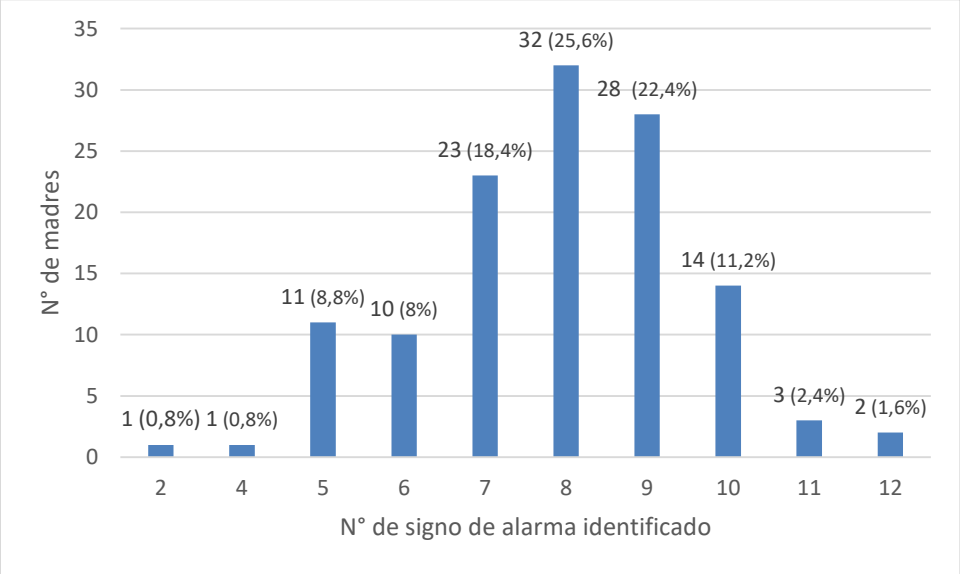

Figura 2. Número de signos de alarma identificados por las puérperas

DISCUSIÓN

El reconocimiento de signos de alarma en el periodo neonatal que promueven la búsqueda adecuada de atención hospitalaria para los infantes con enfermedades graves tiene el potencial de disminuir sustancialmente la mortalidad infantil en los países en desarrollo, pues la barrera más fácil de abordar es identificar adecuadamente las señales de alerta por parte de las madres para iniciar tratamientos precoces en casos de enfermedades con desenlaces desfavorables[7,8]. En un estudio se reportó que el 33% de los neonatos que presentaron signos de alarma y no recibieron cuidados médicos, fallecieron posteriormente por probable meningitis y/o septicemia[9] de ahí la importancia de determinar el nivel de conocimiento en puérperas a fin de evitar dichos desenlaces.

En nuestro estudio se estudiaron 125 puérperas de sala de alojamiento conjunto en el periodo de septiembre a octubre del 2021. El principal signo clínico que reconocieron en nuestra población como señal de alerta fue la presencia de

deposiciones sanguinolentas (90,4%), esta cifra es superior a lo reportado por Cabarcas et al., en donde el 62% de su muestra lo reconoció como un signo de alarma[10]. En general, encontrar sangre en las heces del bebé no es una situación grave, pero si el bebé tiene diarrea con sangre o tiene fiebre igual o superior a 38ºC se debe comunicar o acudir lo más rápido posible al pediatra, ya que puede ser algo más grave y tal vez sea necesario realizar exámenes.

El llanto persistente y/o irritabilidad se identificó como un signo de alarma por el 81,6%, coincidente con el estudio reportado por Awasthi et al. en India en donde un 84,5% de su muestra también lo identificaron como una señal de alerta[4]. La causa de llanto problemático en el lactante durante los primeros meses de vida es multifactorial. En un lactante intranquilo e irritable, debe descartarse infección. La meningitis y la otitis media aguda representan, por sus implicancias, los primeros diagnósticos para descartar. En un estudio retrospectivo de 237 lactantes de menos de un año de vida que se presentaron en una sala de emergencias debido a llanto inconsolable, se encontró que un 5% de ellos tenía infección urinaria[11].

Se reconoció la coloración amarillenta como señal de anormalidad en un 67,2% de nuestra población, esta cifra es muy superior a otro estudio realizado por Kuganab-Lem et al.[12] donde el desconocimiento fue mayor al 90%, pero inferior a una investigación realizada en China en donde el 95,2% afirmaron que la coloración amarillenta de piel y mucosas es patológica si se presenta en los primeros días de nacido[13], en Colombia solo el 39,5% reconoció la ictericia como signo de alarma[14]. La ictericia en las primeras 24 horas de vida requiere de estudio de laboratorio, asimismo, si la ictericia se extiende hasta el abdomen entre las 24 y 48 horas, o hasta los muslos en cualquier momento. La ictericia fisiológica está en relación con la maduración hepática y/o lactancia materna, no es riesgosa y no requiere tratamiento, pero la única forma de evaluar la severidad la ictericia con exactitud es medir el nivel de bilirrubina en sangre.

En el estudio de Delgado et al.[14] la diarrea se reconoció como alerta en un 45%, comparado al 57,6% encontrado en este estudio que reconoció que la composición de las heces es un signo de alarma.

