



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría**

Título de la investigación

***FACTORES QUE LIMITAN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA LA BUENA
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO***

Para obtener el grado de la Especialidad de Enfermería pediátrica

Presenta

Francisco Hernández Juárez

Luz María Ortiz Aparicio

Asesores:

Asesor de contenido

Maestra Florentina Salazar Mendoza

Asesor Metodológico

Maestro Rafael Gonzalez Ramírez

SEPTIEMBRE- 2013



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios Nuestro señor por darnos ese espíritu de ánimo de seguir siempre a delante.

A mis padres por el apoyo brindado.

A mis hermanos por sus buenos deseos y su apoyo incondicional.

A mis amigos profesionales por darnos el tiempo en sus orientaciones

Al personal de enfermería que participó en el estudio.

AGRADECIMIENTOS

Padres.

Por el apoyo brindado durante este tiempo.

Al personal de enfermería del hospital por su participación en el proyecto, y permitirnos entrevistarlos.

Y a nosotros mismos por nuestra dedicación en esta investigación.

RESUMEN

Preocupados por la buena atención del recién nacido en el Hospital General de Puerto Escondido nos decidimos hacer la investigación enfocados a estos bebés susceptibles del medio ambiente externo, formulando nuestro planteamiento del problema, en donde tomamos en cuenta la atención que reciben los recién nacidos por parte del personal de enfermería que se encuentra en el servicio, que dando de la siguiente manera; cuales son los factores que limitan la buena atención del recién nacido en el H. G. de Puerto Escondido en el periodo Septiembre 2012 a Agosto del 2013.

Se elaboró la introducción incluyendo de manera resumida y concreta el tema de investigación y considerando investigaciones realizadas como antecedentes, se elaboró el objetivo general y los objetivos específicos, y se plantea la hipótesis enfocado a la práctica hospitalaria.

En el marco teórico incluimos información sobre de cómo debemos atender a los recién nacidos en el servicio de tococirugía, el perfil del personal, como también el material y equipo con que debe contar la unidad.

Tomamos en cuenta el modelo de Virginia Henderson en nuestro marco teórico y también como nuestra guía de atención. Aquí nos refleja su modelo conceptual. Define la Enfermería como un arte y una ciencia, que tiene un papel estelar tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte. Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

ABSTRACT

Concerned about the good newborn care at both institutions say we do the research focused on these babies susceptible external environment, formulating our approach to the problem, where we consider the care given to newborns by staff that in the service, giving as follows, what are the factors that limit the good care of the newborn in the H. G. Puerto Escondido during the period September 2012 to August 2013.

Including the introduction was prepared in a summary and specific research topic and considering research as background, prepared the general objective and specific objectives, and it is hypothesized focused on hospital practice.

In the theoretical framework we include information on how we care for newborns in tococirugia service, staff profiles, as well as the material and equipment that must be unity.

We consider the model of Virginia Henderson in our framework as well as our care guide. Here we reflect his conceptual model. Defines nursing as an art and a science, which has a starring role in both the prevention and restoration of health and prevent the patient suffering at the time of his death. Considers that has 14 basic needs components comprising nursing care. These needs are interrelated, are common to all people and all ages. Each contains social, physiological, cultural and emotional.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
CAPITULO I PROPOSITO Y ORGANIZACIÓN	
1.1 ANTECEDENTES	2
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION	3
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
1.4 OBJETIVO GENERAL	5
1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
1.6 JUSTIFICACION	6
CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1 MARCO TEORICO.....	7
CAPITULO III METODOLOGIA	
3.1 ALCANCES Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	41
3.2 HIPÓTESIS	41
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	42
CAPITULO IV RESULTADOS	
4.1 PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	43
CONCLUSIONES	50
SUGERENCIAS	52
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	55

INTRODUCCION

La salud perinatal incluye el cuidado del producto desde su gestación hasta el primer mes de vida. La mujer embarazada debe recibir atención prenatal y del parto en instalaciones adecuadas y ser atendida por personal capacitado, a fin de reducir riesgos de presentar complicaciones que pueden causar la muerte a la madre y/o al producto, o dejar secuelas físicas o neurológicas durante el desarrollo del niño. La atención inmediata al recién nacido de término o pretérmino debe realizarse bajo criterios establecidos, que permitan evitar o disminuir los daños a la salud.

Inmediatamente después del nacimiento y una vez que se ha seccionado el cordón umbilical, la prioridad de todos los padres es saber si su hijo es normal y está sano. Al disminuir la morbilidad neonatal debido a la acción apropiada por parte del personal de salud debidamente capacitado, disminuyen las secuelas de los neonatos afectados mejorando su calidad de vida. Todo ello debe realizarse con rapidez para favorecer que la relación madre-hijo se establezca lo más pronto posible e iniciar cuanto antes la lactancia.

He ahí nuestra incertidumbre acerca del personal que está atendiendo al recién nacido en el área de tococirugía y si el lugar es adecuado para dicha atención. Por ello, dentro de esta investigación encontraremos información acerca de la atención idónea para el recién nacido y de los parámetros que debemos tomar en cuenta si se trata de un recién nacido sano o un recién nacido comprometido. Son procedimientos de rutina, pero que conllevan una gran responsabilidad ya que si no se llevan de manera adecuada podemos aumentar el riesgo de complicaciones en el recién nacido.

Dicha investigación la adaptamos a la Teoría de Virginia Henderson y su Modelo de Enfermería de las 14 necesidades Humanas básicas, en las que nos menciona que debemos ayudar al ser humano a adaptarse cubriendo sus necesidades básicas.

CAPITULO I

PROPOSITO Y ORGANIZACION

1.1.- ANTECEDENTES.

El cuidado del recién nacido normal tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad.

Por ello la atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación. Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido. El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la supervisión y procedimientos requeridos en este período.

El médico que atiende al niño debe tener un conocimiento completo de los antecedentes perinatales. Esto le permite saber anticipadamente si atenderá a un RN probablemente normal o con determinados riesgos.

Esto nos lleva a plantearnos si el personal que recibe al recién nacido en la sala de partos tiene el conocimiento suficiente o si existe la estructura y equipamiento adecuado para su atención. Ya que con la práctica nos hemos percatado que el recién nacido es susceptible al medio ambiente que lo rodea y a cualquier manipulación inadecuada.

Por ello el siguiente planteamiento del problema.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION

Tradicionalmente el personal asignado y las salas de Tococirugía no están preparados para las complicaciones que presente la madre y menos para el recién nacido.

El término recién nacido de alto riesgo designa al lactante que debe estar bajo estrecha observación de personal de salud cualificado debido a una mayor probabilidad de morbi-mortalidad, como por ejemplo las enfermedades respiratorias, la principal la **Enfermedad de la membrana hialina**: Es un trastorno respiratorio propio de la edad neonatal y particularmente del pretérmino, se relaciona con inmadurez pulmonar. Es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal. Se presenta en el 60%-80% en los de menos de 28 semanas de gestación.

Factores favorecedores:

- **Prematuridad.**- Por la relación existente entre la edad gestacional y el grado de madurez pulmonar
- **Partos por cesárea.**- Mayor incidencia debido a la falta de secreción de cortisol así como la falta de presión ejercida sobre el tórax durante el parto que ayuda a eliminar el líquido de los pulmones y que a diferencia del parto vaginal y debido al estrés que supone el trabajo de parto se produce un aumento en secreción de cortisol que estimula el factor surfactante. En la cesárea puede faltar la secreción de cortisol y además falta la presión ejercida sobre el tórax durante el parto que ayuda a eliminar el líquido de los pulmones facilitando la aparición de EMH.
- **Diabetes materna** con nacimiento antes de la 37 semana.
- **Embarazos múltiples** con mayor riesgo para el nacido en 2º término por existir mayor facilidad para la hipoxia.

La atención del recién nacidos en las salas de Tococirugia, se requiere brindar servicios de calidad y para lograrlo es necesario disponer de profesional de salud

competente para desarrollar las múltiples actividades que requieren los recién nacidos de alto riesgo, ya que de lo contrario se ocasionarían eventos adversos.

En el área de Tococirugía se observa, no se ofrece la atención adecuada a los recién nacidos, ya que sólo se realizan procedimientos generales y no específicos como el cuidado que requiere un recién nacido que depende al 100% del equipo de salud, por lo que se ha caído en la rutina al proporcionar únicamente cuidados generales.

Otro factor que limita realizar intervenciones de enfermería es el recurso humano, ya que no es suficiente para los turnos correspondientes, material y equipo no es satisfactorio.

Es necesaria la capacitación constante del personal de enfermería ya que de lo contrario se limita el realizar las intervenciones de forma planeada, organizada y no se considera la aplicación del proceso enfermero.

Ante esta problemática se plantea la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que limitan al personal de enfermería en una buena atención del recién nacido, en el servicio de tococirugía del Hospital General de Puerto Escondido durante el periodo de septiembre 2012 - agosto del 2013?

Por lo cual surge la siguiente interrogante que a continuación se plantea.

1.3.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores que limitan al personal de enfermería en una buena atención del recién nacido en el servicio de Tococirugia en el Hospital General de Puerto Escondido, durante el periodo de Septiembre 2012 y Agosto 2013?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que limitan la atención del recién nacido en el área de Tococirugía, empleando diferentes técnicas de investigación para detectar problemas que limitan realizar las intervenciones de enfermería y proponer alternativas de solución.

1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el grado académico del personal de enfermería que participa en la atención directa del recién nacido.

Identificar el nivel de conocimiento que posee el personal en la atención del recién nacido.

Observar las características particulares del material, equipo, mobiliario que limitan a la realización de intervenciones de enfermería.

1.6 JUSTIFICACION

La finalidad de esta investigación tiene como propósito dar a conocer los factores que limitan una buena atención del recién nacido, adaptándolo al Modelo de Virginia Henderson, ya que es uno de los más aceptados por ser una teoría que plantea una función de enfermería con sentido humanista, al mostrar las funciones de enfermería preocupándose principalmente por integrar al paciente a su entorno natural, enfocándose en las necesidades del paciente.

Y más aun siendo el recién nacido un ser con muchas probabilidades de complicaciones si no se le proporciona una buena atención.

El Hospital General de Puerto Escondido Oaxaca, es una unidad de segundo nivel de atención, con las 4 especialidades básicas, como son: Cirugía, Medicina

Interna, Ginecología y Pediatría, también se incluye el servicio de traumatología. El hospital inició a dar servicios principios del 2010, con personal joven recién salidos de las universidades sin experiencia, hasta la fecha lo han reflejado en la realización de procedimientos, como también al negarse en la atención de los recién nacidos en el servicio de tococirugía.

