



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN-MANAGUA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

Seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería Materno Infantil.

Línea de Investigación: Salud de la Niñez.

Tema: Conocimientos y prácticas del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas- II semestre 2019.

Autoras:

- Bra. López Calvo Yara Alejandra.
- Bra. Reyes Bermúdez Darling Karina.

Tutora: Msc. Sandra Reyes Álvarez.

Febrero, 2020.

Tema: Asfixia neonatal.

Tema Delimitado: Conocimientos y prácticas del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas- II semestre 2019.

Dedicatoria:

En primer lugar, agradecemos a nuestro Dios creador, por darnos sabiduría, paciencia y fortaleza en este arduo proceso de nuestra formación profesional, por día a día ayudarnos en todos los ámbitos necesarios para poder culminar la realización de nuestro trabajo investigativo y brindarnos la oportunidad de crecer y aprender como personas y como futuras profesionales a lo largo de nuestra vida universitaria.

De igual manera a nuestros padres por ser nuestro soporte y mostrarnos siempre su apoyo incondicional en todos los aspectos de nuestra formación, impulsándonos a seguir adelante en medio de las dificultades y exigencias que demandaba nuestro estudio universitario, gracias a ello el esfuerzo ha brindado frutos logrando así culminar una etapa muy importante para nuestras vidas y futuro.

Por último, nos es muy importante agradecer y reconocer el excelente trabajo de cada uno de nuestros docentes durante estos cinco años, por compartir su sabiduría y consejo para con nosotras y a nuestra tutora Msc. Sandra Reyes Álvarez, quien estuvo con nosotras brindados conocimientos de calidad para la realización y culminación de nuestro seminario de graduación.

López Calvo Yara Alejandra.

Reyes Bermúdez Darling Karina.

Agradecimiento:

Dedico este trabajo investigativo primeramente a Dios, por ser quien ha guiado mis pasos durante todo este proceso de formación profesional, ser mi fortaleza en los momentos de dificultad brindándome así la paciencia y sabiduría necesaria.

A mis padres por su comprensión, apoyo, amor, esfuerzo y sacrificio para que pudiese crecer como profesional y formarme dentro de valores espirituales y seculares sirviendo así con humanismo y amor a nuestra sociedad.

A mis docentes y tutora por compartir sus conocimientos de calidad, para que como futura profesional tenga las herramientas necesarias sirviendo a nuestra sociedad con humanismo y calidad.

Yara Alejandra López Calvo.

Dedico mi Seminario de Graduación primeramente a Dios, por guiarme cada día, brindarme paciencia, sabiduría y fortaleza en los momentos difíciles para continuar día a día a pesar de los obstáculos que se presentaron durante estos cinco años.

A mis padres y a mi esposo por su amor, su gran apoyo incondicional dentro de este proceso de formación profesional luchando junto a mi comprendiendo y entendiendo el sacrificio durante todo este periodo.

A mis docentes, por brindarme sus conocimientos y compartir sus experiencias para que de esta manera pueda crecer profesionalmente, de igual forma a mi tutora, que contribuyendo enormemente logrando terminar este estudio.

Darling Karina Reyes Bermúdez.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD "LUIS FELIPE MONCADA"
AÑO DE LA EDUCACIÓN CON CALIDAD Y PERTINENCIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN DOCENTE

El Seminario de Graduación, constituye la última actividad académica que realizaron los estudiantes de quinto año, de la carrera de Licenciatura en Enfermería Materno Infantil. Considero que las autoras del presente trabajo, han logrado cumplir con los propósitos fundamentales del Seminario de Graduación, al utilizar los conocimientos y experiencias producto de la Carrera, en la identificación, análisis y proposición de soluciones del tema en estudio.

El presente Seminario de Graduación realizado por las alumnas se titula:

TEMA Asfixia Neonatal.

SUBTEMA Conocimientos y prácticas del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas- II semestre 2019.

AUTORAS Bra. López Calvo Yara Alejandra.

Bra. Reyes Bermúdez Darling Karina.

Considerando que han cumplido con los requisitos científicos y metodológicos, se extiende el presente aval, que las acredita para realizar la defensa de su Seminario de Graduación.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 27 días del mes de enero del 2020.

Msc Sandra Reyes Álvarez

Tutora.

Resumen

Tema: Conocimientos y prácticas del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas- II semestre 2019.

Autoras: López Calvo Yara Alejandra; Reyes Bermúdez Darling Karina.

La asfixia neonatal representa una de las primeras causas de morbimortalidad a nivel internacional y nacional, siendo uno de los principales problemas de salud pública, con el objetivo de evaluar los conocimientos y práctica del personal de enfermería al neonato asfíctico se realizó un estudio con el tema “Conocimiento y práctica del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas- II semestre 2019”, ya que actualmente existe una incidencia significativa de muerte por asfixia, valorando así la calidad de conocimiento que posee el personal de enfermería y como estos a nivel práctico actúan para salvar la vida del recién nacido, permitiendo así proponer información que incida sobre las intervenciones de acuerdo a la práctica para dar respuesta a dicha problemática aumentando la posibilidad de sobrevivencia de todo bebé asfíctico que nazca en ese lugar. Este estudio es de enfoque cuantitativo, retro prospectivo, descriptivo, corte trasversal; la población de estudio fue de 5 Lic. que laboran en el área de labor y parto, los instrumentos fueron guía de encuesta 18 preguntas cerradas de selección múltiple y revisión documental compuesto por 29 ítem, para triangular la información se realizó la comparación de lo teórico-práctico a las variables de estudio: conocimiento científico sobre asfixia neonatal y técnica ABR y práctica en el manejo de recién nacido con asfixia. Predominando el sexo femenino, edad 46-55, procedencia urbana, 25 a 30 años de experiencia, estas poseen conocimiento sobre la asfixia, concepto, clasificación y parámetros a tomar en cuenta, respecto al conocimiento de la técnica ABR no manejan el orden a seguir, sin embargo en la práctica mediante revisión documental se encontró que aplicaron correctamente dicha técnica.. Es importante que el hospital continúe con capacitación sobre la asfixia neonatal y la aplicación correcta del ABR; al personal de enfermería cumplir con el rol de investigadores para mejorar la calidad y calidez en la atención.

Palabras Claves: Conocimiento, práctica, asfixia neonatal.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema	4
Justificación.....	5
Objetivos	6
Desarrollo del Sub Tema	7
1. Diseño metodológico	7
Enfoque de la investigación.....	7
Tipo de estudio	7
Área de estudio.....	8
Universo	9
Operalización de las variables	10
Criterio de inclusión	19
Criterios de exclusión	19
Técnica e instrumento de recolección de datos	19
a). Técnica.....	19
b). Instrumento	19
c). Guía de encuesta:	19
Validación de Instrumentos:.....	21
Prueba de jueces y pilotaje.	21
Método de recolección de la información	22
a) Guía de encuesta	22
b) Revisión documental	23
.Triangulación de la información.....	24
Consentimiento Informado	25
Presentación de la información.....	26
Variables en estudio	26

2. Marco Teórico	27
1. Situación demográfica y laboral del personal de Enfermería	27
1.1 Características sociales del personal de Enfermería	27
1.2 Características laborales del personal de Enfermería	28
2. Conocimiento científicos sobre Asfixia Neonatal.	29
2.3 Definición de Asfixia.	30
2.4. Clasificación de Asfixia Neonatal.	31
2.5. Parámetros para identificar la asfixia	31
2.6 Factores de riesgo asociados a la asfixia neonatal	35
2.6.2.1 Factores pre parto.....	36
2.6.2.1.1 Diabetes.....	36
Relación con asfixia neonatal.....	37
2.6.2.1.2 Preeclampsia:.....	37
Relación con asfixia neonatal.....	38
2.6.2.1.3 Infecciones maternas	38
Relación con asfixia neonatal.....	39
2.6.2.1.4 Hidramnios u Oligoamnios.....	39
Relación con asfixia neonatal	39
2.6.2.1.5 Ruptura prematura de membranas	39
Relación con asfixia neonatal.....	39
2.6.2.1.6 Consumo de drogas	40
Relación con asfixia neonatal (Consumo de drogas)	40
2.6.2.1.8 Anemia:	40
Relación con asfixia neonatal.....	41
2.6.2.1.9 Retardo del crecimiento fetal	41
Relación con asfixia neonatal (Retardo del crecimiento fetal).....	41
2.6.2.1.10 Macrosomía fetal	41
Relación con asfixia neonatal.....	41
2.6.2.2Factores de riesgo Intra Parto	42
2.6.2.2.1 Presentaciones anormales	42
Relación con asfixia neonatal (Presentaciones anormales).....	42
2.6.2.2.2 Parto Prematuro	42
Relación con asfixia neonatal.....	42
2.6.2.2.3 Sufrimiento fetal agudo	43
Relación con asfixia neonatal.....	43

2.6.2.2.4 Líquido Amniótico	43
Relación con asfixia neonatal.....	43
2.6.2.2.5 Prolapso de Cordón	44
2.6.2.2.6 Circulares irreversibles	44
Relación con asfixia neonatal (Prolapso de Cordón)	44
2.6.2.2.7 Desprendimiento prematuro de placenta:	44
2.6.2.2.8 Placenta Previa:	44
Relación con asfixia neonatal.....	45
2.6.2.2.9 Trabajo de parto prolongado.....	45
Relación con asfixia neonatal.....	45
3. Valorar la práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia neonatal	46
3.1 Definición	46
3.2 Evaluación rápida.....	46
3.3 Algoritmo de ABR- Plan de acción.....	51
3.4 Etapas del ABR	54
3.4.1 Preparación para el nacimiento	54
3.4.2 Cuidados esenciales maternos / MATEP	55
3.4.3 Ayudar al bebé a respirar/Minuto de Oro.....	56
3.4.4 Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales	57
3. Análisis y Discusión de los resultados	58
Figura N° 1 Años de Experiencia del Personal de Enfermería.	58
Figura N° 2 Edad del Personal de Enfermería.	59
Figura N° 3 Lugar de Procedencia del Personal de Enfermería.	60
Figura N° 4 Sexo y Conocimiento del Concepto de Asfixia Neonatal del Personal de Enfermería.....	61
Figura N° 5 Como se Clasifica la Asfixia Neonatal y Años de Experiencia Laboral del Personal de Enfermería.	62
Figura N° 6 Edad del personal de Enfermería y conocimiento sobre los parámetros prepartos.	64
Figura N° 7 Conocimiento del personal sobre el concepto de valoración APGAR.....	66
Figura N° 8 Conocimiento del Personal de Enfermería sobre los Parámetros que se valoran en el APGAR. 67	
Figura N° 9 Factores de Riesgo Preparto	69
Figura N° 10 Factores de Riesgo Intraparto.	71

Figura N° 11	Conocimiento del Personal de Enfermería sobre el concepto de ABR	73
Figura N° 12	Práctica en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal por el personal de enfermería sobre la Evaluación Rápida.	74
Figura N° 13	Algoritmo de ABR-Plan de Acción.	76
Figura N° 14	Etapas del ABR aplicadas por el personal de Enfermería.....	78
Figura N° 15	Conocimiento del personal de Enfermería sobre cuidados esenciales MATEP.....	79
Figura N° 16	Triangulación de la técnica ABR con guía de encuesta y revisión documental.....	81
Conclusiones	83
Recomendaciones	84
Bibliografía	85
Anexos	89

Índice de Tablas:

1. Años De Experiencia Laboral Del Personal De Enfermería.....	106
2. Edad del personal de enfermería.....	106
3. Lugar de procedencia del personal de enfermería.....	107
4. Sexo y conocimiento del concepto de asfixia neonatal.....	107
5. Conocimiento y año de experiencia del personal de enfermería sobre la clasificación de la asfixia neonatal.....	108
6. Edad del personal de enfermería y conocimiento sobre los parámetros preparto para la identificación de la asfixia.....	108
7. Conocimiento Sobre El Concepto Apgar.....	109
8. Conocimiento del personal de enfermería sobre los parámetros que se valoran en el Apgar.....	110
9. Factores de riesgo preparto asociados a la asfixia neonatal.....	110
10. Factores de riesgo intraparto asociados a la asfixia neonatal.....	111
11. Conocimiento del personal de enfermería sobre el concepto de ABR.....	112
12. Práctica en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal por el personal de enfermería.....	112
13. Práctica y sexo del personal de enfermería en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal...	113
14. Etapas del abr aplicadas por el personal de enfermería.....	113
15. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados esenciales MATEP.....	114
16. Triangulación de la técnica abr con guía de encuesta y revisión documental	114

Índice de Figuras

Figura N° 1	Años de experiencia del personal de Enfermería.....	58
Figura N° 2	Edad del personal de Enfermería.....	59
Figura N° 3	Lugar de procedencia del personal de Enfermería.....	60
Figura N° 4	Sexo y conocimiento del concepto de Asfixia Neonatal del personal de Enfermería.....	61
Figura N° 5	Como se clasifica la asfixia neonatal y años de experiencia laboral del personal de Enfermería.....	62
Figura N° 6	Edad del personal de enfermería y conocimiento sobre los parámetros prepartos.....	64
Figura N° 7	Conocimiento del personal sobre el concepto de valoración apgar.....	66
Figura N° 8	Conocimiento del Personal de Enfermería sobre los Parámetros que se valoran en el APGAR.....	67
Figura N° 9	Factores de riesgo Parto.....	69
Figura N° 10	Factores de riesgo Intraparto.....	71
Figura N° 11	Conocimiento del personal de enfermería sobre el concepto de ABR.....	73
Figura N° 12	Conocimiento del personal de Enfermería sobre la evaluación rápida.....	74
Figura N° 13	Algoritmo de ABR-plan de acción.....	76
Figura N° 14	Etapas del abr aplicadas por el personal de Enfermería.....	78
Figura N° 15	Conocimiento del personal de Enfermería sobre cuidados esenciales MATEP.....	79
Figura N° 16	Triangulación de la técnica ABR con guía de encuesta y revisión documental.....	81

Introducción

La asfixia neonatal es una agresión que se da hacia el feto o al recién nacido por la falta de oxígeno o de una perfusión tisular inadecuada, la cual conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa lo que produce secuelas en el mismo e inclusive hasta la muerte. Según las nuevas cifras la mortalidad neonatal existe un promedio de 41%, es decir las tres cuartas partes de muerte neonatal a nivel internacional, de los cuales hay tres causas principales que conllevan a esta cifra los cuales son: Partos prematuros con un 29%, seguido de la asfixia 23% e infecciones graves tales como sepsis y neumonía un 25%. (Organización Mundial de la salud, 2014)

Durante los últimos 10 años en Nicaragua se ha registrado una disminución del 50% en los casos de muertes neonatales, se detalla que en el 2017 la tasa de mortalidad se redujo en un 3.91%, sin embargo la asfixia sigue siendo una de las principales causas que conllevan a la morbimortalidad neonatal ya que se reporta en un 6.5% , siendo severa en un 2% y moderada un 4.5%, con una letalidad del 31% al 66% de manera general, siendo mayor en los RN pretérmino y en los casos en que el episodio se prolonga más de los 5 minutos siendo el cuarto nivel como causa de muerte neonatal. (Quezada, 2014).

Por lo cual es importante que el equipo de salud esté preparado ante todo nacimiento tanto a nivel teórico para conocer qué condiciones o patologías que llevan a un recién a sufrir asfixia neonatal y a nivel práctico para tratar inicial y oportunamente cualquier complicación que pueda presentarse, ya sea en el periodo parto o en el intraparto y evitar así resultados negativos madre- hijo. (García, Martínez, Arnáez, Valverde, & Quero, 2008)

Según CEPAL, (2018) la PNDH tiene como propósitos fortalecer la calidad de atención y seguir reduciendo la mortalidad infantil y mejorar la calidad de los servicios en el país. Tomando como línea de investigación de la carrera, salud de la niñez, con enfoque en la asfixia neonatal, se acudió al Hospital Gaspar García Laviana ubicado en el departamento de Rivas, con el objetivo evaluar el conocimiento y práctica que posee el personal de enfermería sobre la asfixia neonatal y la aplicación de la técnica ABR, ya que es una unidad sin investigaciones previas sobre este tema y es por tal razón que nace la necesidad del estudio.

Antecedentes

a. Internacionales

El 71% de las tasas de muertes infantiles tienen lugar en la etapa neonatal, en los países de América Latina y el Caribe, el 29% de las muertes corresponde a la asfixia neonatal. (OMS, 2010).

Jaramillo, (2010) en Loja – Ecuador, realizó un estudio cuantitativo con la finalidad de determinar la forma en la que está funcionando el Área neonatal, lo cual se planteó la ejecución del estudio sobre la Capacidad Resolutiva en Reanimación Neonatal en los Centros de Salud del Área No. 9 del Ministerio de Salud Pública, del cantón Quito; se realizó a través de la aplicación de encuestas, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: nivel de conocimientos del personal de Enfermería: bueno (38%), 25 % regular, 15 % No contesta, el 13% Insuficiente; y, el 9% Muy Bueno. Se evidenció mejora en los conocimientos adquiridos en el personal que conforma el equipo de salud de los diferentes Centros. Es así que las Enfermeras, obtuvieron 5 % sobresaliente, 35 % muy bueno, 50 % bueno y 10 % regular; y, las Auxiliares de Enfermería 75 % Bueno y 25 % regular, conocen los términos técnicos.

Campodónico Pintado & Rojas Pinday, (2016) en Utcubamba- Perú, realizaron un estudio sobre la Reanimación Neonatal, en donde se necesitó personal con conocimientos, destrezas y actitudes que permitan ejecutarla de manera rápida, oportuna y eficaz; situación que llevó a investigar: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de salud sobre reanimación neonatal del Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol – Utcubamba, 2016? El objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud; dicha investigación fue de tipo cuantitativo, correlacional, de corte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 19 profesionales de salud según criterios de inclusión establecidos, la técnica se recolectaron los datos fue la encuesta y los instrumentos fueron: un cuestionario estructurado y un test de Likert, ambos validados por una prueba piloto. Los resultados se analizaron con la prueba estadística Tau-b de Kendall, en donde: el 47,4% de los profesionales de la salud con un nivel de conocimiento bueno tienen una actitud positiva, el 5,3% a pesar que tiene un nivel de conocimiento malo, tienen una actitud positiva.

b. Nacionales

Ponce Narváez & Ponce Narváez., (2009) en Cárdenas- Nicaragua, realizaron un estudio en donde se desarrolló un modelo clásico no experimental que permitió evaluar el nivel de conocimientos relacionados con la reanimación neonatal de los profesionales y técnicos del servicio de perinatología del Hospital Territorial del municipio de Cárdenas. La muestra utilizada estuvo compuesta por el total de trabajadores, profesionales y técnicos del servicio de perinatología (n: 40) del Hospital Territorial de Cárdenas, aplicándose un instrumento (encuesta), constituido por 2 factores, 9 variables y 22 ítems de respuestas. Se pudo constatar que en todas las categorías existen dificultades con los conocimientos relacionados con la reanimación neonatal, en donde los licenciados en enfermería obtuvieron 36,11 %, las enfermeras con Post Básico el 44,4% y el grupo con peores resultados fueron las enfermeras con curso básico que solo tuvieron el 16,6% de respuestas satisfactorias. En general solo se alcanzaron el 42,2 % de respuestas satisfactorias. Los resultados de la evaluación del nivel de conocimiento se valoran de malo, ya que menos del 70% alcanzó resultados satisfactorios en ninguno de los factores e indicadores definidos en el estudio.

Gutiérrez Nicholson, (2007) realizó un estudio evaluativo, en Hospital Regional de Bluefields, RAAS, con el tema conocimiento y aplicación de la guía de atención de asfixia neonatal, en donde se aplicó una entrevista al personal del hospital y una guía de revisión documental de los expedientes clínicos, los principales resultados encontrados reflejan que el nivel de conocimiento fue bueno y regular en donde las enfermeras auxiliares obtuvieron un 50.9% bueno y regular un 27.4%, a pesar de tener un nivel de conocimiento bueno según los expedientes clínicos en 66% del personal no consignan en los expedientes los procedimientos realizados en la reanimación a la hora de la atención del recién nacido con asfixia.

Planteamiento del problema

a) **Caracterización del problema:** En Nicaragua la asfixia neonatal constituye una de las principales causas de mortalidad neonatal, para el año 2015 se realizó un estudio sobre los factores de riesgo relacionados con la asfixia en donde refleja que el 26.7 por cada 1,000 nacidos vivos con una mortalidad de 59.4 de cada 1,000 con una tasa de letalidad 35.08%, en nuestro país la frecuencia es de un 6.5 de los nacidos vivos, siendo severa un 2% y moderada 4.5% (Moraga Sanchez & Soza Torrez, 2015).

Por otro lado, el Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua, 2018 el cual se rige por el Ministerio de Salud encontró que entre las causas de mortalidad a nivel nacional para los años 2017 y 2018 la asfixia era uno de los factores incidentes con el total de 141 defunciones neonatales para un 0.2%.

b) **Delimitación del problema:** En el departamento de Rivas según estudios realizados por (MINSA, 2018) encontró que las complicaciones en el recién nacido constituyó uno de los mayores números de ingreso hospitalario entre el año 2017 y 2018 en el cual la asfixia se encuentra con una prevalencia de 94 casos que representan un 1.5%, por otro lado en el año 2018 se presentó una incidencia de fallecimiento 48.3 por cada 10,000 y entre las causas está la asfixia neonatal con 4 casos ósea un 0.7%.Lo anterior refleja la importancia de que el personal de enfermería este capacitado en la realización de la estrategia ABR, con la finalidad de brindar cuidados básico inmediatos que pueden reducir las cifras anteriormente mencionadas.

c) Formulación del problema

¿Cómo es el Conocimiento y práctica del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana Rivas- II semestre 2019?

d) Sistematización del problema

1. ¿Cuál es la situación demográfica y laboral del personal de enfermería?
2. ¿Cuál es el grado de conocimientos científicos que maneja el personal de enfermería sobre asfixia y la técnica ABR?
3. ¿Cómo es el manejo de recién nacidos con asfixia?

Justificación

Durante el año 2011, se estimó que alrededor de 135 millones de bebés nacieron vivos a nivel mundial de los cuales 3 millones de ellos fallecieron, lo que constituye aproximadamente el 43% de mortalidad en el mundo, tres son las principales causas que constituyen este problema en donde la asfixia ocupa el tercer lugar a nivel internacional con una incidencia del 23% , de estos más de un millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia desarrollan complicaciones a nivel neurológico, teniendo en cuenta que existen diferentes factores asociados a esta problemática en donde en el periodo pre parto se presentan en un (20%) y en el intraparto un (70%). (MINSA, 2013).

En el departamento de Rivas según estudios realizados por (MINSA, 2018) encontró que las complicaciones en el recién nacido constituyó uno de los mayores números de ingreso hospitalario entre el año 2017 y 2018 en el cual la asfixia se encuentra con una prevalencia de 94 casos que representan un 1.5%, por otro lado en el año 2018 se presentó una incidencia de fallecimiento 48.3 por cada 10,000 .La prevención de estos eventos se pueden lograr si el personal de salud tanto médicos como enfermeros(as) asisten de forma oportuna y adecuada a madre-hijo ya sea que se presente en el preparto o en el intraparto, es decir deben de conocer aquellos factores o problemas que desencadenan directamente la asfixia neonatal y de presentarse en el parto realizar maniobra de ABR adecuadas ya que muchas veces no todo el personal está capacitado para aplicarlo.