En el presente estudio el 68,8% de las puérperas reconocieron la fiebre como signo de alarma, superior al estudio de Delgado et al.[14] quienes informaron la identificación de fiebre en el 25% de las encuestadas. A nivel país, en un estudio realizado en una población similar, un alto porcentaje (90%) de las madres identificaron la fiebre como signo de alarma[15]. Sin embargo, el 72,8% de las madres de este estudio respondió erróneamente sobre la temperatura a partir de la cual se considera fiebre.

La inapetencia fue considerada como un signo de alarma en el 75,2%, menor al (81,6%) encontrado por Martínez et al en Paraguay[15]. El 56% de las puérperas respondió que no es un motivo de urgencia inmediata el decaimiento y la somnolencia más bien que se debería esperar unas horas antes de asistir a un facultativo. En el estudio Awasthi et al.[4] más de la mitad de los cuidadores reconocieron fiebre, irritabilidad, debilidad, distensión abdominal / vómitos, respiración lenta y diarrea como signos de peligro en recién nacidos. Los autores concluyeron que debido a no existió un reconocimiento universal de los signos de peligro en los recién nacidos, es necesario dar prioridad a la implementación del AIEPI, y la posible incorporación del llanto continuo como una señal de peligro adicional. En este estudio en general las puérperas encuestadas tuvieron un nivel adecuado en el reconocimiento de los signos de alarma, más del 40% de ellas identificaron entre 7 a 8 signos de alarma, muy diferente a lo encontrado en Ghana[9] donde solamente el 28,1% de las encuestadas pudieron identificar hasta tres signos. La diferencia se debe probablemente al nivel educativo superior en el presente estudio, la mayoría eran universitarias o con secundaria.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores: Agüero López NS, Meza Torres GE: Participación importante en la idea y en el diseño de la investigación, recolección de los datos, procesamiento estadístico, análisis y discusión de los resultados.

Financiación: financiación propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. 2021 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality
2. McMaster Health Forum. Building momentum in using the avoidable mortality indicator in Canada. Hamilton: McMaster University; 2013.
3. Mendieta E, Bataglia V, Villalba, B. Mortalidad neonatal en el Paraguay: análisis de los indicadores. Pediatría (Asunción), 2018; 28(1):12-18. Recuperado a partir de: https://revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/391.
4. Awasthi S, Verma T, Agarwal M. Danger signs of neonatal illnesses: perceptions of caregivers and health workers in northern India. Bull World Health Organ. octubre de 2006;84(10):819-26. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v84n10/v84n10a16.pdf
5. PAHO, WHO. Manual de atención integrada a las Enfermedades prevalentes de la Infancia. Washington, D.C.: PAHO, WHO; 2004.
6. Díaz M. Morbilidad sentida y percepción de riesgo. El riesgo en Salud: entre la visión del lego y del experto. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
7. Hill Z, Kendall C, Arthur P, Kirkwood B, Adjei E. Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions in the context of the IMCI strategy in rural Ghana. Trop Med Int Health TM IH. julio de 2003;8(7):668-76. Doi: 10.1046/j.1365-3156.2003.01058.x
8. Fikree FF, Ali TS, Durocher JM, Rahbar MH. Newborn care practices in low socioeconomic settlements of Karachi, Pakistan. Soc Sci Med 1982. marzo de 2005;60(5):911-21. Doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.034
9. Awasthi S, Srivastava NM, Pant S. Symptom-specific care-seeking behavior for sick neonates among urban poor in Lucknow, Northern India. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. diciembre de 2008; 28 Suppl 2: S69-75. Doi: 10.1038/jp.2008.169
10. Cabarcas Ortega N, Escudero Madero K, Navarro Guzmán E, Tapias Herrera E. Conocimientos de signos de alarma de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda por los cuidadores de menores de 5 años que acuden a una institución de la ciudad de Cartagena. [Internet]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2009.
11. National Collaborating Center for Women`s and Children Health. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. Londres: RCOG Press; 2007. (NICE Clinical Guidelines, 54). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg54/evidence/full-guideline-196566877
12. Kuganab-Lem R, Adadow Yidana, Exploring Women Knowledge of Newborn Danger Signs: A Case of Mothers with under Five Children, Public Health Research, 2014; 4(5):195-202. Doi: 10.5923/j.phr.20140405.07
13. Zhang L, Hu P, Wang J, Zhang M, Zhang QL, Hu B. Prenatal Training Improves New Mothers' Understanding of Jaundice. Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. 8 de junio de 2015; 21:1668-73.
14. Delgado-Noguera MF, Calvache-España JA, Tabares- Trujillo RE, Del Cairo-Silva C, Bedoya-Idrobo

LM. Percepciones de signos de alarma en enfermedad neonatal de los cuidadores y trabajadores de la salud en Guapi, Colombia. Rev. salud pública. 1 de enero de 2007;9(1):39-52. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96385.

15. Martínez N, Mesquita M, Pavlicich V. Percepción materna de los signos, síntomas de alarma y creencias populares sobre el cuidado y las enfermedades neonatales en el departamento de emergencias pediátricas. Pediatría Asunción. 21 de julio de 2018;45(1):53-8. Doi: https://doi.org/10.31698/ped.45012018007