El Hospital cuenta con una unidad quirúrgica, donde se incluye el servicio de tococirugía para la atención a la embarazada y al recién nacido, con material y equipo adaptado, espacio pequeño para la atención del recién nacido.

La norma oficial 016 establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, no incluye un espacio para la atención del recién nacido.

En el servicio de tococirugía no se cuenta con guías de atención o protocolos para el cuidado del recién nacido, como son las guías de intervención de enfermería basada en evidencia científica, sirven para disminuir la morbi-mortalidad del recién nacido.

El texto en manos del personal de enfermería que atiende a los niños recién nacidos, en los diferentes niveles, atesora valiosa información que ha de contribuir a un mejor conocimiento y aplicación de los procedimientos y conductas, que han de contribuir a seguir mejorando la atención de estos niños y a aportar valores en la tarea priorizada de reducción de la mortalidad infantil en nuestro país. (Castro y Urbina 2007)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Atención del recién nacido en la sala de expulsión o de Tococirugía.

Un recién nacido está sano cuando sus signos vitales y su actividad son normales, es de término, tiene el peso adecuado para su edad gestacional como sus antecedentes maternos, trabajo de parto y al nacimiento son normales.

La atención que se debe de proporcionar al Recién nacido en la sala de expulsión se dirigen a la seguridad física, comodidad y bienestar emocional del niño. Normalmente el recién nacido comienza a respirar y a llorar a los poco minutos después de haber nacido. Transcurrido un minuto, las respiraciones están bien establecidas; el niño llora fuerte, sus brazos y piernas se mueven con fuerza y el color de su piel es rosa excepto en las manos y pies.

Se ha encontrado que en algunos casos esta conducta inicial puede modificarse si se controla el ambiente en que ocurre el nacimiento y la manera en que se atiende al recién nacido. Por ello, la sala de expulsión debe de estar adecuada con iluminación, ventilación, equipo y material necesario para una buena atención y evitar riesgos, y lo más importante personal médico y paramédico capacitado ante cualquier eventualidad. La evaluación del niño al momento del nacimiento tiene el propósito de indicarle al médico si el recién nacido está sano, enfermo o en riesgo y así poder anticipar acciones de manejo.

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar ,

así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular (NOM-007-SSA2-1993)

Una vez estable el neonato, se debe determinar su edad gestacional, que es la forma de juzgar la madurez y el tamaño de un recién nacido, para que sea confiable, se debe realizar al nacimiento o dentro de las primeras 12 horas de vida. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada recién nacido de acuerdo a su desarrollo, como alimentarse o estipular necesidades de su cuidado.

Henderson en su postulado; necesidad vital, es todo lo esencial para mantener vivo al ser humano, como también asegurar su bienestar. Son requisitos que deben satisfacerse para mantener su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca carencias. Aterrizado en la atención del recién nacido este postulado, es lo fundamental que debe hacer el personal de enfermería, principalmente cumplir con el conocimiento necesario, estructura y equipo mínimo necesario para cubrir las necesidades vitales, como se menciona a continuación. La enfermera debe de ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson dice que la enfermera debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita. Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

Se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

“Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, **niñez**, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.” (Luis, et al, 2007)

Por ello en la atención del recién nacido lo ubicamos en el modelo de Virginia Henderson, ya que de las 14 necesidades básicas, solo se requieren siete, identificando la etapa de vida en el que se encuentra nuestro objeto de estudio que en su caso es la etapa de la niñez ya que se le proporciona ayuda para cubrir sus capacidades físicas y por lo consiguiente se cubren dichas necesidades de acuerdo a lo siguiente.

Respirar normalmente (aspiración de secreciones, valorar con la escala de apgar y silverman)

Mantener la temperatura corporal (cortar y ligar cordón, secar)

Moverse y mantener posición adecuada. (Valorar estado físico y madurez neurológica)

Mantener la higiene y proteger la piel (examen neonatal complementario: somatometría, aspecto general, cabeza y cara, cuello, tórax, abdomen, tronco y columna vertebral, extremidades)

Evitar peligros ambientales (profilaxis de vitamina K y Profilaxis oftálmica)

Comer y beber (inicio de lactancia materna)

Eliminar. (Permeabilidad de orificios naturales)

Una vez que se identificó las necesidades, se procede a mantener estable al recién nacido con la ayuda de la madre. “la enfermera no solo debe no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad

Pero qué hay de los recién nacidos que durante el trabajo de parto o de durante su nacimiento tiene un riesgo o ya está enfermo.

“El recién nacido está en riesgo si tiene signos vitales y actividad normales, pero tiene antecedentes maternos patológicos, y/o tuvo problemas de sufrimiento fetal o sangrado materno durante el trabajo de parto, y/o asfixia al nacimiento, y/o es pretérmino o es grande o pequeño para su edad gestacional.

El recién nacido está enfermo cuando tiene signos vitales y manifestaciones clínicas anormales que requieren atención inmediata, independientemente de sus antecedentes y semanas de gestación o peso.” (Tames y Siva, 2008)

Nuevamente se identifica las necesidades en las cuales está comprometido el recién nacido y se procede a corregirlas o a estabilizar su estado de salud. Por ello, en estas salas de expulsión se necesita personal capacitado en Reanimación Neonatal y no únicamente que realice las actividades de forma rutinaria.

2.3 LA SALUD DURANTE LA INFANCIA.

La salud constituye un fenómeno complejo, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de “un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no sólo de la ausencia de la enfermedad”. Sin duda posee una muy amplia definición, porque la salud se evalúa tomando en consideración la mortalidad (muerte) y morbilidad (enfermedad) durante determinado periodo de tiempo. Por lo tanto, la presencia de enfermedad se convierte en uno de los principales indicadores del estado de salud.

La información relativa a la mortalidad y la morbilidad es importante para el personal de enfermería, pues proporciona datos relevantes acerca de:

- ✓ Las causas de muerte y de enfermedades.
- ✓ Los grupos de alto riesgo en relación con determinados trastornos y peligros.
- ✓ Los avances relativos a los tratamientos y la prevención.

- ✓ Propuestas de promoción concretas.

El personal de enfermería que esté al tanto de dicha información podrá orientar mejor su planificación y atención sanitaria. (Castro y Urbina 2007)

2.4 INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE TOCOCIRUGIA DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 016.

La norma oficial establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

La secretaria de salud tienen la responsabilidad de equipar las instituciones que construye, también homogeneizar criterios y homologar diversas y complejas características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario.

UNIDAD OBSTETRICA O TOCOLOGÍA.

Al conjunto de áreas interrelacionadas, en donde se lleva a cabo la valoración, preparación, vigilancia y atención, tanto de la mujer embarazada, como del recién nacido.

Unidad tocoquirúrgica, Sala de Operaciones

Mobiliario

Asiento; asiento con respaldo; banqueta de altura; bote para RPBI (bolsa roja); bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo); brazo giratorio; cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla); mesa carro anestesiólogo; mesa Mayo con charola; mesa riñón; mesa transportadora de material; portacubeta rodable; portalebrillo doble; riel portavenocclisis.

Equipo

Aspirador de succión regulable; equipo básico para anestesia; equipo móvil de rayos x; estetoscopio; esfigmomanómetro; lámpara para emergencias portátil;

lámpara doble para cirugía; monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro; negatoscopio; reloj con segundero para sala de operaciones; unidad electroquirúrgica.

Recuperación post-anestésica

Mobiliario

Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo); bote para RPBI (bolsa roja); carro camilla para recuperación; elemento divisorio de material antibacteriano; riel portavenoclisis.

Equipo

Monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.

Central de enfermeras recuperación post-anestésica tocoquirúrgica

Mobiliario y equipo básico señalado en el Apéndice D (Normativo).

Transfer de camillas

Mobiliario

Carro camilla tipo transfer.

Lavabo de cirujanos

Mobiliario

Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo); cepillara para uso quirúrgico; Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico; lavabo para cirujanos.

Prelavado de instrumental

Mobiliario

Bote para RPBI (bolsa roja); mesa alta con doble tarja central.

2.5 Cambios en la mortalidad neonatal

Los avances en el cuidado neonatal han tenido un impacto significativo en la tasa de mortalidad infantil en el presente siglo. La tasa de mortalidad en los neonatos ha disminuido dramáticamente de 165 por 1000 nacidos vivos en el año 1900 a 8 por 1000 nacidos vivos en 1994. A través de este periodo los neonatos de bajo peso han logrado una supervivencia en mayor grado.

A partir de 1949 la información de bajo peso fue adicionada en los certificados de nacimiento. Desde entonces las estadísticas relacionadas con la supervivencia de los RN de bajo peso se han logrado recoger sistemáticamente. Aproximadamente 7% de todos los nacidos vivos son neonatos de peso inferior a 2500 gr. y aproximadamente 1.5% son neonatos con un peso inferior de 1500 gr. Estas tasas han permanecido estables a través de varias décadas.

En relación con la mortalidad neonatal se encuentra que en 1950, el 75% correspondía a prematuros; y en 1961 al 50%. Para 1990, la tasa de sobrevivencia ha mejorado substancialmente, disminuyendo al 10%

En la segunda mitad de este siglo; los cuales han tenido influencia directa en los mejores resultados de la sobrevivencia del RNPT de bajo peso.

Los avances en el uso de oxígeno y de incubadoras en los años 40 y 50; los mejoramientos en la termoregulación en los 60; el desarrollo de cuidados intensivos neonatales y ventiladores de alta frecuencia, el surfactante y el cuidado individualizado en los años 80 y 90 han tenido una gran importancia en los cambios de sobrevivencia del neonato prematuro. (Amaya, et al, 2005)

2.6 Calificación de Apgar

La calificación de Apgar es una valoración que orienta para reconocer el estado al nacimiento, está basada en la apariencia física, actividad y signos vitales. Se califica con 0, 1 ó 2 a cada uno de los signos y debe realizarse una vez pinzado el cordón umbilical y cuando se ha secado en forma gentil y al mismo tiempo vigoroso para que con la estimulación táctil se inicie la respiración espontánea. Se

evalúa al recién nacido, para determinar que conducta debe seguirse, en el minuto uno y cinco de nacido.

Esquema de valoración	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular, llanto débil	Regular, llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Ligera flexión de extremidades	Extremidades flexionadas
Reacción a estímulos	No respuesta	Gesticulacion es	Buena respuesta
Coloración de piel	Azul o pálido	Extremidades cianóticas	Sonrosado

Si la frecuencia cardíaca es baja, el esfuerzo respiratorio es inadecuado y/o está cianótico, se debe iniciar la reanimación inmediatamente, no espere a que pase el minuto para calificar el Apgar.