El Hospital Gaspar García Laviana es una unidad de salud en donde existe una incidencia significativa de muerte neonatal por asfixia y es por ello que el presente estudio permitirá a valorar la calidad de conocimiento que posee el personal de enfermería y como estos a nivel práctico haciendo uso de la técnica ABR actúan para salvar la vida del recién nacido, además beneficiará al aportar información que incida sobre las intervenciones de acuerdo a la práctica para dar respuesta a dicha problemática aumentando la posibilidad de sobrevivencia de todo bebé asfíctico que nazca en ese lugar. A nivel institucional podrá brindar herramientas de evaluación profesional, siendo así cada uno de estos trabajadores medirá su capacidad teórica-práctica. Además, poder brindar aportes con bases para estudios posteriores sirviendo de referencia para el seguimiento e investigación sobre la asfixia neonatal.

OBJETIVOS

General

Evaluar el conocimientos y prácticas del personal de Enfermería sobre el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas- II semestre 2019.

Específicos

1. Describir la situación demográfica y laboral del personal de Enfermería.
2. Analizar el conocimiento científico que maneja el personal de Enfermería sobre la asfixia neonatal y la técnica ABR.
3. Valorar la práctica del personal de Enfermería en el manejo de recién nacidos con asfixia neonatal.

Desarrollo del Sub Tema

1. Diseño metodológico

La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva, retro prospectiva y de corte transversal.

1.Enfoque de la investigación

1.1 Enfoque Cuantitativo

Cuantitativa: "Utiliza la recolección de datos cuantitativos con base a la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías". (Hernández, Collado, & Baptista, 2014, Pág.37)

Este estudio fue cuantitativo, el cual permitió medir y analizar datos de forma numérica, conceptual y científica de los conocimientos y práctica que tiene el personal de enfermería sobre asfixia neonatal del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, lo que es de gran importancia ya que aportó evidencias en relación a lo encontrado en la investigación de acuerdo al tema de estudio, en donde se apoyó de técnicas de recolección de datos como lo es la encuesta ,que se aplicó al personal de enfermería para analizar el conocimiento científico que posee sobre la asfixia neonatal, por otro lado se encontró información valiosa a través de la revisión documental a expedientes de recién nacidos que hayan presentado asfixia al nacer y valorar como el personal de enfermería aplicó la técnica de ABR.

2.Tipo de estudio

a). Según análisis y alcance de los resultados

2.1 Descriptiva: Según Hernández, Fernández, & Baptista (2014) define un estudio descriptivo, "como el que busca especificar propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos o de cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". (Pág.125)

Está dirigido a determinar "como es "o "como está", la situación de las variables que se estudiarán en una determinada población.

La presente investigación fue de carácter descriptivo, porque busca evaluar los conocimientos y práctica que tiene el personal de enfermería sobre asfixia neonatal en sala de labor y parto.

b). Según el tiempo de ocurrencia de los hechos

2.2 Retro prospectivo: Según Pineda & Alvarado (2008) lo definen como “aquellos en lo que el investigador indaga sobre hechos que acontecieron en el pasado y los efectos de los mismos que se analizan en el presente”.

Dicho estudio se realizó de tipo retro prospectivo ya que se recolectó la información a través de la revisión documental con casos ocurridos entre el primer y segundo semestre del año 2018 y 2019, en recién nacidos que hayan requerido ABR (retro), lo que permitió valorar como se aplicó la técnica ABR por el personal de enfermería; posteriormente se dio seguimiento según el tiempo a la población de estudio tomando datos como la situación demográfica y laboral, analizando el conocimientos científicos que maneja el personal de enfermería sobre asfixia neonatal a través de una guía de encuesta que se aplicó durante nuestro periodo de investigación (prospectiva), comparando el conocimiento con la práctica tomando información de hechos ocurridos en el pasado y recolectando información sobre el conocimiento de dicho tema dando así salida a nuestro estudio.

C. Según el periodo o secuencia del estudio

2.3 Transversal: Estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (Pineda, Alvarado, & Canales, 2008).

Este estudio fue transversal ya que se hizo un corte en el tiempo con el propósito de recoger y analizar la información en un momento determinado, en el caso de esta investigación, las variables se estudiaron partiendo del periodo 2019, haciendo un corte en el tiempo comprendido de octubre a diciembre 2019.

3. Área de estudio

a). Macro localización

El estudio se realizó en el departamento de Rivas, en el Hospital Gaspar García Laviana, el



cual es un Hospital público, ubicado en el kilómetro 111 salida del municipio de Tola, administrado por el Ministerio de Salud (MINSA) con una área de influencia de 172,119 habitantes, atiende a los diez municipios que son: Tola, Belén, Potosí, Buenos Aires y Cárdenas con una dotación de 185 camas sensibles, 5 quirófanos y brinda servicios de laboratorio, cirugía general, especialidades de pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía general, ortopedia, nutrición, odontología, entre otras. El promedio de los trabajadores es de 374 de estos 45 médicos, 107 enfermeras (o) auxiliares y profesionales, 31 licenciadas en enfermería ,116 servicios generales, 8 de otros profesionales de salud y 67 son administrativos.

b). Micro localización: Hospital Gaspar García Laviana, el estudio se realizó en el área de labor y parto localizada al este de la unidad de cuidados intensivos, la cual es una unidad cerrada y restringida, cuenta con 2 expulsivos y 1 cuna térmicas, cuenta con sala de pre labor con un total de 5 camas y con un espacio para brindar cuidados en el puerperio inmediato con un total de 3 camas. En dicha sala laboran 5 licenciadas en enfermería entre ellas materno infantil y obstetras que laboran en turnos diferentes, además con médicos especialistas en ginecología y médicos internos, para septiembre del 2005, hubo un total de parto de 2,395 de los cuales 773 eran cesárea y 1,662 eran vaginal. Para el reciente año 2019 durante el periodo del segundo semestre que comprende de Julio a noviembre se registra un total de partos vaginales de 593, por otro lado, se presentó un total de asfixia moderada de 13 y de asfixia severa 2 estos incluyen partos vaginales y vía cesárea.

4. Universo: Es el conjunto de individuos u objetos de lo que se desea conocer algo en la investigación, lo cual puede representar determinadas características. (Pineda, Alvarado, & Canales, 2008), en este estudio el universo estuvo comprendido por 5 licenciadas en enfermería que laboran en la sala de labor y parto y de 12 expedientes de recién nacidos que hayan requerido ABR en la sala de labor entre el primer y segundo semestre del año 2018 y 2019 aplicados por el personal de enfermería.

5.Operacionalización de las variables

Variable	Sub Variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
1. Situación demográfica y laboral del personal de enfermería.	Características demográficas.	Edad	< 25 25-35 36-45 46-55 >55		Guía de encuesta
		Sexo	Femenino Masculino		
		Lugar de procedencia	Urbano Rural		
	Características Laborales.	Años de experiencias de laborar en la sala de labor y parto.	< 4 5-10 11-16 17-24 25-30 >31		
		Educación continua	Si No		
2. Conocimiento científico sobre asfixia neonatal y la técnica ABR.	Conocimiento	¿Qué es la asfixia neonatal?	a) Es una enfermedad que se caracteriza por la elevación máxima del intercambio gaseoso y a nivel de la placenta o de los pulmones y que afecta tanto a la bebé como a la madre. b) Es un síndrome caracterizado por la suspensión o la grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones. c) Este se presenta durante el periodo del parto debido a la disminución de oxígeno por anomalías del recién nacido. d) Respuesta A y B son correcta. e) No sé.	Respuesta B. Valor de 5.55 puntos.	Guía de encuesta.

Variable	Sub Variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
2. Conocimiento científico sobre asfixia neonatal y la técnica ABR.	Conocimiento	¿Cómo se clasifica la asfixia neonatal?	<ul style="list-style-type: none"> a) Asfixia aguda y crónica. b) Asfixia sindrómica y no sindrómica. c) Asfixia Leve-Moderada y grave. d) Asfixia tipo 1, tipo 2 y tipo 3. e) No sé. 	Respuesta C. Valor de 5.55 puntos.	Guía de encuesta.
	Parámetros para identificar la asfixia.	Preparto	<ul style="list-style-type: none"> a) Modificaciones del ritmo cardiaco fetal, disminución de la actividad fetal, salida de líquido amniótico con meconio. b) Salida de mucho líquido amniótico, alteración de la actividad fetal, bradicardia. c) P/A materna mayor de 120 sistólica y 90 diastólica, FCF mayor de 160, disminución de la actividad fetal. d) A y B son correcto. e) No sé. 	Respuesta A. Valor de 5.55 puntos.	
		Intraparto	¿Qué es la valoración Apgar?	<ul style="list-style-type: none"> a) Método de preparación del estado general del recién nacido que se realiza en el primer minuto de vida. b) Evaluación del estado neurológico del recién nacido, que se efectúa al primer y quinto minuto de vida del recién nacido. c) Evaluación del estado general del recién nacido, y no se debe usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal, se efectúa en el primer y quinto minuto de vida. d) Es un medio diagnóstico que se implementa para tomar medidas de reanimación cardiopulmonar neonatal y salvar la vida o recuperar el estado normal de recién nacido. e) No sé. 	

Variable	Sub Variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
2. Conocimiento científico sobre asfixia neonatal y la técnica ABR.	Parámetros para identificar la asfixia.	¿Cuáles son los parámetros que se valoran en el Apgar?	<ul style="list-style-type: none"> a) Frecuencia cardiaca fetal, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color. b) Respiración, color, tiraje intercostal, irritabilidad refleja y tono. c) Aleteo nasal, frecuencia cardiaca, tiraje intercostal, tono, irritabilidad refleja. d) Temperatura, color, reflejos, tono y tiraje intercostal. e) No sé. 	Respuesta A. Valor de 5.55 puntos.	Guía de encuesta
	Técnica ABR.	¿Qué es el ABR?	<ul style="list-style-type: none"> a) Es un método que se utiliza para valorar el estado general del recién nacido. b) Es una estrategia sobre resucitación neonatal en circunstancias de recursos limitados, que merece recibir una evaluación inicial y cuidados básicos inmediatos que puedan salvar la vida. c) Es una técnica básica con instrumental necesario para salvar la vida del recién nacido. d) Es una estrategia que se utiliza para salvar la vida del recién nacido y recuperar su estado de salud y que puede ser aplicado por todo el personal de salud. e) No sé. 	Respuesta B. Valor de 5.55 puntos.	Guía de encuesta
	Evaluación rápida	¿Qué se realiza según su orden si el líquido está teñido de meconio?	<ul style="list-style-type: none"> a) Secar, despejar vías aéreas, colocar en cuna térmica. b) Despejar vías aéreas, secar, tomar temperatura. c) Despejar vías aéreas, succión boca y nariz. d) B y C son correctas. e) No sé. 	Respuesta C. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.

	Evaluación rápida	¿Si está respirando o llorando que se hace?	<ul style="list-style-type: none"> a) Manténgalo abrigado, revise la respiración, posicione la cabeza, despejar las vías respiratoria, ventile con bolsa y mascarilla, está la frecuencia cardiaca norma o lenta, pida ayuda. b) Despejar vías respiratorias, posicione la cabeza, revisar la respiración, revisar la frecuencia cardiaca y pedir ayuda. c) Posicionar la cabeza, tomar la temperatura rectal, despejar la vía aérea, revisar la FCF, dar reanimación y mantenerlo abrigado. d) A y B son correcta. e) No sé. 	Respuesta A. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.
	Evaluación rápida	¿Tiene buen tono muscular?	<ul style="list-style-type: none"> a) No sostiene piernas ni brazos cerca del cuerpo, músculos débiles, flácidos y no respira bien. b) Tiene buen reflejo de agarre, buen ritmo cardiaco y respira bien. c) Sostiene las piernas y los brazos apretados cerca del cuerpo, las rodillas y codos doblados, músculos fuertes y buena respiración. d) Todas las anteriores pueden ser una opción. e) No sé. 	Respuesta C. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.
	Algoritmo de ABR-Plan de acción.	¿Si hay meconio que hacer?	<ul style="list-style-type: none"> a) Secar cara, estimular. b) Despejar vías aéreas, seque completamente. c) Seque completamente, pida ayuda y ventile vías aéreas. d) Posicionar la cabeza y despejar vías aéreas. e) No sé. 	Respuesta B. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.

Algoritmo de ABR- Plan de acción.	¿Si no llora que hacer?	a) Estimule, despeje vías aéreas. b) Despeje vías aéreas, estimule. c) Succione boca y nariz, secar. d) Pedir ayuda y trasladar inmediatamente. e) No sé.	Respuesta B. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documenta l.	Guía de encuesta y Revisión documental.
Algoritmo de ABR- Plan de acción.	¿Si no respira que hacer?	a) Pida ayuda. Ventile, corte el cordón, mejore ventilación y continúe ventilación avanzada. b) Pida ayuda, despeje vías aéreas, corte el cordón, seque, continúe la ventilación atención avanzada. c) Corte el cordón, ventile, pida ayuda, mejore la ventilación, continúe la ventilación avanzada. d) Ventile, corte cordón, pida ayuda y traslade a UCI. e) No sé.	Respuesta C. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documenta l.	Guía de encuesta y Revisión documental.
Etapas del ABR. ↓ Preparación para el nacimiento.	Preparar el área para el parto.	a) Limpia, cálida, bien iluminada. b) Oscura, ventilada, limpia. c) Limpia, sin ventilación y clara. d) A y B son correctas. e) No sé.	Respuesta A. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documenta l.	Guía de encuesta y Revisión documental.
Etapas del ABR. ↓ Preparación para el nacimiento.	Lavado de mano	a) Si b) No		Revisión documental.

	<p>Etapas del ABR.  Preparación para el nacimiento.</p>	Prepare un área para ventilación y verifique el equipo.	a) Si b) No		Revisión documental.
	Cuidados esenciales materno MATEP.	¿Cuál es el orden que se debe seguir para aplicar MATEP?	a) Administrar 10 UI de oxitocina, masajes uterinos, tracción y contra tracción del cordón umbilical, pinzamiento y corte del cordón. b) Bebe sobre el abdomen de la madre, pinzamiento y corte del cordón umbilical, administración de 10 UI de oxitocina, tracción y contra tracción del cordón umbilical, masajes uterinos. c) Secar, masajes uterinos, administración de 10 UI de oxitocina, corte del cordón y apego precoz. d) A y B son correcta. e) No sé.	Respuesta B. 5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.
	Ayuda al bebé a respirar- Minuto de oro.	¿Se aplica con frecuencia cuando se presenta asfixia neonatal?	a) Si b) No	5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.

	Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales	. ¿Es correcto este orden?	a) Si b) No	5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de encuesta y Revisión documental.
	Factores de riesgo asociados a asfixia neonatal.	Parto	1. Diabetes. a) Diabetes tipo I b) Diabetes tipo II. c) Diabetes gestacional.	Sí — No	Revisión documental.
2. Preeclampsia. a) Preeclampsia moderada. b) Preeclampsia grave.					
3. Infecciones Maternas. a) IVU. b) Candidiasis. c) Gardnerella.					
4. Hidramnios u Oligoamnios.					
5. Ruptura prematura de membranas.					
6. Consumo de drogas a) Legales. b) Ilegales.					
7. Edad Materna					
8. Anemia a) Anemia por déficit de vitamina: folatos y vitamina B12. b) Anemia Ferropénica.					

Variable	Sub Variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
2. Conocimiento científico sobre asfixia neonatal y la técnica ABR.	Factores de riesgo asociados a asfixia neonatal.	Preparto	9. Retardo del crecimiento fetal. 10. Macrosomía fetal.	Sí ___ No ___	Revisión documental.
		Intraparto	1. Presentaciones anormales.		
			2. Parto prematuro. a) Parto inmaduro. b) parto pretérmino moderado. c) Parto pretérmino severo. d) Parto pretérmino extremo.		
			3. Sufrimiento fetal agudo.		
			4. Líquido Amniótico a) Claro. b) Meconial		
			5. Prolapso de cordón.		
			6. Circulares irreversibles.		
			7. Desprendimiento prematuro de placenta.		
			8. Placenta previa. a) Lateral. b) Marginal. c) Oclusiva o central total.		
			9. Trabajo de parto Prolongado		
Variable	Sub Variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
3. Valorar la práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia.	Evaluación rápida	Si el líquido está teñido de meconio realizar:	• Despejar vías aéreas, succión boca y nariz. Si ___ No ___	5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de Encuesta y Revisión documental.
		Si está respirando o llorando se debe realizar:	• Manténgalo abrigado, revise la respiración, posicione la cabeza, despejar las vías respiratoria, ventile con bolsa y mascarilla, está la frecuencia cardíaca normal o lenta, pida ayuda Si ___ No ___		

	Evaluación rápida	Se puede identificar un buen tono muscular cuando se cumple los siguientes criterios:	<ul style="list-style-type: none"> Sostiene las piernas y los brazos apretados cerca del cuerpo, las rodillas y codos doblados, músculos fuertes y buena respiración. Sí — No — 	5.55 puntos guía de encuesta y 10 pts. revisión documental.	Guía de Encuesta y Revisión documental.
	Algoritmo de ABR-Plan de acción.	Al haber meconio se debe hacer:	<ul style="list-style-type: none"> Despejar vías aéreas, seque completamente. Sí — No — 		
		Si él bebé no llora realizar:	<ul style="list-style-type: none"> Despeje vías aéreas, estimule. Sí — No — 		
		Al no respirar se hace:	<ul style="list-style-type: none"> Corte el cordón, ventile, pida ayuda, mejore la ventilación, continúe la ventilación avanzada. Sí — No — 		
	Etapas del ABR.	Preparación para el nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Preparar el área para el parto (Limpia, cálida, bien iluminada). Sí — No — Lavado de mano. Sí — No — Prepara un área para ventilación y verificar el equipo. Sí — No — 		
		Cuidados esenciales materno MATEP.	<ul style="list-style-type: none"> Bebé sobre el abdomen de la madre, pinzamiento y corte del cordón umbilical, administración de 10 UI de oxitocina, tracción controlada del cordón umbilical y contracción uterina, masaje uterino. Sí — No — 		
		Ayuda al bebé a respirar- Minuto de oro.	<ul style="list-style-type: none"> Se aplica con frecuencia. Sí — No — 		
		Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales.	<ul style="list-style-type: none"> Lo realiza con frecuencia. Sí — No — 		

6. Criterio de inclusión: Los criterios de inclusión se fijan según las características que hacen que una unidad sea parte de una población (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

a) Personal de enfermería.

- Que el personal desee participar.
- Que sean licenciados en enfermería.
- Que labore en sala de labor y parto.

b) Expedientes de recién nacidos que hayan requerido ABR.

- Que hayan sido atendidos por el personal de enfermería.
- Que hayan nacido en dicha institución de estudio.
- Recién nacidos con diagnóstico de asfixia.
- Que no sean expedientes de niños fallecidos.
- Que hayan recibido ABR luego de su nacimiento.

7. Criterios de exclusión

- Que el personal de enfermería durante la visita de la recolección de la información, se encuentren fuera de la unidad hospitalaria, por reposo o vacaciones.
- Que en los expedientes de los recién nacidos con asfixia no se refleje la realización de la técnica ABR.

8. Técnica e instrumento de recolección de datos

a). Técnica: “Es el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación” (Pineda, Alvarado, & Canales, 2008).

b). Instrumento: Es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información (Pineda, Alvarado, & Canales, 2008), en la cual se utilizará la guía.

c). Guía de encuesta: Constituye el término medio entre la observación y la experimentación en donde el investigador recopila datos; se define como un método descriptivo con el que se

pueden detectar habilidades, necesidades, prácticas y debilidades, permitiendo resultados para posteriormente ser procesados y analizados.

El método elegido para recolectar la información fue la guía de encuesta, la cual permitió recoger la información de manera específica, esta se aplicó en la sala de labor y parto y se comenzó a estructurar por el saludo, tema y objetivo del estudio, luego de ello se reflejó datos sobre la situación demográfica y laboral en donde marcaron con una X dentro de cada círculo según la situación del encuestado. Para analizar el conocimiento científico que maneja el personal de enfermería sobre el manejo de recién nacidos con asfixia incluyendo la aplicación de la técnica ABR se realizaron acápites de preguntas cerradas con respuestas cortas de selección múltiple en donde a cada una se les dio el valor de 5.55 puntos toda la encuesta para totalizar un 100 %, además el encuestado tuvo la opción de encierre en un círculo la respuesta que crea correcta, de igual manera para realizar la triangulación haciendo énfasis en la técnica ABR se le dio un valor de 8.33 para totalizar un 100%, dicho instrumento estaba diseñado para ser contestado en un tiempo aproximado de 15 minutos.

d). Guía de revisión documental: Permitió hacernos una idea del desarrollo y las características del proceso y disponer de la información necesaria del tema de estudio ya que a través de la revisión del expediente clínico se dio a conocer cómo fue la aplicación de la técnica ABR por el personal de enfermería a los recién nacidos que presentaron asfixia y cuáles fueron los factores de riesgo que se presentaron tanto en el parto como en el intraparto. Por lo cual dicha guía de revisión documental se empezó por rellenar el número de expediente, estaba estructurada de 19 opciones sobre factores de riesgos los cuales se marcaron con una X aquellos que fueron encontrados dentro de los expedientes clínico, también estuvo estructurada de 10 opciones más sobre la evaluación rápida, el plan de acción y las etapas del ABR en donde a estas se les dio una puntuación de 10 puntos a cada una haciendo énfasis solo a la técnica ABR para que nos permitiera realizar la triangulación con la guía de encuesta, teniendo como opción marcar con una X según lo encontrado ya sea Si o No.

9. Validación de Instrumentos:

Prueba de jueces y pilotaje.

a). Prueba de jueces.

La validez según Leyva, (2011) es un criterio que permite comprobar la calidad de un instrumento, verificando si este evalúa lo que pretende medir, se usa para determinar cuán importante son la evidencia empírica y los fundamentos teóricos que respaldan un instrumento, también es entendida como el grado en que un instrumento cumple con el objetivo para el cual fue construido, la validez es el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir y la fiabilidad es el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes, ambas tanto la validez como la fiabilidad determinan la calidad que posee un instrumento (Pág.1).