Si el recién nacido tiene calificación de Apgar de 7 – 10 al minuto, está sano; si tiene de 4 – 6 está en riesgo, y si tiene de 0 – 3 es un recién nacido enfermo y las acciones deben iniciarse de inmediato, sin esperar a que pase el minuto para terminar de evaluarlo.

Si la calificación de Apgar a los 5 minutos continúa por debajo de 7, o si presenta insuficiencia respiratoria, datos de alguna patología o malformación, debe trasladarse al cunero patológico para el tratamiento médico de acuerdo al protocolo de la unidad. Si su calificación de Apgar a los 5 minutos fue mayor de 8 y no requirió maniobras de reanimación, debe pasar a alojamiento conjunto o cunero de transición.

2.7 Determinación de la edad gestacional

Una vez estable el neonato, se debe determinar su edad gestacional, que es la forma de juzgar la madurez y el tamaño de un recién nacido, para que sea confiable, se debe realizar al nacimiento o dentro de las primeras 12 horas de vida. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada niño de acuerdo a su desarrollo, como alimentarse o estipular necesidades de su cuidado.

La edad gestacional se evalúa tomando el tiempo transcurrido entre el primer día del último periodo menstrual de la madre y la fecha de nacimiento del recién nacido; junto con las características de madurez física y neurológica nos sirve para orientar el manejo del recién nacido.

- De 38 a 42 semanas de gestación, son niños de término y sus signos físicos y sus reflejos son normales.
- De menos de 38 semanas de gestación tienen signos físicos y reflejos inmaduros.
- Los neonatos de más de 42 semanas de gestación son post maduros y pueden tener signos y reflejos neurológicos normales.

Un recién nacido se califica de término, pretérmino y posttérmino utilizando una combinación de los parámetros de edad gestacional y de peso, agregándole si es de peso adecuado a la edad gestacional (PAEG), peso grande para la edad gestacional (PGEG), o si su peso es pequeño para su edad gestacional (PPEG).

El niño puede tener un peso mayor de 2,500 g y ser pretérmino o tener menos de 2,500 g y ser un niño de término, por lo cual es muy importante evaluar sus características físicas, su madurez neurológica, su peso y talla para poder estar en condiciones de anticiparse al tratamiento requerido y evitar complicaciones.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que se utilice la escala de Ballard para valorar la maduración neurológica y física del recién nacido. Esta

escala otorga un valor numérico a cada uno de los signos de madurez neuromuscular y física, y es la de mayor exactitud, con un margen de error de más/menos 15 días, igual que el del ultrasonido que se obtiene entre la semana 18 y 28 de gestación.

2.7.1 Madurez neuromuscular

Postura: Es la posición que el niño asume cuando está acostado sobre su espalda y quieto. Si es muy prematuro permanece con brazos y piernas extendidas o en cualquier posición que se le coloque. Cuando su desarrollo es mayor, como en un niño de término, sus brazos están flexionados sobre su cuerpo, mantiene las manos cerradas en puño y sus piernas flexionadas hacia el abdomen.

Angulo de la muñeca: Es el ángulo que se forma cuando se le flexiona la palma de la mano hacia el antebrazo, el niño prematuro presenta una flexión pobre, y formará un ángulo de 90 grados con el antebrazo. El niño de término, flexionará la muñeca completamente con el antebrazo.

Flexión de brazos: El niño de término, al extenderle el brazo y soltarlo, lo flexiona; entre más inmaduro es, la flexión es menor.

Angulo poplíteo: Se determina con el niño en posición supina, manteniéndose la pelvis plana, se flexiona el muslo sobre el abdomen y se sostiene la pierna extendida estimándose el ángulo al nivel de la rodilla. En el niño pretérmino es hasta de 180 grados, en el de término es menor de 90 grados.

El signo de la bufanda: Se produce levantando el brazo del recién nacido hasta el hombro contrario. En el niño de término, el codo no cruza la línea media del cuerpo en cambio en el de pretérmino si la cruza.

El signo de talón oreja: Es similar al ángulo poplíteo, el pie del niño se eleva llevándolo hacia la oreja del mismo lado, en el recién nacido de pretérmino se acerca más que en el de término.

2.7.2 Madurez física

Consistencia de la piel: Entre más prematuro es el niño, la piel es más fina y transparente con vasos visibles. En el niño de término es gruesa y la textura es escamosa.

Lanugo: Es el pelo delicado y fino que se encuentra en la espalda o todo el cuerpo del niño prematuro. Tiende a desaparecer en el niño de término.

Surcos de la superficie plantar: El niño prematuro no los presenta, en el niño de término son profundos.

El tejido mamario: Se evalúa la visibilidad de la areola y el grosor de la glándula mamaria, en el prematuro no se ve la areola y la glándula está plana, en el niño de término se palpa la glándula mamaria y la areola se dibuja bien.

Formación del lóbulo de las orejas: Incluye el desarrollo del cartílago y el curvado del pabellón. En el niño prematuro la oreja se dobla por falta de formación de cartílago, en el niño de término permanece formada y al doblarse recupera su forma inmediatamente.


































































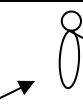





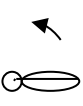


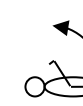
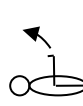
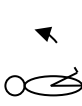
Ojos: En el niño de pretérmino existe fusión de los párpados y la apertura del párpado es mínima. En el niño de término están abiertos y ligeramente curvados.

Genitales externos: Son virtualmente indistinguibles a las 20 semanas. En los niños a las 28 semanas, los testículos se encuentran en el conducto inguinal y las arrugas escrotales son tenues. A las 36 semanas los testículos se encuentran en la parte superior del escroto y las arrugas cubren la porción anterior del mismo. En el niño de término, las arrugas cubren totalmente el escroto y los testículos son péndulos. En la niña pretérmino el clítoris es prominente y los labios menores planos; alrededor de las 36 semanas, los labios mayores son más grandes y cubren al clítoris.

Una vez realizada la puntuación de las características físicas y neurológicas del recién nacido, se suman los puntos y se comparan en la escala del índice de madurez, indicándose las semanas de gestación.

El siguiente cuadro nos muestra la escala para evaluar la edad gestacional de un recién nacido:

2.7.3 Madurez Neuromuscular

Signos de Madurez Neuro-Muscular	Puntuación							Puntuación parcial
	-1	0	1	2	3	4	5	
Postura								
Angulo muñeca	 <math><90^{\circ}</math>	 <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>60^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>45^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>30^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>0^{\circ}< math><="" td=""> <td></td> <td></td> </math>0^{\circ}<></td></math>30^{\circ}<></td></math>45^{\circ}<></td></math>60^{\circ}<></td></math>90^{\circ}<>	 <math>60^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>45^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>30^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>0^{\circ}< math><="" td=""> <td></td> <td></td> </math>0^{\circ}<></td></math>30^{\circ}<></td></math>45^{\circ}<></td></math>60^{\circ}<>	 <math>45^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>30^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>0^{\circ}< math><="" td=""> <td></td> <td></td> </math>0^{\circ}<></td></math>30^{\circ}<></td></math>45^{\circ}<>	 <math>30^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>0^{\circ}< math><="" td=""> <td></td> <td></td> </math>0^{\circ}<></td></math>30^{\circ}<>	 <math>0^{\circ}< math><="" td=""> <td></td> <td></td> </math>0^{\circ}<>		
Flexión brazos		 <math>180^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>140-180^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>110-140^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90-110^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> <td></td> </math>90-110^{\circ}<></td></math>110-140^{\circ}<></td></math>140-180^{\circ}<></td></math>180^{\circ}<>	 <math>140-180^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>110-140^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90-110^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> <td></td> </math>90-110^{\circ}<></td></math>110-140^{\circ}<></td></math>140-180^{\circ}<>	 <math>110-140^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90-110^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> <td></td> </math>90-110^{\circ}<></td></math>110-140^{\circ}<>	 <math>90-110^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> <td></td> </math>90-110^{\circ}<>	 <math><90^{\circ}</math>		
Angulo poplíteo	 <math>180^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>160^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>140^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>120^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>100^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> </math>90^{\circ}<></td></math>100^{\circ}<></td></math>120^{\circ}<></td></math>140^{\circ}<></td></math>160^{\circ}<></td></math>180^{\circ}<>	 <math>160^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>140^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>120^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>100^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> </math>90^{\circ}<></td></math>100^{\circ}<></td></math>120^{\circ}<></td></math>140^{\circ}<></td></math>160^{\circ}<>	 <math>140^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>120^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>100^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> </math>90^{\circ}<></td></math>100^{\circ}<></td></math>120^{\circ}<></td></math>140^{\circ}<>	 <math>120^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>100^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> </math>90^{\circ}<></td></math>100^{\circ}<></td></math>120^{\circ}<>	 <math>100^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> </math>90^{\circ}<></td></math>100^{\circ}<>	 <math>90^{\circ}< math><="" td=""> <td> <math><90^{\circ}</math></td> <td></td> </math>90^{\circ}<>	 <math><90^{\circ}</math>	
Signo de la bufanda								
Signo talón oreja								
					Puntuación total			

2.7.4 Madurez física

Signos de Madurez física	Puntuación							Puntuación parcial
	-1	0	1	2	3	4	5	
Piel	Pegajosa, delgada, friable, transparente	Gelatinosa, roja, traslúcida	Suave, rosada, venas visibles	Descamación superficial, y/o rash, pocas venas	Áreas pálidas agrietadas, venas escasas	Agrietamiento profundo, no vasos o venas	Correosa Agrietada, arrugada	
Lanugo	Ninguno	Ralo	Abundante	Escaso	Áreas "calvas"	Áreas más extensas del cuerpo sin lanugo		
Superficie plantar	Dedotalón 40-50 mm: -1 <40mm: -2	>50mm sin surcos	Marcas rojas delicadas	Solo surco transversal o anterior	Surcos anteriores 2/3	Surcos en la planta entera		
Tejido mamario	Imperceptible	Ligeramente perceptible	Areola plana, no pezón	Areola punteada, pezón de 1-2 mm	Areola elevada Pezón de 3-4 mm	Areola llena, pezón de 5-10 mm		
Ojos / oreja	Párpados cerrados: flojos: -1 fuerte: -2	Párpados abiertos, oreja plana, permanece doblada	Levemente curvados oreja blanda, flexión lenta	Bien curvos, oreja se recupera suave y rápido	Formadas y firmes de flexión instantánea	Cartílago grueso, oreja firme		
Genitales masculinos	Escroto, plano, suave	Escroto vacío, algunas arrugas escasas y tenues.	Testículos en canal superior, más arrugas en escroto	Testículos descendidos en parte superior del escroto, arrugas escasas en el escroto	Testículos en bolsa escrotal, pocas arrugas.	Testículos péndulos con arrugas marcadas y profundas		
Genitales femeninos	Clítoris prominente	Clítoris prominente,	Clítoris prominente,	Labios menores y	Labios mayores cubren	Labios mayores cubren		

Niños	labios planos	pequeños labios menores	crecimiento de labios menores	mayores de igual tamaño	labios menores	clítoris y labios menores		
--------------	---------------	-------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------------	---------------------------	--	--

2.7.5 Escala para identificar las semanas de gestación.

Índice de madurez	
Puntos	Semanas de Gestación
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Fuente: Ballard JL. New Ballard score. J Pediatr 1991; 119: 417-423

La edad gestacional nos orienta para conocer los riesgos y problemas que puede presentar un recién nacido y anticipar así las acciones para otorgarle tratamiento oportuno y limitar los daños.

2.8 Factores de riesgo asociados a la edad gestacional

Cuando el recién nacido es de **pretérmino**, sin importar su peso, se debe pensar en los siguientes problemas:

- **Insuficiencia Respiratoria:** Puede cursar con síndrome de dificultad respiratoria (SDR), que se presenta por inmadurez pulmonar, y puede ocasionar hipoxemia y daño cerebral.

- Hipoglicemia: Los niñ@s pretérmino tienen reserva baja de azúcar y desarrollan hipoglicemia, si es severa y no se corrige oportunamente puede causar daño cerebral.
- Hipotermia: Los depósitos de grasa son escasos y se pierde temperatura rápidamente.
- Problemas de alimentación: Al no existir una succión adecuada, por gasto extra de energía y pueden tener incoordinación entre deglución y respiración.
- Hipotensión: Debida a infección, pérdida de sangre durante el parto o acidosis.
- Anemia: Frecuente en el prematuro, también por pérdida de sangre durante el parto.
- Hiperbilirrubinemia: Por inmadurez
- Apnea: Por inmadurez.
- Septicemia: Por inmadurez de sus sistemas inmunológicos y celulares.

Cuando el niñ@ es **postérmino**, sin importar su peso se debe pensar en lo siguiente:

- Asfixia: Son más susceptibles de presentar sufrimiento fetal durante el trabajo de parto y el parto.
- Insuficiencia Respiratoria: Por aspiración de meconio, pueden desarrollar neumonía o neumotórax por trauma obstétrico durante el parto, e hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido, si existió hipoxemia in útero y/o acidosis.
- Hipoglicemia: La función placentaria disminuye y su reserva de azúcar al nacimiento es baja.

Cuando el niñ@ es **pequeño para su edad gestacional** se debe anticipar lo siguiente:

- Hipoglicemia
- Insuficiencia respiratoria

- Malformaciones congénitas
- Infecciones congénitas
- Policitemia

Cuando el niñ@ es **grande para su edad gestacional**, se debe pensar en:

- Trauma al nacimiento
- Hipoglicemia: Los recién nacidos grandes para su edad gestacional con frecuencia son hijos de madres diabéticas y nacen con niveles altos de insulina.
- Síndrome de dificultad respiratoria (SDR): Los hijos de madres diabéticas tienen una incidencia más alta de SDR.

Cuando el niñ@ es **grande para la edad gestacional y pretérmino**, tienen problemas de ambos grupos, por lo que se debe anticipar:

- Problemas respiratorios
- Hipotermia
- Hipoglicemia
- Problemas de alimentación
- Hipotensión
- Hiperbilirrubinemia
- Apnea
- Anemia

El siguiente cuadro resume estos conceptos y orienta al médico para detectar con oportunidad algunas complicaciones y/o anticipar conductas terapéuticas de manejo.

2.8.1 Factores de riesgo que pueden presentar los niñ@s con diferentes tamaños y edad gestacional:

	PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL	PESO ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL	PESO ALTO PARA EDAD GESTACIONAL
PRETERMINO	Combinación de los problemas de peso bajo para edad gestacional → y pretérmino ↓	1. Síndrome de dificultad respiratoria 2. Hipoglicemia 3. Hipotermia 4. Problemas con la alimentación 5. Hipotensión 6. Anemia 7. Hiperbilirrubinemia 8. Apnea	← Combinación de los problemas de pretérmino de peso alto para edad gestacional. ↓
TERMINO	1. Hipoglicemia 2. Asfixia al nacimiento 3. Insuficiencia respiratoria: a. Neumotórax b. Neumonía por aspiración 4. Malformaciones congénitas y/o infección congénita 5. Policitemia		1. Hipoglicemia 2. Trauma obstétrico 3. Asfixia al nacimiento 4. Síndrome de dificultad respiratoria
POSTERMINO	↑ Combinación de los problemas de post término y de peso bajo para edad gestacional	→ 1. Asfixia al nacimiento 2. Insuficiencia respiratoria: Neumotórax Neumonía por aspiración 3. Hipoglicemia	← ↑ Combinación del problema de posttérmino y peso alto para la edad gestacional

Fuente: Fetal Evaluation and Neonatal Care. Perinatal Education. University of Health Science Center. Charlottesville, Virginia. 1997.

2.8.2 Acciones que deben realizarse para anticipar daños:

El siguiente cuadro marca las acciones que deben tomarse en cuenta para evaluar a los recién nacidos de diferentes tamaños y edades gestacionales y servirá de guía para el manejo y tratamiento del recién nacido y para anticiparse a los daños:

	PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL	PESO ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL	PESO ALTO PARA EDAD GESTACIONAL
PRETERMINO	Combinación de los problemas de peso bajo → para edad gestacional y pretérmino ↓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar respiraciones 2. Monitorizar glicemia 3. Ambiente térmico adecuado (26 °C); tomar la temperatura cada 2 horas 4. Alimentar por sonda naso y orogástrica y/o con líquidos IV (a menos que sea mayor de 32–34 semanas y no esté enfermo) 5. Tomar la presión arterial 6. Verificar el hematocrito 7. Observar si hay ictericia 8. Monitorización continua de frecuencia cardiaca y respiratoria (especialmente en menores de 1,800 g) 	Combinación de los problemas de pretérmino de peso alto para edad gestacional ↓
TERMINO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar las consecuencias de asfixia al nacimiento 2. Evaluar las respiraciones 3. Obtener una glicemia semicuantitativa 4. Evaluar malformaciones / infección congénita 5. Verificar el hematocrito 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener una glicemia semicuantitativa 2. Evaluar si presenta trauma obstétrico 3. Evaluar las consecuencias de la asfixia 4. Evaluar respiraciones
POSTERMINO	↑ Combinación de los problemas post término y de peso bajo para edad gestacional	→ <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar las consecuencias de asfixia al nacimiento. 2. Evaluar respiraciones 3. Obtener una glicemia semicuantitativa 	↑ Combinación de problemas de post término y peso alto para la edad gestacional

Fuente: Fetal Evaluation and Neonatal Care. Perinatal Education. University of Health Science Center. Charlottesville, Virginia. 1997.

2.9 Reanimación neonatal

La reanimación neonatal es el conjunto de acciones que se aplican al niñ@ cuando sus signos vitales y su actividad están ausentes o disminuidas tomando como referencia, la frecuencia y patrón respiratorio, la frecuencia cardiaca, la coloración de la piel y el nivel general de actividad, parámetros considerados en la escala de Apgar.

Se debe sospechar que un niñ@ puede requerir reanimación neonatal cuando se han identificado los siguientes problemas:

Durante el embarazo:

- Enfermedad médica de la madre (cardiovascular, tiroidea, neurológica)
- Diabetes mellitus
- Sensibilización al Rh
- Hipertensión crónica o inducida del embarazo
- Gestación multifetal
- Feto pequeño para la edad gestacional
- Postérmino (mayor de 42 semanas de gestación)
- Estudios que muestran inmadurez pulmonar
- Trabajo de parto pretérmino o ruptura de membranas (antes de las 37 semanas)
- Oligohidramnios o hidramnios
- Actividad fetal disminuida o calificación baja en el perfil biofísico
- Malformaciones fetales identificadas en el ultrasonido
- Producto inmaduro
- Abuso de sustancias por la madre (drogas o medicamentos)

Durante el trabajo de parto:

- Ruptura de membranas de más de 24 horas, o evidencia de infección amniótica

- Tinción de líquido amniótico con meconio
- Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta
- Medicación materna excesiva (meperidina, sulfato de magnesio, fenobarbital, etc.)
- Presentación en no - vértice
- Parto precipitado (menos de 3 h)
- Trabajo de parto prolongado (más de 20 h)
- Anormalidades en el patrón de frecuencia cardíaca fetal
- Prolapso o compresión del cordón umbilical
- Carencia del cuidado prenatal

Algunos recién nacidos no presentan ninguno de estos factores de riesgo y pueden requerir reanimación neonatal, por lo tanto siempre se debe estar preparado para iniciarla.

Con el fin de poder comprender los cambios que presenta el niñ@ en sus signos vitales, su patrón respiratorio y su actividad, es necesario conocer algunos conceptos de la fisiología de la asfixia y la relación entre depresión y asfixia neonatal.

2.9.1 Depresión: El niñ@ al nacimiento, usualmente está vigoroso y casi inmediatamente después de cortar el cordón umbilical inicia respiraciones espontáneas con llanto. La frecuencia cardíaca se estabiliza entre 120 y 140 latidos por minuto y la cianosis central se corrige de inmediato, persistiendo únicamente cianosis distal. Algunos niñ@s nacen con cierto grado de depresión, que se manifiesta por disminución del tono muscular y dificultad para establecer respiraciones espontáneas y adecuadas. Asimismo, puede tener apnea o esfuerzo respiratorio inadecuado para establecer su ventilación eficiente por lo que hay dificultad en la oxigenación y eliminación de dióxido de carbono.

Las causas de esta depresión pueden ser:

- Asfixia al nacimiento

- Prematurez
- Medicamentos administrados a la madre
- Enfermedades neuromusculares congénitas
- Hipoxemia durante el parto

Independientemente de la causa de la depresión, en el momento en que se corta el cordón umbilical, el niño@ deprimido desarrolla hipoxemia y asfixia progresiva. La reanimación eficaz puede usualmente iniciar la ventilación espontánea y revertir la hipoxemia; si con el secado vigoroso y la aplicación de oxígeno con mascarilla no se revierte, se deberá iniciar la reanimación neonatal.

2.9.2 Asfixia

El término asfixia denota hipoxia, acumulación de dióxido de carbono y acidosis progresiva. Si este proceso no se revierte puede resultar en daño cerebral permanente o llevarlo hasta la muerte. La asfixia también puede afectar la función de otros órganos vitales. La hipoxia se puede presentar in útero o al nacimiento.