Se solicitó la participación de 3 docentes especialistas expertos en el área Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud Luis Felipe Moncada, se inició por confirmar su participación y posteriormente se les facilitó a cada uno un ejemplar los cuales estaban estructurados en el caso de la guía de encuesta con preguntas cortas y respuestas de selección múltiple, en el caso de la revisión documental estaba compuesta de opciones si y no sobre factores de riesgo y técnica ABR, en donde se reflejó cada una de las variables en estudio, con el objetivo de analizar la viabilidad de los instrumentos y poder sugerir ideas para mejorar dicho ejemplar. Las recomendaciones recibidas estuvieron enmarcadas en términos de redacción y ortografía, citas APA, reestructuración de un objetivo específico y mejoramiento del tema para mayor lógica, además eliminar palabras en la Operalización de variable con perspectivas redundantes. Ya evaluados los instrumentos se procedió a precisar los ajustes de los mismos para recolectar la información necesaria para llevar a cabo la investigación.

b) Pilotaje

“La prueba de pilotaje consiste en administrar el documento a personas con características de la muestra objeto de investigación y se somete a prueba no solo de medición, sino también a las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados”. (Pineda & Alvarado, 2008).

“Por otro lado se determina que el pilotaje consiste en administrar el instrumento de una pequeña muestra de casos, para probar su pertinencia y eficacia, así como las condiciones de la aplicación y procedimiento involucrado”. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) Pág. 319-320.

Se realizó el llenado de instrumento (Guía de encuesta) previamente elaborado con preguntas cerradas, aplicándose en la sala de labor y parto en el Hospital Humberto Alvarado del departamento de Masaya, se seleccionó a 6 recursos que cumplieran con los criterios de inclusión, se llenó el instrumento en el tiempo establecido, además de ello se tomaron un aproximado de 6 expedientes clínicos en donde los recién nacidos hayan presentado algún tipo de asfixia, se hizo en turno matutino de 8 a 12 del mediodía dos días a la semana, de manera tal que se pudo identificar los problemas en el instrumento como lo eran la estética, precisión, lógica y claridad de las palabras claves, además de ciertos problemas ortográficos, es así donde se pudo mejorar la calidad del mismo en respecto a lo antes mencionado donde luego se pudo aplicar de forma más clara y concisa para dicha investigación.

10.Método de recolección de la información

a) Guía de encuesta

Se aplicó una guía de encuesta a 5 Lic. en enfermería que laboran en la sala de labor y parto, todas fueron seleccionadas para determinar los valores o respuestas de las variables en motivo de estudio y constó de 18 preguntas, en primer lugar se rellenó en un círculo con una X la respuesta correcta según su situación demográfica y laboral, luego estuvo estructurado de preguntas cerradas de selección múltiple sobre los conocimientos que posee la población en estudio sobre la asfixia neonatal y la técnica ABR, la respuesta que creyeron correcta fue encerrada en un círculo, cada una tenía un valor de 5.55 puntos para totalizar el 100 % de ellas. La información se recogió en el mes de diciembre tres días a la semana en un horario de 8 de la mañana a 12 del mediodía y un turno nocturno en donde se pudo completar la recolección de la información, dicha encuesta se realizó para ser respondida en un máximo de 15 minutos.

b) Revisión documental

La revisión documental se estructuró de 29 parámetros a cerca de los factores de riesgos asociados a la asfixia neonatal tanto en el parto e Intraparto e incluyendo la aplicación de la técnica de ABR por el personal de enfermería y en donde a estos se les dio un valor de 10 puntos a lo que respecta desde evaluación rápida hasta etapas del ABR, así nos permitiera realizar la triangulación de la información con la guía de encuesta, tomando la información que se requería obtener, se aplicó en los expedientes de 12 casos de recién nacidos con diagnóstico de asfixia y que se les haya aplicado ABR por el personal de enfermería, con el objetivo de encontrar información valiosa sobre los factores de riesgos, complicaciones que estos presentaron y las intervenciones realizadas por el personal de enfermería.

Esta fue recolectada en el periodo de diciembre y se realizó en un horario de 1 a 4 pm dos días a la semana con un promedio para ser revisado de 20 a 25 minutos por expediente.

“La recolección de la información es una etapa en donde debe de asegurarse los recursos humanos y materiales, el investigador debe de preparar de antemano un plan de trabajo que permita prever los futuros problemas y encontrarles solución a tiempo.” (Sequeira & Cruz, 2009.) Pág. 51

11. Plan de Tabulación y Análisis.

Procesamiento de la información

Consiste en procesar los datos (Dispersos, desordenados e individuales) obteniéndolos del objeto de estudio y tiene como fin generar resultados (datos agrupados y ordenados) a partir de los cuales se realizará el análisis según los objetivos de la investigación realizada.

Obteniendo la información se procesó y analizó, dicho procesamiento estadístico se realizó a través del programa de Excel versión 2010, la cual permitió la obtención de datos estadísticos como el porcentaje, la media, moda y mediana lo cuales fueron representados a través de tablas sencillas y asociadas con gráficos de barra y pastel. Luego se compararon con los fundamentos teóricos y posteriormente se realizaron las presentaciones de los resultados obtenidos.

Se define cada uno de los siguientes conceptos por (Hernández Sampieri et al., 2014.) Pág. 319-320

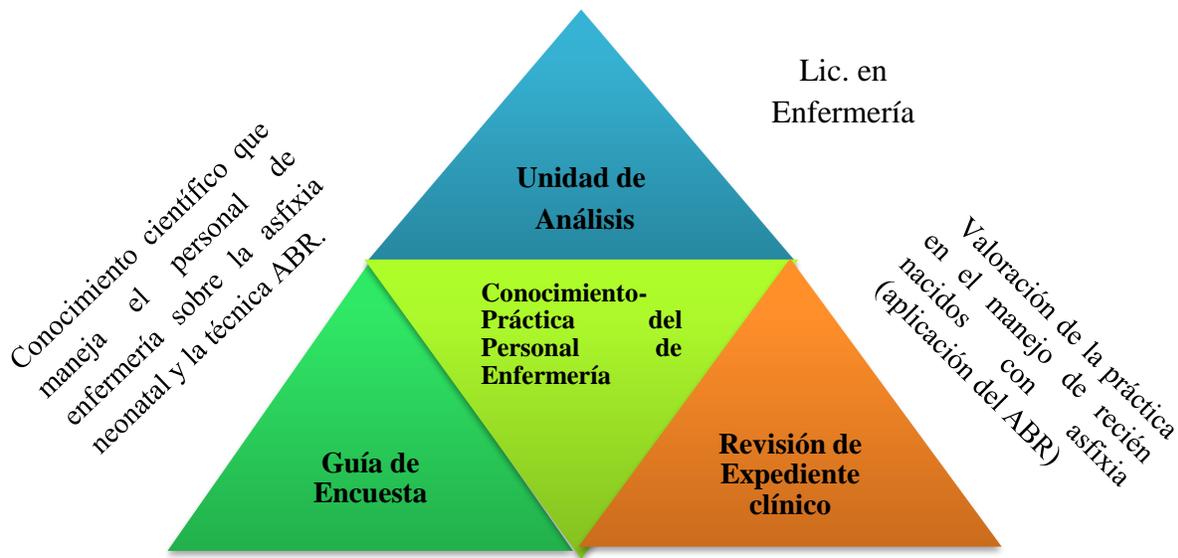
Media: Es tal vez la medida de tendencia central más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución, es la suma de todos los valores dividida entre los números de casos, es aplicable solo a mediciones por intervalos o de razón.

Moda: Es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia

Mediana: Es el valor que divide la distribución por la mitad, refleja la posición intermedia de la distribución se aplica la fórmula, es una medida de tendencia central propia de los niveles de medición ordinal por intervalos y de razón.

12.Triangulación de la información

La triangulación se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos) de fuentes de datos, teorías, de investigadores o el ambiente en el estudio de un fenómeno, consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante diferentes métodos, es una herramienta enriquecedora que le confiere a un estudio rigor, profundidad y permite dar grados variables de consistencia a los hallazgos. (Gomez, 2005 p.118-124). Se utilizó la triangulación de Datos ya que consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos y mediante diferentes métodos; en donde triangulamos a través la guía de encuesta y la revisión documental. Las variables a triangular fueron: conocimiento científico que maneja el personal de Enfermería sobre la asfixia neonatal y la técnica ABR a través de la guía de encuesta. y la valoración de la práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia (aplicación del ABR) por el personal de enfermería por medio de la revisión documental, teniendo en cuenta que dicha investigación fue de tipo descriptivo, para ello se analizaron las respuestas seleccionadas por el personal sobre el ABR en la guía de encuesta y la revisión documental que si aplicaron o no correctamente el ABR según teoría y de esta forma se evaluó los conocimientos científicos del personal y lo que se refleja en el expediente clínico.



13. Consentimiento Informado

“ Es un documento legal y un mecanismo para proteger los derechos y confidencialidad de los participantes, en este debe incluir información sobre el propósito de la investigación y su justificación, que permite a un sujeto decidir voluntariamente de su participación”. (Carrero, 2016 p.1)

a) Consentimiento institucional

Se realizó con el fin de informar al SILAIS del Departamento de Rivas, a través de una carta formal escrita por la institución de estudio “Instituto Politécnico de la Salud Luis Felipe Moncada”, sobre el tema y objetivo de la investigación dentro de la unidad del Hospital Gaspar García Laviana, en donde se reflejó por escrito su participación y apoyo de manera voluntaria, proporcionándonos el acceso al Hospital, a la sala de Labor y Parto y la documentación necesaria para el estudio.

b) Consentimiento de unidades de análisis

Luego de haber seleccionado al personal de Enfermería necesario según los criterios de inclusión y de haber aceptado su participación, se les presento a cada una de ellas por escrito el tema de la investigación así como su objetivo al realizarla, se les dio a conocer el tipo de preguntas, el tiempo disponible y la necesidad de poder contestar todo los acápite según sus conocimientos, señalándose a la vez que dichos resultados serán reflejados en nuestro trabajo

luego de haber recolectado toda la información manteniendo su nombre de forma anónima , ya leído todo el documento y de aceptar su participación se llevó a cabo el llenado del instrumento.

14. Presentación de la información

El trabajo escrito se presentó mediante el programa Microsoft Word versión 2010, con letra Times New Roman número 12, con interlineados de 1.5 y márgenes justificados, y para la realización de tablas se aplicó letra Times New Roman número 10, con interlineado sencillo.

La presentación final se elaboró en Microsoft PowerPoint, con un diseño sencillo en donde hace contraste el fondo con la letra de tal forma que sea comprensible para la evaluación de los datos previamente recolectado y posteriormente procesados mediante el análisis de los resultados obtenidos.

Luego de aplicar el instrumento se procesó y analizó la información, en donde se dieron a conocer los resultados en porcentajes por medio de tablas simples y asociadas, posteriormente estos fueron presentados a través de gráficos de barra y pastel por medio del programa Microsoft Excel versión 2010.

15. Variables en estudio

Según Sequeira & Cruz, (2009), una variable expresa las características, propiedades o atributos de objetos y fenómenos que se estudian y que varían de un sujeto a otro, además destaca que esta puede ser dada como una cualidad, propiedad o características de las personas o cosas en estudio que pueden ser enumeradas o medidas cuantitativamente y que estas deben ser traducidas como indicadores. (pág. 3)

- Situación demográfica y laboral del personal de Enfermería.
- Conocimiento científico que maneja el personal de Enfermería sobre la asfixia neonatal y la técnica ABR.
- Práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia.