Se denomina **apnea primaria** cuando por deprivación de oxígeno el niño@ presenta un periodo inicial de respiraciones rápidas y si la asfixia continua, cesan los movimientos respiratorios, disminuye la frecuencia cardíaca y disminuye el tono neuromuscular. Si la asfixia continúa el niño@ desarrolla respiraciones profundas y jadeantes (boqueos), disminuye la frecuencia cardíaca a menos de 40 latidos por minuto, disminuye la presión sanguínea y cae en un periodo denominado **apnea secundaria**, no respondiendo a los estímulos y no vuelve a tener esfuerzos respiratorios espontáneos. Si no se aplica la reanimación neonatal inmediata, el niño@ puede fallecer.

Es importante recordar que un niño@ puede presentar hipoxia dentro del útero, por lo que al nacer puede presentar apnea primaria o secundaria y el cuadro clínico es muy difícil de diferenciar, por lo que la reanimación debe de iniciarse inmediatamente, presuponiendo que se trata de una apnea secundaria.

2.9.3 Recordatorio de los pasos iniciales de la reanimación neonatal

- Manejo térmico
- Posición
- Aspiración
- Estimulación táctil.
- Oxígeno con bolsa o máscara de reanimación
- Masaje cardíaco
- Intubación endotraqueal
- Inicio de medicamentos

Para la aplicación de la Reanimación Neonatal debe seguirse el **ABC** del protocolo del programa de Reanimación Neonatal.

2.9.3.1 A Mantener la vía aérea permeable

- Posición con ligera extensión de la cabeza
- Aspiración de boca y nariz, si amerita de traquea.

2.9.3.2 B Iniciar la respiración

- Estimulación táctil, en la planta de los pies o la espalda del neonato.
- Si no existe respuesta, se debe iniciar ventilación con presión positiva con bolsa y máscara y/o bolsa y cánula endotraqueal y oxígeno al 100%. Solo en los casos de sospecha de aspiración de meconio, antes de dar presión positiva, se deberá realizar laringoscopia directa con aspiración.

2.9.3.3 C Mantener la circulación:

- Masaje cardíaco y de ser necesario, medicamentos.

2.10 Procedimientos que se deben realizar al recién nacido

Cuando el niño ya se encuentra reanimado, debe mantenerse en la cuna radiante o cubrirle para evitar la pérdida de calor. Se debe pinzar y seccionar el cordón en

el primer minuto o cuando se hayan terminado las maniobras de reanimación y esté estable. La doble ligadura del cordón se realiza con una banda elástica, clip o cinta de algodón a una distancia de 2 – 3 cm de la base del cordón, verificando la presencia de los 3 vasos umbilicales.

2.10.1 Identificación del recién nacido

De acuerdo a lo normado se elabora identificación para el recién nacido y para la madre con los datos siguientes: nombre completo y N° de afiliación de la madre, N° de cama, sexo, peso, talla, fecha y hora del nacimiento. Los mismos datos se anotan en el expediente clínico y se aplica la impresión de la huella plantar del pie derecho del RN y del pulgar de la madre en el certificado de nacimiento.

2.10.2 Tamiz neonatal para detectar hipotiroidismo

Se realiza prueba con papel filtro tomándose, con una jeringa, 0.5 cc de sangre de los vasos del cordón umbilical en los primeros 30 minutos del nacimiento; se deposita una gota de sangre en cada círculo marcado en el papel filtro específico sin sobrepasar la marca y sin que existan coágulos. Posteriormente se llena la tarjeta de identificación que se encuentra adjunta al papel filtro y se verifica que los datos del niñ@ y del folio correspondan, y se anota el folio en la hoja del recién nacido entregándose a la jefe de piso para su envío dentro de los 3 días siguientes a la toma, al módulo regional de laboratorio, de acuerdo a lineamiento normativo vigente. En el caso de no haberse tomado la muestra al momento del nacimiento, enviarlo a su UMF en la primera semana de vida para la realización del tamizaje.

2.10.3 Prevención de la conjuntivitis

Para realizar el tratamiento profiláctico se aplican 2 gotas de cloranfenicol oftálmico, en cada ojo, dosis única.

2.10.4 Prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Se administra dosis única de 1 mg de vitamina K intramuscular en la región lateral del muslo.

2.11 Examen neonatal complementario

Ya estable el recién nacido, se realiza el resto de la exploración física y la somatometría. Se revisa lo siguiente:

2.11.1 Somatometría: peso, talla, longitud de pie y perímetros cefálico, torácico y abdominal, anotándose los datos en el expediente clínico.

2.11.2 Aspecto general: estado de alerta, de nutrición, actividad, coloración, presencia de edema, color y consistencia de la piel, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix o lanugo, y si hay evidencia de dificultad respiratoria.

2.11.3 Cabeza y cara: tamaño, forma, moldeaje, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial. En los ojos buscar reflejos pupilares, opacidad de cornea y cristalino, edema conjuntival, hemorragias y lagrimeo. En los oídos, buscar tamaño, forma, simetría e implantación, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleo-palpebral por palmada. En la nariz, secreciones anormales y depresión de puente nasal. En la boca fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea.

2.11.4 Cuello: movilidad y presencia y/o ausencia de fístulas y masas tumorales.

2.11.5 Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, tipo de respiración, y por auscultación, la presencia de entrada de aire en ambos campos pulmonares, frecuencia cardíaca, ritmo y presencia de soplos.

2.11.6 Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, hernias o eventraciones, peristaltismo y cordón umbilical.

- 2.11.7 Tronco y columna vertebral: integridad, continuidad y presencia o ausencia de masas.
- 2.11.8 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y displasia de cadera.
- 2.11.9 Integridad neurológica: explorando los reflejos primarios Moro, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono muscular y reflejos osteotendinosos.
- 2.11.10 Permeabilidad de orificios naturales, coanas, esófago y del ano. No se debe aspirar el contenido gástrico ni hacer lavado gástrico, las coanas se exploran gentilmente. Para verificar la permeabilidad anal, se busca la presencia de meconio, y/o se introduce el termómetro rectal.
- 2.11.11 Se debe verificar la estabilidad de la cadera para diagnosticar con oportunidad la displasia de cadera, que puede ser un hallazgo físico y mostrar cambios durante la exploración. Esta entidad se presenta cuando existe una relación anormal entre el acetábulo y la cabeza femoral, que puede deberse a la laxitud de la cápsula articular manifestándose como inestabilidad de la cadera durante las maniobras exploratorias. Esta puede ser subluxación o luxación de cadera de acuerdo al grado de laxitud.
- 2.11.12 Es importante detectar esta alteración al nacimiento, ya que el tratamiento es sencillo con manejo ortopédico para favorecer la formación del acetábulo durante los 3 primeros meses de vida. Si no se diagnostica oportunamente, su corrección deberá ser quirúrgica.
- Para llevar a cabo el diagnóstico se utilizan 2 maniobras para detectar la inestabilidad de la cadera: la maniobra de Ortolani, con la cual se obtiene la sensación de dislocar la cabeza femoral cuando en una superficie plana con el niño en decúbito dorsal, se colocan los dedos índice y medio en el trocánter y el pulgar en la parte interna, se flexiona el muslo sobre la cadera a 90 grados y se rota gentilmente; si se produce un chasquido, existe laxidez de la cápsula articular y se califica

como signo de Ortolani positivo. En la maniobra de Barlow, en la misma posición supina, se hace abducción suave presionando y levantando las rodillas; si se siente un chasquido el signo es positivo. Con estos datos debe sospecharse la posibilidad de subluxación de cadera, se anota el diagnóstico y a su egreso se envía a consulta de ortopedia para su tratamiento. Es importante indicarle a la madre que deberá ponerle triple pañal al recién nacido en tanto es valorado por el servicio de ortopedia.

2.11.13 Se anotan los diagnósticos establecidos y el de recién nacido de acuerdo a su edad gestacional y peso. Los diagnósticos posibles son los siguientes:

2.11.13.1 Recién nacido de término con:

1. peso adecuado a su edad gestacional
2. peso grande para su edad gestacional
3. peso bajo para su edad gestacional

2.11.13.2 Recién nacido de pretérmino con

4. peso adecuado a su edad gestacional
5. peso grande para su edad gestacional
6. peso bajo para su edad gestacional

2.11.13.3 Recién nacido de postérmino con

7. peso adecuado a su edad gestacional
8. peso grande para su edad gestacional
9. peso bajo para su edad gestacional

Cuando existe patología se deben agregar los diagnósticos correspondientes.

Si el niño presenta alguna patología, se enviará al cunero patológico, donde se iniciará su tratamiento de acuerdo a los protocolos vigentes para cada caso.

2.12 Recién nacido con riesgo neonatal

Se considera que un recién nacido presenta **Riesgo Neonatal** cuando reúne una o más de las condiciones enlistadas por lo que debe ser sometido a una vigilancia específica en su desarrollo psicomotor y continuar su atención en el servicio de pediatría ya que pueden condicionarse secuelas neurológicas.

1. Peso al nacer menor de 1 500 gramos
2. Peso inferior a - 2DS para su edad gestacional
3. Más de 7 días con examen neurológico anormal
4. Perímetro craneal superior o inferior a 2 DS
5. Bilirrubina superior a 25 mg / dl en RN a término
6. Insuficiencia respiratoria que amerita ventilación mecánica
7. Convulsiones
8. Apgar de 3 o inferior a los 5 minutos
9. Infección del sistema nervioso central
10. Patología cerebral en ecografía o TAC
11. Recién nacido de madre alcohólica o drogadicta
12. Recién nacido con hermano afectado con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia
13. Hermano gemelo si el otro reúne alguno de los criterios de inclusión
14. Pacientes afectados de enfermedades congénitas del metabolismo susceptibles de ocasionar déficit neurológico

2.13 Recién nacido sano

Si las condiciones de la madre lo permiten y una vez verificado el estado de salud del niñ@, iniciar la lactancia materna y trasladar al recién nacido junto a la madre en alojamiento conjunto. Se verifica el estado general del niñ@ en forma detallada por turno, se aplica la vacuna de BCG en hombro derecho y se da por vía oral

una dosis de Sabin, anotándose los datos en el expediente del niño, de acuerdo a la normatividad vigente. Se egresa junto con la madre.