2. Marco Teórico

1. Situación demográfica y laboral del personal de Enfermería

1.1 Características sociales del personal de Enfermería

1.1.1 Edad-Conocimiento del personal de Enfermería.

El personal enfermero debe de conocer maniobras de reanimación cardiopulmonar neonatal para actuar de una manera más rápida y eficaz ante cualquier problema que presente el recién nacido y que lo conlleve a presentar asfixia, es así como se contribuye a disminuir el nivel de mortalidad y morbilidad neonatal tanto a nivel municipal, departamental y nacional; Como prueba de lo antes dicho se encontró un estudio sobre los conocimientos del personal de enfermería sobre este tema y los resultados obtenidos según la edad de estos, en donde se tomaron como muestra a 84 enfermeras (o), realizándoles un cuestionario de 31 preguntas , el cual se catalogaron los resultados finales como insatisfactorio, ya que se comparándose lo que es la edad y relacionándose mutuamente con la experiencia y conocimientos determinaron los siguientes resultados : muy satisfactorio 6% (5 personas), insatisfactoria 71.4%(60 personas) y satisfactoria solamente un 22.6% evidenciándose lo antes reflejado se ve la necesidad que el personal enfermero independientemente de su edad debe estar más preparado a nivel científico como técnico para brindar correctamente ABR, pero también observa el valor que posee los años de experiencia laboral según el área donde labora enfermería para brindar una correcta atención ante esta circunstancia . (Cueto Pérez, 2013)

1.1.2 Sexo-Conocimiento del personal de Enfermería.

Mediante un estudio realizado en Cárdenas en donde se evaluó el nivel de calidad en la aplicación de reanimación neonatal se tomó la variable sexo del personal que labora (Femenino.-Masculino) y se comparó con el nivel de conocimiento que estos poseían, la muestra en total fueron de 40 trabajadores según su categoría ocupacional, 33 de estos del sexo femenino para un (82.5%) y 7 masculinos los cuales representaban un (17.5%), se les realizaron acápites de preguntas sobre reanimación neonatal y ya analizado se obtuvo que de forma general ambos sexos obtuvieron resultados negativos entorno al conocimiento en donde solo un 33% respondieron satisfactoriamente. Pero cabe señalar que en su mayoría las que mejor obtuvieron resultados fueron las del sexo femenino, estas demostraron tener

mejores respuestas en sus análisis científicos, es muy importante recalcar que el mayor sexo que labora como enfermería son mujeres y un mínimo porcentaje son varones.

1.1.3 Lugar de procedencia-conocimiento del personal de Enfermería.

En un estudio realizado sobre el sistema de salud en Nicaragua se mostró que la mortalidad infantil asciende a un 41.1% por cada 1000 los cuales un 34 % son de procedencia rural y 24 en zonas urbanas, este también refleja que la cobertura en la atención del parto por personal capacitado fue de 56% en zonas rurales y 92% en urbanas, es ahí donde se refleja cuán importante es que tanto las zona urbana como rural sean cubiertas por personal de salud para brindar asistencia oportuna de calidad que ayude a intervenir inmediatamente y disminuir así el nivel de muertes neonatales en el país, de igual forma es necesario que las zonas urbanas de nuestra región cuenten con material necesario ante cualquier eventualidad y que estos sean capacitados y evaluados constantemente . (Ministerio de Salud, 2011 Pág.7).

Por otro lado, en el año 2010 durante una evaluación del conocimiento y habilidades en donde participaron 104 enfermeras nivel de hospital se tomaron a 30 enfermeras y a nivel municipal 10 de siete hospitales y 10 municipios, respecto al año 2005 al año 2010 se obtuvo un incremento del 14% de con respecto a los resultados anteriores respecto a conocimientos. A nivel nacional el personal el personal calificado con Lic. En enfermería ha ido avanzando tanto en zonas rurales como urbanas, por lo que el a nivel de conocimiento ha ido aumentando respecto a dicho tema, sin embargo, hay que señalar que la gran mayoría de estos casos no ha aplicado ABR durante su vida profesional.

1.2 Características laborales del personal de Enfermería

1.2.1 Años de experiencia del personal de Enfermería.

Mediante un estudio realizado del Hospital Territorial del municipio de Cárdenas, Nicaragua sobre la evaluación del conocimiento sobre la reanimación cardiopulmonar neonatal en relación a los años de experiencia, se estudiaron a 22 enfermeros(a) 4 licenciados, 14 técnicos con post básico y cuatros con cursos básicos, los años de experiencia escala en menor de 5 años, entre 5 y 10 años, 10 y15 años y más de 15 años, para evaluar el nivel de conocimiento se aplicó una encuesta, dando como resultado: Enfermeras licenciadas solo el 36.11% respondieron satisfactoriamente y de las de curso post básico el 44.4 % y el grupo con peores resultados fueron las enfermeras con cursos básicos que solo obtuvieron el 16% de respuestas

satisfactoria, en general solo alcanzaron el 42.2% de respuestas satisfactoria. (Ponce de León Narváez, 2016, Pág.5)

1.2.2 Educación continúa sobre asfixia al personal de Enfermería.

Durante un periodo de 5 meses se impartió un curso a 40 enfermeras, los instrumentos fueron validados, los resultados en la evaluación inicial sobre Reanimación ninguna enfermera logró calificar, pero al finalizar el curso se reevaluó y se obtuvo un 85% de aprobación. (Lara Blanco & Rojas Carrera, 2019)

Por otro lado, se realizó un estudio sobre los conocimientos del hospital de oriente de Asturias, España, sobre reanimación cardiopulmonar en neonatos en donde dio como resultado: Tasa de participación 77.90%, el 71% de los profesionales han recibido formación sobre el tema durante su experiencia laboral, aunque solo el 20% hace menos de 2 años, el 61.5% han demostrado conocimientos correctos, se ve mayor nivel de los mismos en personas que tienen experiencias laborales entre 14 y 20 años. (Sánchez, 2016, Pág. 18-30).

2. Conocimiento científicos sobre Asfixia Neonatal.

2.1. Concepto de conocimiento:

“Se define conocimiento como entendimiento, inteligencia y razón, es la acción y efecto de conocer, es decir averiguar por el ejercicio de las facultades de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”. (Real Academia Española, 2018, Pág. 1).

2.2. Tipos de conocimientos

2.2.1. Conocimiento empírico

Es aquel que se va adquiriendo mediante vivencias y experiencias, así también es transmitido por medio de las relaciones sociales, elementos de interacción con lo que nos rodea, mediante procesos sensoriales y cognitivos propios del ser humano a través de la deducción lógica, este tipo de conocimiento se caracteriza principalmente por un enfoque que se basa en la experiencia y que responde directamente a una u otra demanda social u otra necesidad práctica, otro rasgo específico de este tipo de investigación es que en el objeto de su investigación siempre aparecen eventos integrales, concretos y objetivos . (Suarez, 2011, Pág. 112-114.).

Sequeira Calero & Cruz Picón (2009) refieren que el conocimiento empírico es sinónimo del conocimiento común, se origina y desarrolla a base de relación o experiencias acumuladas por el ser humano, de la relación que establece en su medio, con las demás personas, en la satisfacción de sus necesidades, se llega a conocer los objetos y fenómenos hasta donde nuestro sentido lo permite.

2.2.2. Conocimiento científico

El conocimiento científico se basa en la observación sistemática de la realidad en su medición, en el análisis de sus propiedades y características, en la elaboración de la hipótesis y su comprobación, alternativa de acción y respuesta. Es el conocimiento más profundo que se dirige al estudio de la realidad, utilizando métodos propios de la actividad científica y se elaboran conocimientos a partir de un pensamiento teórico. (Martínez Pérez & Rodríguez Esponda, 2017).

El método científico como método general, al ser asumido en el ámbito de la ciencia médica adquiere tres formas de aplicación: la clínica, en donde se obtiene conocimientos mediante estudios y experiencia profesional, la epidemiológica la cual se basa en la historia de la enfermedad - población con elaboración de hipótesis a contrastar por la información y el Proceso de atención de enfermería en donde facilita identificar y satisfacer a través de acciones independientes las necesidades humanas.

“Por consiguiente es un nivel de conocimiento con mucha complejidad, de mayor profundidad, se llega a él a través de métodos, se hace de manera organizada y premeditada, refleja nexos y relaciones entre objetos y fenómenos”. (Sequeira Calero & Cruz Picón, 2009, Pág. 3)

2.3 Definición de Asfixia.

Según MINSA (2013), el término asfixia viene del griego A: (negación o privación) y “sphixis”: pulso, es decir es un síndrome caracterizado por la suspensión o la grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica, que puede producirse por causas que afecten a la madre, a la placenta o cordón umbilical o al propio feto; esta puede

ocurrir antes del nacimiento en un 20% , durante el trabajo de parto se suele dar en un 70% y en el periodo neonatal un 10%. (pág. 44)

Por otro lado, refiere que se puede definir asfixia cuando se cumplen con los siguientes criterios: Ph de arteria de cordón umbilical menor de 7.0, apgar menor de 4 a los cinco minutos, manifestaciones neurológicas anormales (convulsiones o coma) y disfunciones multiorgánica (alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicas, pulmonares, renales, etc.).

2.4. Clasificación de Asfixia Neonatal.

2.4.1. Asfixia Moderada: Es aquella que se da cuando la respiración normal no es estable dentro de un minuto, pulso o frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minuto, presenta cianosis central o generalizada, el tono muscular es débil y hay alguna respuesta a los estímulos con un apgar en el primer minuto entre 4 y 7.

2.4.2 Asfixia Grave: Se presenta cuando la respiración está ausente o jadeante, pulso del cordón o frecuencia cardiaca al nacer menor de 100 latidos por minuto, inestable o con tendencia a disminuir palidez y ausencia del tono muscular con un apgar al primer minuto de 0 a 3, entre más baja sea la puntuación apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad neonatal. (MINSA, 2013, pág.44)

2.5. Parámetros para identificar la asfixia

2.5.1. Preparto

2.5.1.1. Modificaciones del ritmo cardíaco fetal:

Schwartz (2008), refiere que hay tres tipos de signos que indican que el feto está presentando modificaciones de la FCF, la bradicardia, se da cuando la FCF es menor de 120 latidos por minutos la cual es a consecuencia de la depresión del automatismo cardiaco producida por la hipoxia, a la vez está junto con la acidosis producen el aumento prolongado del tono simpático, que se traduce por un aumento de la FCF. La taquicardia, se manifiesta cuando se denota la estimulación del simpático producida igualmente por la hipoxia, de igual forma cuando la presión parcial del O₂ disminuye por debajo del nivel crítico aumenta el tono vagal y se reduce la FCF. Cabe señalar que la hipoxia se produce cuando hay disminución del

consumo de oxígeno por las células, suficiente para mantener su metabolismo normal y por aumento de la hidrogenesis (Acidosis metabólica). (pág. 557-564).

Por otro lado, se puede presentar variaciones de la FCF debido a la existencia de los Dips tipo dos, este tipo de caída transitoria es consecuencia de la hipoxia producida por las contracciones uterinas, la compresión de los vasos miometriales por las contracciones, a las que se agregan en algunos casos la compresión de la aorta por el útero durante la contracción. La no desaparición de los Dips tipo dos por el efecto de la atropenia sobre el feto ha llevado a plantear la posibilidad de que sea producida por la depresión directa del miocardio. Cuando este signo es tan claro y persistente es frecuente que el niño nazca muy deprimido, con asfixia severa y aumenta la posibilidad de que muera por un daño multiorgánica y en casos de supervivencia daño encefálicos irreparables.

2.5.1.2. Disminución de la actividad fetal.

“Dentro de la vida intrauterina se puede presentar hipoxemia fetal pocos días o minutos antes del nacimiento que se traduce primeramente en un aumento repentino de la actividad seguida de la reducción de la actividad fetal” (Olds, London, & Ladewig, (sf), pág. 1017)

Prosiguiendo con ello, se puede identificar o relacionar con una frecuencia cardiaca fetal débil o lenta, con latidos irregulares, perdida de variabilidad entre cada latido y que puede darse a la vez por la presencia de meconio en el líquido amniótico.