2.14 TEORIA DE ENFERMERIA

14 NECESIDADES BASICAS

VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de Thorndike (psicólogo estadounidense) su experiencia en la enfermería de rehabilitación, el trabajo de Orlando en relación con la conceptualización de la acción propia de la enfermería (Orlando, 1961). Henderson puso de relieve el arte de la enfermería, identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, las puestas de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente, y la creación de conceptos de auto ayuda. Sus conceptos de autoayuda influyeron en el trabajo de Abdellah y Adams.

Henderson hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y publicó mucho a lo largo de esos años. Dirigió el Nursing Studies Index Project patrocinado por la universidad de Yale que dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e histórica de enfermería desde 1900 hasta 1959.

2.14.1 Fuentes teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la

National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

2.14.2 Tendencia y modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

2.14.3 Principales conceptos y definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los

seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

2.14.4 Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

2.14.5 Supuestos principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

2.14.6 Afirmaciones teóricas

2.14.6.1 Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

2.14.6.2 Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

2.14.6.3. Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

2.14.7 Método lógico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de sus modelos de los principios psicológicos y fisiológicos.

2.14.8 Conclusiones

Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrolló un concepto o definición personal que en

algunas ocasiones señalo que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde mi parecer tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspiradas por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas media los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología. Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como norte el aumento de la productividad y este se media a través de la atención al paciente.

Su definición se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, sin embargo, y estas serían meras especulaciones de la autora de esta monografía, la ubicaría desde el punto de vista filosófico en la filosofía existencialista, ya que ella estudia al ser desde el punto de vista del cuidado, este fomenta la independencia del paciente.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 ALCANCES Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se pretende con este trabajo recalcar la importancia en la atención del recién nacido, y que el personal que realiza esta actividad sea el adecuado o posea el suficiente conocimiento para dicha atención.

Así como valorar el tipo de infraestructura, equipo y material con el que se cuenta.

Con este estudio se pretende demostrar que el personal de enfermería se debe preparar día a día, para hacer frente a retos con los recién nacidos para que en un futuro estos no tengan secuela y sean niños con salud completa. El personal de enfermería, es el más organizado y se ha preocupado por mantenerse actualizado y aprender nuevas técnicas y métodos para la atención de los recién nacidos.

3.2 HIPÓTESIS

La falta de conocimiento influye en una buena atención al recién nacido en el área de tococirugía, aunado a la falta de material y equipo.

Los factores que limitan las intervenciones en el área de tococirugía son: el grado académico debido a que las intervenciones de enfermería en el recién nacido debe ser de alta especialidad.

El nivel de conocimiento debe ser continua y en especial el uso del proceso enfermero.

No se cuenta con el equipo y material adecuado y necesario para la atención al recién nacido.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación es con enfoque cualitativa porque se pretende identificar la naturaleza de los hechos con la realidad cambiante y dinámica, pretendemos describir e interpretar los fenómenos, con tipo de estudio descriptivo

3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

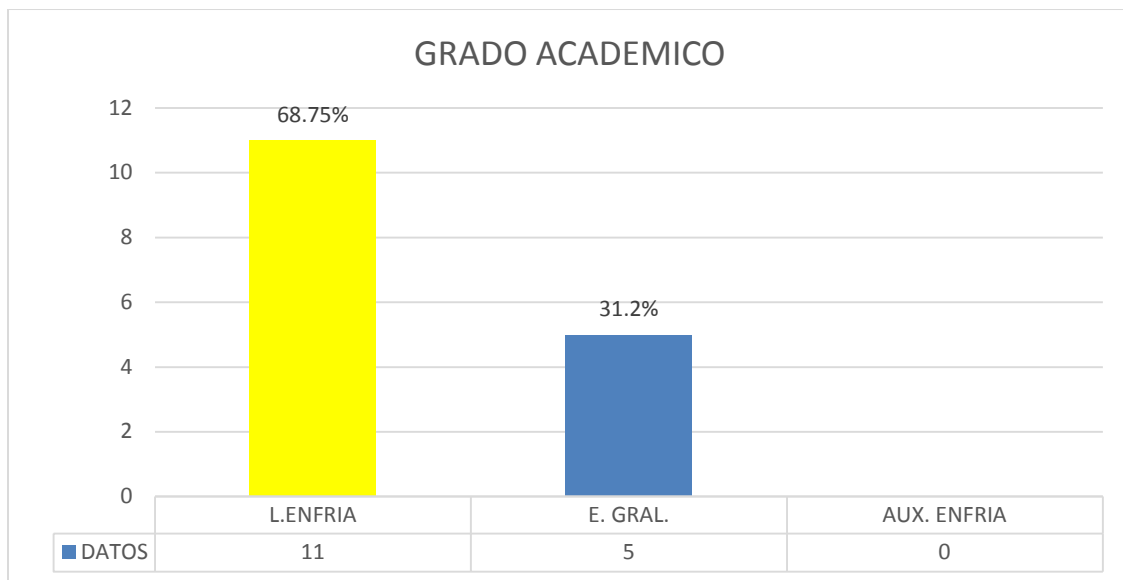
La población de estudio estuvo conformada por el personal de enfermería del Hospital General de Puerto Escondido de 70, tomando una muestra no probabilística de 16 enfermera, tomado por un método aleatorio simple.

CAPITULO V

4.1 PRESENTACIÓN DE DATOS.

La población incluida son 16 enfermeras del Hospital general de Puerto Escondido Oaxaca, donde analizaremos los factores que interviene en la buena atención del recién nacido en el servicio de Tococirugia.

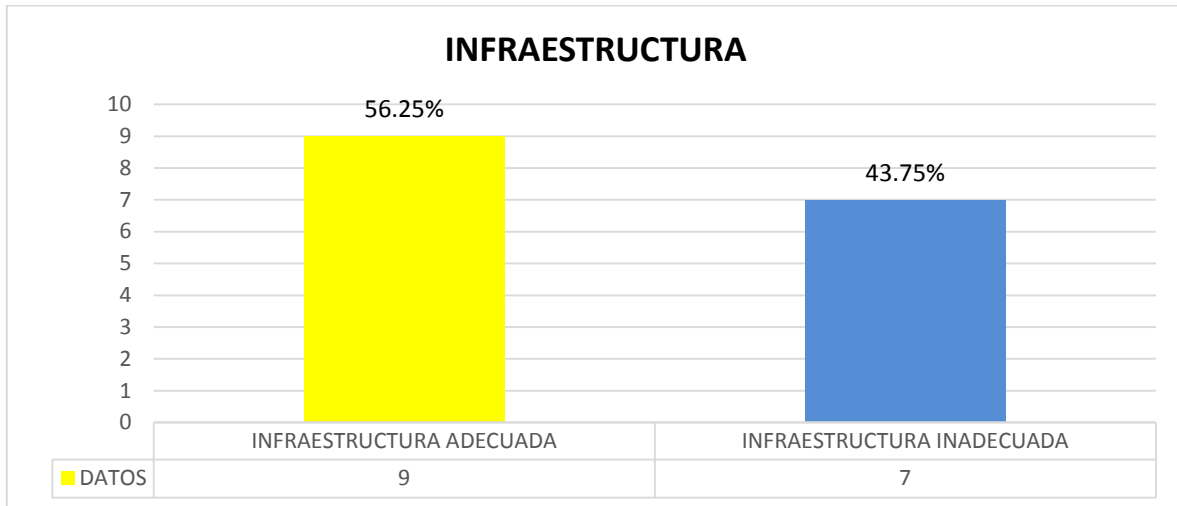
GRAFICA 1



FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

El personal que labora en el servicio de Tococirugía es personal profesional, en la gráfica vemos que el 68.75% son licenciadas (o) y el 31.25% Enfermera (o) General, donde se puede pensar que el personal asignado es el adecuado, los indicadores de la comisión permanente de enfermería estable en la actualidad que el personal que se debe colocar en el servicio de Tococirugía, es licenciada en enfermería o enfermera especialista. Cabe mencionar el personal debe cumplir con cierto requisitos profesionales, como el curso de reanimación neonatal, also, etc.

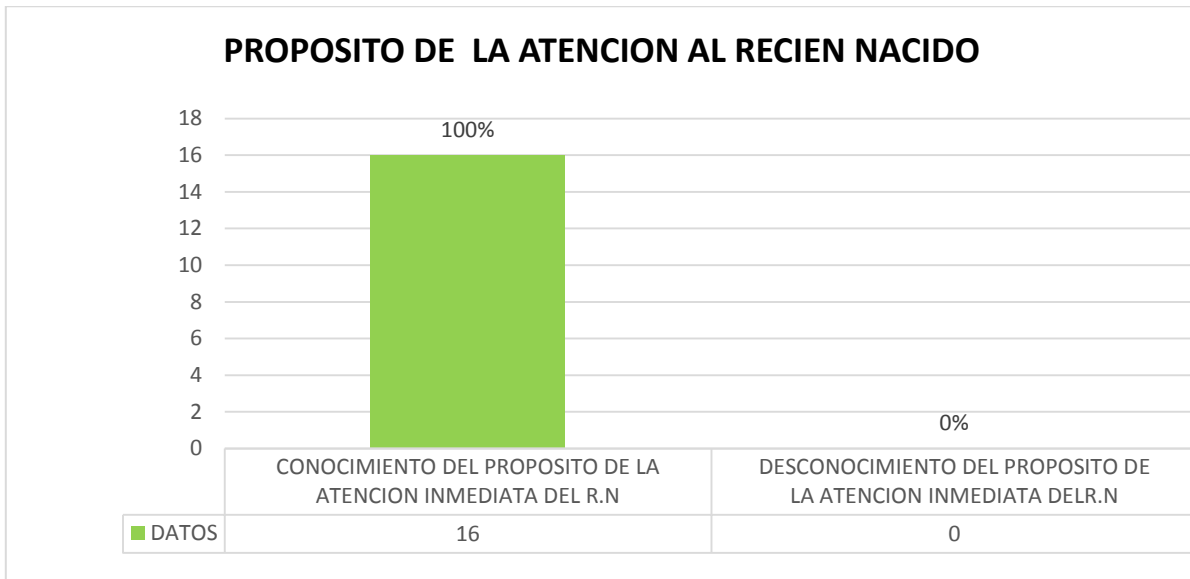
GRÁFICA 2



FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

Una de las características principales que deben cumplir los Hospitales antes de que se inaugure y empiece a funcionar, su buena estructura, cuenta con el material mínimo necesario para poder atender a los usuarios sin riesgo. En la gráfica observamos que la mayoría del personal encuestado responde que se cuenta con la estructura, equipo y material adecuado, 56.25% y el 43.75% menciona que la institución no cuenta con la estructura adecuada, equipo y material, desafortunadamente estos tipos de respuesta nos dice que no conocen el área, y esto puede ser un factor importante para no dar la buena atención y de manera oportuna al recién nacido.