2.5.1.3. Salida de líquido amniótico con meconio.

Según Olds et al., la presencia de meconio en el líquido amniótico indica asfixia antes del trabajo de parto, la respuesta fisiológica a la asfixia es aumento de la perístasis intestinal, relajación del esfínter anal y salida de meconio hacia el líquido amniótico. Aproximadamente 10% de los embarazos cursan con tinción meconial del líquido amniótico, este puede ser aspirado en el árbol traqueo bronquial dentro del útero y es más frecuente en neonatos de término o de pos termino. (pág. 1017).

La presencia de meconio en los pulmones produce una acción de válvula de bola de manera que los alveolos se distienden de forma exagerada, el meconio además produce neumonitis química con atrapamiento de oxígeno y dióxido de carbono; debido a la asfixia

intrauterina, los recién nacidos que han aspirado meconio suelen encontrarse deprimidos al nacimiento y requieren medidas de resucitación para establecer una respiración adecuada.” Aproximadamente el 12% de los nacimientos presentan LAM “. (Guillen., 2005, Pág.124)

2.5.2. Intraparto.

2.5.2.1. Valoración APGAR.

El Apgar es una evaluación del estado general del recién nacido, y no se debe usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal, se efectúa en el primer y quinto minuto de vida. El Apgar al 1er minuto se realiza durante la atención inmediata, este tiene mayor valor diagnóstico; al evaluar el Apgar al 5 minuto se debe medir la temperatura y tiene mayor valor pronóstico, entre más baja la puntuación Apgar peor pronóstico neurológico o mayor muerte neonatal. (MINSA, 2013, pág.25)

2.5.2.1.1. Frecuencia cardiaca fetal.

La asfixia neonatal se produce por factores circulatorios y bioquímicos, el flujo sanguíneo pulmonar aumenta con las primeras respiraciones, este mayor volumen sanguíneo contribuye al cambio de la circulación fetal a la neonatal. Pero estos se pueden ver modificados y causar una disminución del mismo, puede deberse o relacionarse a la acidosis metabólica en donde los tejidos se ven privados de oxígeno y se acumula ácido láctico, también se debe a la mala oxigenación por enfermedades cardiovasculares o anemia, contracciones uterinas anormales, alteración del intercambio gaseoso en la placenta y por compresión o accidentes de cordón umbilical.

2.5.2.1.2. Esfuerzo respiratorio.

Según Olds et al., Parece que la capacidad neonatal para respirar justo después de la exposición al ambiente extrauterino es a consecuencias de semanas de práctica intrauterina, la taquipnea es el signo más frecuente y fácilmente detectable de la dificultad respiratoria, es un mecanismo compensador para aumentar el espacio muerto respiratorio y, mantener la ventilación alveolar y el intercambio gaseoso, aumenta la carga de trabajo y gasto energético provocando la demanda de oxígeno. Por lo contrario, está la apnea la cual indica enfermedad cardiorrespiratoria, alteración del SNC, alteraciones metabólicas, inmadurez la cual incluye reducción de la saturación de oxígeno o acidosis respiratoria. Estos problemas pueden

deberse a una falla para sintetizar lecitina que es necesaria para mantener la estabilidad alveolar, durante la espiración esta inestabilidad aumenta las atelectasias, que causa hipoxia y acidosis; a su vez estas alteraciones inhiben la producción de sustancias tensas activas y provocan vasoconstricción pulmonar. (pág. 1013-1004)

Por consiguiente, la hipoxia provoca dificultad en la respiración ya que provoca vasculatura pulmonar (vasoconstricción), la retención resultante de dióxido de carbono y acidosis respiratoria constituye la medida de la deficiencia ventilatoria de manera que un PCO₂ que se eleva de forma persistente acompañada de un PH bajo representa signos de mal pronóstico de la función pulmonar.

2.5.2.1.3. Tono muscular.

Según Olds et al., El neonato tiene menor grasa subcutánea y una epidermis delgada, los vasos sanguíneos están más cercanos a la piel, si el feto o recién nacido presenta hipoxia, se usan las reservas de glucógeno y pueden desplazarse para cubrir los requerimientos metabólicos conforme disminuye las reservas del glucógeno hepático y muscular. Además, el tono muscular clínicamente se manifiesta por una flacidez, hipotonía, y sin respuesta a los estímulos de hipertonía o actividad convulsiva, pueden indicar deterioro del lactante y posible lesión del SNC debido a una hipoxia o hemorragia. (pág. 1007)

A su vez refiere que la organización e intensidad de la actividad motora del recién nacido se modifica por varios factores que incluyen: condiciones que provocan el desequilibrio químico, como la hipoglucemia, estado de hidratación y estímulos ambientales.

2.5.2.1.4. Irritabilidad refleja.

El llanto en el recién nacido debe de ser fuerte y vigoroso, si son muy débiles o bien hay ausencia del mismo son causas de preocupación, ya que se espera que al momento del nacimiento él bebé produzca alguna respuesta a estímulos ya sea llorar o hacer algún tipo de muecas, de lo contrario la falta de respuesta puede deberse a la prematurez del recién nacido, condiciones neurológicas como malformaciones del sistema nervioso central, las cuales son responsable de escaso esfuerzo respiratorio y enfermedades neuromusculares. Algunas de estas lesiones agudas ocurren cuando se excede la capacidad del sistema para

conservar el metabolismo celular, además un daño tisular que se desencadena del suministro inadecuado de oxígeno determinadas por el grado de hipoxia, a su vez otras teorías reflejan que puede deberse a distrés o acidosis respiratoria, Hiper bilirrubinemia y acidosis metabólica.

2.5.2.1.5. Color.

El recién nacido sano mantiene un color rosado de las mucosas sin suplemento de O₂, la cianosis periférica (manos y pies) es normal al nacimiento ya que puede deberse a una vasoconstricción periférica en respuesta al frío o una circulación lenta, que se da al inicio de la adaptación al medio extrauterino. Si se presenta cianosis central (Labios, lengua, mucosa oral, tórax o generalizada) traduce hipoxemia significativa, si esta persiste sugiere que se presenta debido a alteraciones intratorácicas (intra o extra pulmonar), enfermedades cardíacas o del sistema nervioso central. Por otro lado, se puede generar una palidez que de igual forma es un signo de alarma que indica que él bebe no está respondiendo correctamente y puede ser un signo de disminución del gasto cardiaco debido a un shock, por anemia severa, hipovolemia, hipotermia o acidosis. (Guillen, 2005, pág. 123)

2.6 Factores de riesgo asociados a la asfixia neonatal

2.6.1 Definición de factor de riesgo

Según Filho Naomar, Castiel, & Ayres, (2009) define “Un factor de riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de persona, que la puede conllevar a la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido”. (pág. 19). En últimas instancias, los factores de riesgo son características definidas respecto a ciertos embarazos, fetos y recién nacidos. De igual manera la exposición del individuo puede aumentar la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

2.6.2 Clasificación de los factores de riesgo

Los factores de riesgo se pueden clasificar desde varios puntos de vista que a continuación se describirán: desde el punto de vista epidemiológico, biológicas, comportamiento, socio culturales, económicos, que conllevan a un paciente ya sea embarazada, niño o adulto al riesgo de estar expuesto a una enfermedad en comparación con otros que no están expuestos, por eso se dice que los factores podrían ser modificables y no modificables, y de esta forma

poder tomar una decisión inmediata para poder prevenir las complicaciones que se puedan presentar.

Por eso es de mucha importancia conocer cada uno de los factores de riesgo que se asocian a asfixia neonatal, presentándose en pre parto e intra parto, que se abordarán más específicamente a continuación.

2.6.2.1 Factores pre parto

2.6.2.1.1 Diabetes: Es un estado crónico de hiperglucemia, que puede derivar de múltiples factores ambientales y genéticos, lo que a menudo actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser la consecuencia de la falta de secreción de insulina o de presencia de factores que se oponen a su acción. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

2.6.2.1.1.1 Clasificación

a. Diabetes tipo I: Según la OMS, (2018) La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona, se desconoce aún la causa de la diabetes tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

b. Diabetes tipo II: Según la OMS, (2018) La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina, este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe a gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Definición	Relación con asfixia neonatal
<p>c. Diabetes gestacional La diabetes gestacional ha sido definida como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la gestación, siendo una de las complicaciones más frecuentes del embarazo. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)</p>	<p>La diabetes gestacional es la complicación más frecuente del embarazo, puede afectar hasta el 44 % de las gestantes. La diabetes gestacional altera diversos sistemas en el feto, el pobre control glicémico afecta la organogénesis y el control tardío la composición corporal, incluyendo macrostomia y dificultad respiratoria. Las complicaciones más frecuentes del hijo de madre diabética, puede desarrollar Macrosomía, hipertrofia de las células beta del páncreas y esto afecta diferentes órganos incluyendo la placenta, de igual manera el engrosamiento de la membrana del vello coriónico, puede incrementar la distancia de disfunción de oxígeno entre la madre y el feto, pero la placenta compensa esta distancia aumentando el área total de la vellosidad. (Arizmendi, Carmona Pertuz, Colmenares, Gómez Hoyos, & Palomo, 2012)</p> <p>En los casos de diabetes gestacional no controlada esta compensación no es suficiente, porque el flujo sanguíneo uterino hacia la placenta esta disminuido, lo cual ocasiona alteración en el bienestar fetal. En el feto, la insulina actúa como una hormona anabólica primaria de crecimiento fetal y desarrollo, ocasionando Macrosomía y visceromegalia a nivel cardiaco y hepático. La muerte fetal se produce por hiperglicemia e hiperinsulinemia fetal la cual aumenta el consumo de oxígeno ocasionando hipoxia fetal crónica y fallecimiento.</p>

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Schwartz, Fescina, & Duverges, 2008, Arizmendi, Carmona Pertuz, Colmenares, Gómez Hoyos, & Palomo, 2012.

2.6.2.1.2 Preeclampsia: Schwartz, Fescina, & Duverges, (2008) La define como un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria, ambas desaparecen en el posparto. Es un síndrome específico del embarazo y se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vaso espasmo y la activación endotelial.

2.6.2.1.2.1 Clasificación

a. Preeclampsia moderada: Es cuando la presión arterial diastólica es mayor de 90 mmhg, pero menor de 110 mmhg, o cuando la tensión arterial media se encuentra entre 105-125 mmhg, proteinuria hasta dos cruces en prueba de cinta reactiva o mayor o igual a 300 mg en 24 horas o mayor o igual a 500 mg/L. (Quiroz Flores, 2018)

Definición	Relación con asfixia neonatal
<p>b. Preeclampsia grave: Presión arterial mayor o igual a 110 mmhg en dos ocasiones con intervalos de 4 horas, presión arterial media es igual o mayor a 126 mmhg, proteinuria más de tres cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalos de 4 horas o mayor de 5 gramos/litros en orina de 24 hora. (Quiroz Flores, 2018)</p>	<p>Debido que afecta las arterias que suministran la sangre a la placenta ocasionando una reducción del flujo sanguíneo de la madre al feto, puede producirse en el feto un retardo del crecimiento intrauterino como evidencia de sufrimiento fetal por la insuficiencia útero placentario lo que influye en el aporte de oxígeno al feto ocasionando la asfixia neonatal. (Quiroz Flores, 2018).</p> <p>Uno de los mecanismos principales en la patogenia de la preeclampsia es la insuficiencia placentaria debida a una remodelación deficiente de la vasculatura materna de perfusión en el espacio intervilloso, en paciente con esta enfermedad les provoca un defecto en el proceso de transformación vascular lo que conlleva a una entrega inadecuada de sangre a la unidad útero placentaria en desarrollo e incrementa el grado de hipoxia, estrés oxidativo y del retículo endoplásmico. (Carbajal, 2014).</p>

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Quiroz Flores, 2018, Carbajal, 2014.