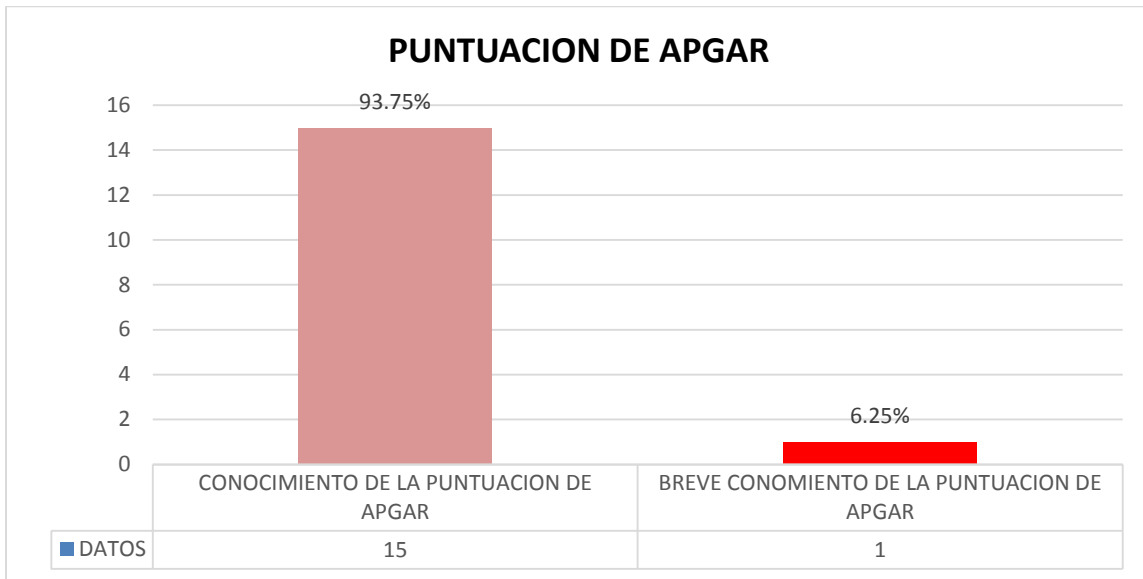
GRAFICA 3



FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

El propósito de la atención inmediata del recién nacido, es ayudarlo a que inicie su autonomía fisiológica en las mejores condiciones, para mantener y/o conservar su estado de salud, son acciones indispensable que se realizan en el servicio de Tococirugía en beneficio del recién nacido, el manual de reanimación neonatal en su 6ta edición nos da a conocer el protocolo de atención para el buen manejo. El personal de enfermería sabe cuál es el propósito de la atención del recién nacido, pero lamentablemente con esta respuesta no es lo mismo actuar.

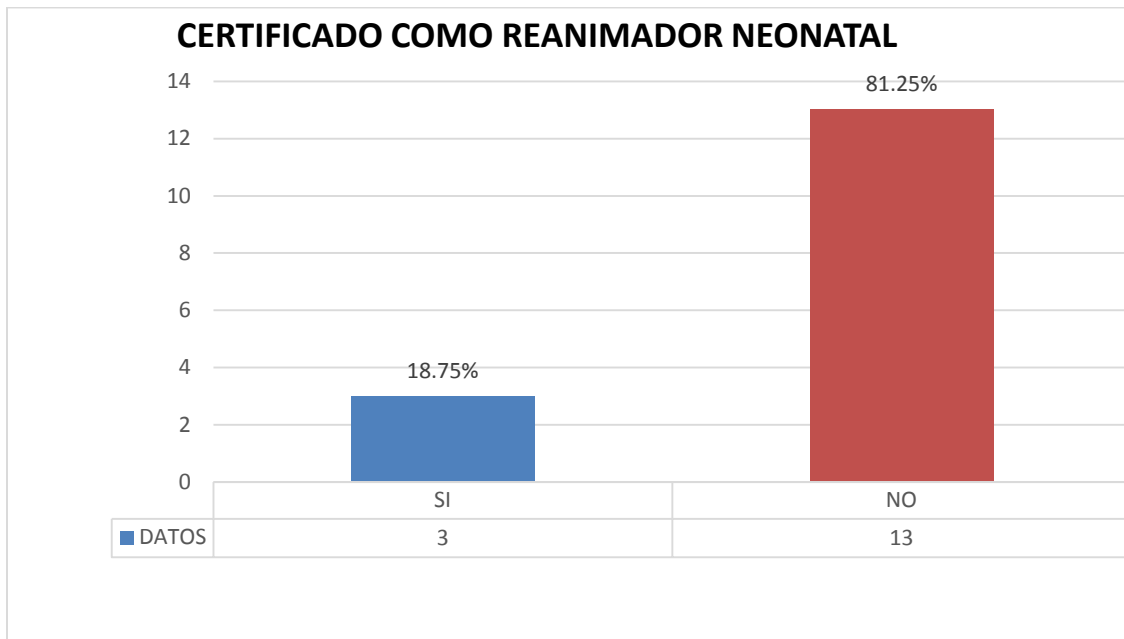
GRAFICA 4



FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

La Escala APGAR valora el estado general del paciente recién nacido, al minuto y a los 5 minutos, sus criterios son: Frecuencia Cardíaca, Esfuerzo Respiratorio, Tono Muscular, Reacción a estímulos y Coloración de la piel; se observa en la gráfica que la mayoría se sabe los parámetros, que no sería lo mismo observarlos de forma práctica en el recién nacido, durante la encuesta se les pregunta si saben identificarlos de acuerdo a los puntajes ya establecido desafortunadamente mencionan que no saben hacerlo adecuadamente, en el entendido que no es lo mismo saber los parámetros de memoria si no también identificarlos en forma práctica para que disminuir las complicaciones a los recién nacidos.

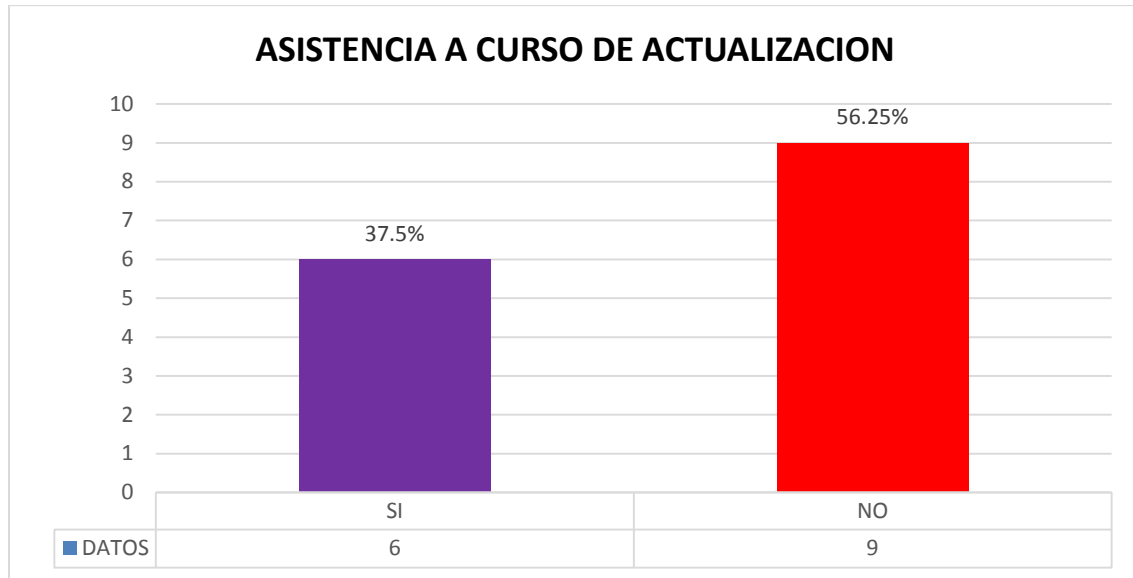
GRAFICA 5



FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

Los requisitos mínimos para garantizar la buena atención y minimizar las muertes a los recién nacidos con factores de riesgos es que el personal que se encuentra en el servicio de tococirugía esté certificado como reanimador neonatal y sepa qué hacer ante una urgencias. Observamos en la gráfica que la mayoría no está certificado, y se encuentran en estas áreas y que sólo tres enfermeras están certificadas, pero no es suficientes, por lo tanto, podemos decir que es otro de los factores primordiales para no brindar el cuidado adecuado a los recién nacidos, el desconocimiento sobre reanimación neonatal.

GRAFICA 6



FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

La continua actualización de las principales necesidades hospitalarias ayuda a que se garanticen las buenas atenciones a todos los pacientes, pero en especial los más vulnerables que son los recién nacidos. Se observa que la mayoría del personal encuestado no se ha actualizado, ha perdido el interés en acudir a los cursos que se imparten en las diferentes partes del estado de Oaxaca, se han publicado cursos de Reanimación neonatal, atención del recién nacido, urgencias obstétricas, etc., pero que tienen que ver con la atención de la madre y del recién nacido; la falta de actualización es un factor para no brindar una atención adecuada, ya que en ocasiones se realizan procedimientos obsoletos que no benefician a los pacientes.

Para cumplir con la búsqueda si el hospital cumple con el material mínimo necesario en el servicio de Toco-cirugía, se elaboró un guía de observación dando los siguientes datos:

RECURSOS	SI	NO
La iluminación es adecuada en el área de Tococirugía	X	
La ventilación es la adecuada		X
Existen tomas de aire	X	
Existen tomas de oxígeno	X	
Cuenta con cuna de calor radiante	X	
Cuenta con oxímetro de pulso neonatal en el área.		X
Cuenta en el área con bombas de infusión		X
Cuenta con carro rojo equipado	X	
Cuenta con mango de laringoscopio pediátrico	X	
Cuenta con hojas de laringoscopio del 00	X	
Cuenta con hoja de laringoscopio del 0	X	
Cuenta con hojas de laringoscopio 1	X	
Cuenta con cánulas endotraqueales del 2.5 D.I al 4.5	X	
Cuenta con catéter periféricos cortos del 19, 23 y 24fr	X	
Cuenta con catéteres umbilicales del 3.5 y 5	X	
El espacio donde atiende al recién nacido es suficiente		X
Cuenta con el apoyo médico calificado en caso necesario		X
El equipo médico es funcional con el que cuenta en el área		X
Cuenta con los medicamentos necesarios en el área	X	

FUENTE: Hospital General Puerto Escondido, del 07 al 28 de mayo del 2013.

El hospital no cuenta en su totalidad con el material necesario de acuerdo a la guía de observación, el poco EQUIPO Y MATERIAL con el que se cuenta es de pésima calidad, también se encontró que el equipo médico no está capacitado para atender a los recién nacidos.

El factor principal para no brindar la atención adecuada es la falta del material y equipo, haciendo adhesión a la falta de conocimiento por parte del personal de enfermería que se encuentra en el servicio.

CONCLUSIONES

En la actualidad es primordial hablar de calidad, pero lo más importante es hacerlo, aplicarlo a todos los usuarios que acuden a solicitar los servicios, como también a los que nacen dentro de la misma institución.

Para obtener los resultados se realizó la encuesta al personal de enfermería que se encuentra en el servicio de Tococirugía.

La buena atención de los recién nacidos depende en mucho que el personal tenga los conocimientos y capacitación necesaria, contar con el material mínimo necesario en el hospital.

En conclusión se encontró que el hospital no cuenta con todo el material mínimo necesario pero observamos que el personal de enfermería lo desconoce, a pesar que se encuentran siempre en el servicio, esto repercute ya que al momento que se requiere acuden a otro servicio y se pierde tiempo para la atención inmediata, es aquí cuando el recién nacido inicia con complicaciones.

Se encontró que el personal de enfermería es profesional su mayoría, esto nos debiera garantizar la buena atención de los recién nacidos, pero se encontró que solo tres están certificado como reanimadores neonatales, esto afecta en la atención inmediata a los recién nacidos, ya que de inicio no saben cómo actuar ante una urgencia, siendo importante hacer un programa de capacitación con tema central “reanimación neonatal” para garantizar la atención a los bebés nacidos en este hospital para disminuir la morbi-mortalidad neonatal.

Es preciso decir que el conocimiento y las buenas prácticas garantizan el cuidado, como también la satisfacción al usuario, y se disminuyen las complicaciones como también el incremento de ingresos, como los días de estancia en el hospital.

Se cumplió la hipótesis y objetivos planteados, ya que los factores son la falta de conocimiento, no contar con algunos materiales indispensables, con esto se procederá a realizar las gestiones para la compra del material y equipo, como

también hacer un programa de capacitación para el personal de enfermería que se encuentra en el servicio de tococirugía, para disminuir los riesgos a los recién nacidos, contar con personal calificado que garanticen la calidad del cuidado.

RECOMENDACIONES

Por los cambios realizados en los sistemas de salud, aunado a ello el constante cambio de la globalización en el mundo, ha estado afectando el estado de salud, de cada persona, el embarazo es parte de una naturaleza de la mujer, se da de manera natural y sin complicaciones, esto con tiempo ha cambiado por las múltiples complicaciones que presenta una mujer durante el embarazo y que afecta al bebé, por lo tanto el personal de salud debe estar preparado para poder actuar ante las complicaciones que se presenten.

Por eso la necesidad de crear los modelos de capacitación para el personal de salud que está directamente involucrado con la atención de las pacientes embarazadas y de los recién nacidos.

Con el estudio realizado se encontró que el personal carece de conocimientos básicos para la atención inmediata del recién nacido y de cómo actuar ante una urgencia, esto obliga a diseñar los cursos de “Cuidados inmediatos del recién nacido en el servicio de Tococirugía” y principalmente programar los cursos de reanimación neonatal para el personal de enfermería, con el fin de que todo personal que se designe al servicio sea certificado, para disminuir la morbi-mortalidad.

Gestionar en coordinación con la administración del hospital, los materiales y equipos faltantes, para brindar una atención de calidad.

Las compras del material y equipo sean de calidad para garantizar su funcionamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991;119:417-423.
2. Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infant by weight and gestational age. J Pediatr 71:161.
3. Capurro H, Konichezki S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia: A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J Pediatr 1978; 93:120.
4. Fetal Evaluation and Neonatal Care. Perinatal Education. University of Health Science Center. Charlottesville, Virginia. 1997.
5. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 1998.
6. Henderson, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Pag. 10, 11, 16.
7. Henderson, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.
8. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
9. Lawn J, McCarthy BJ, y Ross SR. The healthy newborn: a reference manual for program managers. CDC health initiative, 2001.
10. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3 ed. Barcelona: Masson; 2007.
11. Neonatal Resuscitation. American Academy of Pediatrics. American Heart Association. 1997.
12. Norma oficial mexicana 007 SSA2 - 1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y recién nacido.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Establece requisitos mínimos de estructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

14. Practice Guideline. Displasia of hip. American Academy of Pediatrics. 2000; 105: 896 – 905.
15. Riale M, Marriner T. Teorías y modelos en enfermería. 7 ed. España: Mosby; 2010.
16. Tamez, Silva. Enfermería en las unidades de cuidados intensivos neonatal: Asistencia del recién nacido del alto riesgo. 3 ed. Argentina: panamericana; 2008.

ANEXOS

ANEXO 1



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría**

Instrumento: Cuestionario para personal de enfermería asignado al servicio de Tococirugía.

Objetivo: Identificar los factores que limitan la buena atención del recién nacido.

CONSIDERACION ETICA: Todos los datos recabados serán confidenciales, se guardara en anonimato a las personas que los proporciona, únicamente se utilizaran para fines del estudio.

DATOS BIOESTADISTICOS.

EDAD _____ SEXO _____

GRADO ACADÉMICO: AUXILIAR () GENERAL () LICENCIADA ()
POSTECNICO () ESPECIALIDAD ()

Instrucciones: Lea detenidamente cada rublo y conteste lo que se le pide

1. La institución cuentan con la infraestructura, equipo y material adecuado para la atención del recién nacido.
 - a) Sí.
 - b) No.

2. ¿Cuál es el propósito de la atención inmediata al recién nacido?
 - a) Nada más para que lllore.
 - b) Ayudarle a quitarle las secreciones.
 - c) Es ayudarle a que inicie su autonomía fisiológica en las mejores condiciones, para mantener y/o conservar su estado de salud

3. ¿Cuándo se considera un recién nacido Sano?
 - a) Signos vitales y su actividad son normales, es de término, tiene peso adecuado para su edad gestacional
 - b) El peso es mayor a 3500 kg.
 - c) Respira y llora.
4. ¿A los cuantos minutos se hace la valoración de APGAR?
 - a) a los 2 minutos y a los 5 minutos
 - b) a los 1.5 minutos y 4 minutos
 - c) en el minuto uno y cinco minutos
5. ¿Cuáles son los puntos de la valoración de APGAR?
 - a) Frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, Tono muscular, Reacción a estímulos, coloración de piel.
 - b) Frecuencia cardiaca, aleteo nasal, tono muscular, irritabilidad refleja, piel.
 - c) Tono muscular, color de la piel, aleteo nasal, frecuencia respiratoria, esfuerzo respiratorio.
6. ¿Si el recién nacido tiene calificación de Apgar 0 – 3, se considera?
 - a) Sano
 - b) Enfermo
 - c) En riesgo
7. ¿está certificado como reanimador neonatal?
 - a) Si
 - b) No
8. ¿Sabe que es reanimación Neonatal?
 - a) Sí.
 - b) No

9. ¿Cuándo se dice que un niño está vigoroso?
- a) Después de cortar el cordón umbilical inicia respiraciones espontáneas con llanto fuerte, buen tono y buena coloración
 - b) Presenta cianosis distal y llanto
 - c) Tiene llanto débil, con cianosis distal.

10. ¿cuándo un recién nacido se considera con riesgo neonatal?
- a) Peso al nacer menor de 1 500 gramos, Más de 7 días con examen neurológico anormal, Bilirrubina superior a 25 mg / dl, Insuficiencia respiratoria, Convulsiones, Apgar de 3 o inferior a los 5 minutos.
 - b) Niño con peso mayor a 3500kg.
 - c) Todas las anteriores.

11. Describe las características del último curso que has realizado y la respuestas a las siguientes preguntas:

¿Nombre del curso?:

¿Duración?:

¿Lugar?:

¿Fecha?:

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION Y QUE TENGA UN EXELENTE DIA.

ENCUESTADOR: _____

ANEXO 2



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla Centro Interdisciplinario de Posgrados Investigación y Consultoría

Instrumento: Guía de observación para personal de enfermería asignado al servicio de Tococirugía.

Objetivo: Identificar los factores que limitan la buena atención del recién nacido.

RECURSOS	SI	NO
La iluminación es adecuada en el área de Tococirugía		
La ventilación es la adecuada		
Existen tomas de aire		
Existen tomas de oxígeno		
Cuenta con cuna de calor radiante		
Cuenta con oxímetro de pulso neonatal en el área.		
Cuenta en el área con bombas de infusión		
Cuenta con carro rojo equipado		
Cuenta con mango de laringoscopio pediátrico		
Cuenta con hojas de laringoscopio del 00		
Cuenta con hoja de laringoscopio del 0		
Cuenta con hojas de laringoscopio 1		
Cuenta con cánulas endotraqueales del 2.5 D.I al 4.5		
Cuenta con catéter periféricos cortos del 19, 23 y 24fr		
Cuenta con catéteres umbilicales del 3.5 y 5		
El espacio donde atiende al recién nacido es suficiente		
Cuenta con el apoyo médico calificado en caso necesario		
El equipo médico es funcional con el que cuenta en el área		
Cuenta con los medicamentos necesarios en el área		

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se detallaran las actividades a realizar para la obtención de datos

ACTIVIDADES	FECHAS PROGRAMADAS									
	28/09 /12	29/09 /12	05/10 /12	06/10 /12	12/10 /12	30/11 /12	07/12/1 2	11/12 /12	12/11 /12	14/12 /12
Identificar el problema										
Identificación del problema de investigación										
Selección del título de la investigación										
Planteamiento del problema										
Realizar la Justificación del tema										
Plantear la pregunta de investigación										
Determinar el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación										
Selección y análisis de las bibliografías										
Elaboración del Marco Teórico										
Plantear la Hipótesis										

ACTIVIDADES	FECHAS PROGRAMADAS					
	14/12/12	14/12/12	14/15/12	15/12/12	15/12/12	15/12/12
Descripción del tipo de investigación						
Describir el tipo de investigación, selección de técnicas, instrumentos						
Determinar la estrategia de recolección de información, procedimientos de captura, criterios de inclusión y exclusión.						
Selección de recursos materiales, financieros y técnicos						
Cronogramas de actividades						
Elaboración del Marco Metodológico						

ACTIVIDADES	FECHAS PROGRAMADAS				
	22-26 /04/13	27 de Abril al 10 de Mayo 2013	16-23 /08/13	23-27 /09/13	30/08/13
Elaboración de cuestionario					
Aplicación de encuesta					
Selección, vaciado y tabulación de información					
Elaboración del análisis de la encuesta.					
Construcción del capitulo del protocolo de investigación.					