2.6.2.1.3 Infecciones maternas: La transmisión de la infección de la madre a su hijo puede ocurrir in útero (congénita), en el momento o alrededor del momento del parto (perinatal), o posteriormente (posnatal) como puede ocurrir en la transmisión de microorganismos mediante la lactancia materna. Estas se pueden dar de manera ascendente. (OMS, 2008).

2.6.2.1.3.1 Clasificación

a. Candidiasis: Enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina producida por un hongo, candida albicans, en algunas ocasiones se han encontrado otros hongos como: Torulopsis glabrata o Arachnia propionoca, de similar sintomatología. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

b. Gardnerella: Es una infección vaginal bacteriana producida por un bastón gramnegativo de la familia Haemophilus, suele estar asociado a la vulvovaginitis moniliásica y con menos frecuencia a la tricomononiásica (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

Definición	Relación con asfixia neonatal
<p>c. IVU: Según define como “Colonización del tracto urinario por microorganismo patógenos detectados por examen de orina, urocultivo más de 100,000 colonias de bacterias por ml”.</p>	<p>Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto de manera ascendente por la vagina superior por el cuello uterino al líquido amniótico o por la propagación hematógena como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia. Los microorganismos, pueden causar con mayor frecuencia, funisitis y cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y puede conducir a una rotura prematura de membranas y parto pretérmino, resultado de esto puede provocar sufrimiento fetal o padecer de neumonía fetal por la entrada de líquido a los pulmones, de igual manera puede ocasionar retraso del crecimiento intrauterino. Así mismo las infecciones contraídas a una edad gestacional menor tienden a conducir a infecciones más grave estas pueden llevar al feto a sufrir de hipoxia por las complicaciones de la madre. (Rojas, 2015)</p>

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Rojas, 2015, OMS, (2013).

2.6.2.1.4 Hidramnios u Oligoamnios: Es un síndrome clínico caracterizado por el aumento de la cantidad de líquido amniótico que excede a los 1000ml, y Oligoamnios es la disminución de la cantidad de líquido amniótico que no excede a los 300ml. (Schwartz, Fescina, & Duverges, 2008)

2.6.2.1.5 Ruptura prematura de membranas: Según Velásquez & Gustavo, (2009) define como “la ruptura espontanea de membranas ovulares hasta 1 hora antes del inicio del trabajo de parto”.

Relación con asfixia neonatal (Hidramnios u Oligoamnios)
<p>El volumen de líquido amniótico aumenta conforme el embarazo, después de las 32 semanas de gestación el promedio es de 700 a 800ml. Sin embargo cuando hay una excesiva cantidad de líquido esto provoca que el útero se extienda demasiado lo que puede ocasionar un parto prematuro, o una ruptura prematuras de las membranas, de igual manera suele ocasionar un prolapso de cordón; de igual forma el Oligoamnios en donde el feto suele estar comprimido y puede provocar una restricción del crecimiento, desarrollo incompleto o anormal de los pulmones, ya que no logran madurarse por completo. (Pisco de la Cruz, 2016)</p>
<p>Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Pisco de la Cruz, 2016)</p>
Relación con asfixia neonatal(Ruptura prematura de membranas)
<p>La ruptura prematura de membranas ovulares eleva la morbimortalidad perinatal, debido a la anticipación del momento del parto consiguiente el recién nacido no ha completado su maduración pulmonar, por ende, aumenta el riesgo de asfixia al nacer. (Ovalle, Martínez, & Fuentes, 2007)De igual manera puede ocasionar sufrimiento fetal por falta de oxigenación.</p> <p>La mayor incidencia (8% a 20%) de alteraciones del monitoreo de la FC fetal (presencia de desaceleraciones variables) y disminución de movimientos fetales y respiratorios, en lo que provoca mayor incidencia de cesárea por sospecha de hipoxia fetal.</p>

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Ovalle, Martínez, & Fuentes, 2007.

2.6.2.1.6 Consumo de drogas: Según la (OMS) las drogas son todas sustancias que introducida al organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del sistema nervioso.

2.6.2.1.6.1 Clasificación

a. Legales: Son sustancias medicamentosas o no, que incorporadas al organismo determinan un cambio en el mismo, actuando sobre el sistema nervioso central, su utilización no está protegida por la ley. (EcuRed, 2017) Entre ellas está el cigarro y alcohol.

b. Ilegales: Las sustancias ilícitas que provocan dependencia y adicción a las drogas en la madre también hacen que el feto se vuelva adicto.

2.6.2.1.7 Edad Materna: Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto. (Cybertesis: UACH, 2003).

Relación con asfixia neonatal (Consumo de drogas)
La mayoría de la sustancia psicoactiva atraviesa la placenta por difusión pasiva, lo que lleva a un envejecimiento prematuro de la placenta con disminución del flujo útero-placentario, pudiendo así ejercer su toxicidad sobre el feto, el tipo y la magnitud del daño dependerá de la droga consumida. De igual manera puede provocar efectos directos de sus componentes como es el alquitrán, la nicotina y monóxido de carbono, lo que provocan RCIU, bajo peso al nacer, el alcoholismo provoca en el feto alteraciones como retraso del crecimiento, desarrollo neurológico anormal, debido a los niveles y cronicidad de consumo (Torres Espinoza, 2007)
Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Torres Espinoza, 2007.
Relación con asfixia neonatal (Edad Materna)
La edad de la madre influye en la incidencia de diferentes anomalías durante el parto y en el desarrollo del feto, por ejemplo: el riesgo de asfixia fetal aumenta por incremento en la incidencia de partos prematuros en madres menores de 20 años, y aumento en la incidencia de recién nacidos menores de 1500 gramos menos que en recién nacidos de primíparas no añosas (Torrez & Hernandez, 2018)

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Torrez & Hernandez, 2018.

2.6.2.1.8 Anemia: Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico; en el embarazo oscila entre 11 a 14 gr. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

2.6.2.1.8.1 Clasificación

a. **Anemia por déficit de vitamina:** folatos y vitamina B12: La segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo es la deficiencia de folatos, con una incidencia menor, la deficiencia de vitamina B12. En ambos casos la anemia es megaloblástica y macrocítica, ambas vitaminas están involucradas en la síntesis de ácido desoxirribonucleico (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

Definición	Relación con asfixia neonatal
b. Anemia Ferropénica: Carencia nutricional por deficiencia de hierro. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)	A nivel cardiovascular la hemólisis provoca una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por los eritrocitos, la hipoxia determina un incremento de la frecuencia cardíaca y si con esto no se logra compensar se provocara una falla cardíaca con insuficiencia cardíaca congestiva, la incapacidad para iniciar una ventilación espontánea eficaz debido a edemas pulmonares o derrames pleurales bilaterales produce asfixia neonato. (Mayo Clinic, 2019)

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008, Mayo clinic

2.6.2.1.9 Retardo del crecimiento fetal: Según Schwarcz, Fescina, & Duverges, (2008) define que “un feto presenta restricción de su crecimiento intrauterino, cuando se estima un peso inferior al que corresponde a la edad gestacional”.

2.6.2.1.10 Macrosomía fetal: Recién nacido con un peso al nacer igual o mayor a 4000 grs (Martinez J. L., 2003)

Relación con asfixia neonatal (Retardo del crecimiento fetal)
Los RCI exhiben una tasa de mortalidad perinatal y el riesgo de asfixia intra parto aumenta 7 veces más que los nacidos con peso adecuado para su edad gestacional; los neonatos presentan frecuentemente hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia y estrés por enfriamiento. Ante una limitada disponibilidad de nutrientes en la vida intrauterina, el feto en su intento de adaptación produciría cambios permanentes en sus funciones metabólicas, afectando el aporte de oxígeno dando lugar a la asfixia (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008).
Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008.
Relación con asfixia neonatal (Macrosomía fetal)
El parto de un feto macrosómicos lo expone teóricamente a un mayor riesgo de morbimortalidad secundario a traumatismo obstétrico y asfixia intra parto, de igual manera presenta fractura de clavícula, siempre asociada a recuperación satisfactoria y al céfalo hematoma, fractura de huesos largos, parálisis de plexo braquial, hematoma de órganos abdominales (hígado, bazo y glándula suprarrenal), la fractura de cráneo y hemorragia cerebral son complicaciones graves y potencialmente letales. La patología asociada más severa es la encefalopatía hipóxico-isquémica por una asfixia intraparto. Esta complicación presenta alta mortalidad y secuelas neurológicas intensas. (Martinez, 2003)

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Martinez, 2003.

2.6.2.2 Factores de riesgo Intra Parto

2.6.2.2.1 Presentaciones anormales: Al comenzar el parto el movimiento de flexión se da en el 95% de los casos, cuando no se produce la cabeza permanece indiferente o adopta una actitud de deflexión en la cual el mentón se aleja más o menos del tórax. (Quiroz Flores, 2019) Entre ellas se mencionan: Presentación de cara (deflexión máxima), de frente (deflexión acentuada), de bregma (deflexión mínima) y presentación pelviana.

2.6.2.2.2 Parto Prematuro: Se denomina al que se produce antes de las 37 SG, cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas desde el primer día de la última menstruación. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

2.6.2.2.1 Clasificación

a. Parto inmaduro: El que acontece entre las 22 y 27 SG (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008).

b. Parto pretérmino moderado: Al que nace entre 32 y 36 semanas de gestación (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

c. Parto pretérmino severo: Al que es menor a 32 semanas (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

d. Parto pretérmino extremo: Al que es menor de 28 semanas (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

Relación con asfixia neonatal (Presentaciones anormales)
Si el feto se encuentra en una presentación anormal, conlleva a que el parto sea más difícil y prolongado, produciendo una caída de la frecuencia cardiaca, lo que impide el transporte de oxígeno provocando así la asfixia (Quiroz Flores, 2019).
Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Quiroz Flores, 2019.
Relación con asfixia neonatal (parto prematuro)
Se produce reducción del flujo útero placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo –hipófisis-suprarrenal, que tiene como principal mediador la corticotrofina estas a su vez estimulan las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas que producen las contracciones uterinas y maduran el cuello, desencadenando así el parto prematuro, que conlleva al nacimiento del feto que no ha completado la maduración de sus órganos vitales como lo es en este caso el pulmón, por ende el feto cae en sufrimiento fetal y de ella en asfixia por la hipoxia que se produce. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008.

2.6.2.2.3 Sufrimiento fetal agudo: Se presenta más frecuente durante el trabajo de parto, es de instalación rápida y se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto asociado a la retención de anhídrido carbónico (Quiroz Flores, 2019, pág. 30).

Relación con asfixia neonatal
<p>Cuando disminuye el intercambio entre el feto y la madre, se reduce el aporte de O₂ al feto y la eliminación de los productos del metabolismo fetal.</p> <p>La retención de CO₂ produce acidosis gaseosa. La disminución del aporte de O₂ causa una disminución en la presión parcial del gas en la sangre fetal (hipoxemia fetal) cuando las células no reciben el oxígeno suficiente para mantener su metabolismo normal. (Quiroz Flores, 2019)</p>

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Quiroz Flores, 2019.

2.6.2.2.4 Líquido Amniótico: Según MedlinePlus, (2019) “Es un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea al bebé dentro del útero (feto) durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico”.

2.5.2.2.4.1 Clasificación

a. Claro: En condiciones normales es claro, a veces ligeramente opaco, blanco grisáceo o ambarino; su olor es semejante al del hipoclorito de sodio (esperma) (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008).

Definición	Relación con asfixia neonatal
<p>b. Meconial: El líquido amniótico Meconial es el material que se acumula en el intestino del feto y constituye las primeras heces del recién nacido, tiene una consistencia espesa y pegajosa, de color verdoso o negro. (Díaz Lemus, Martínez Trujillo, & Torres Esperón)</p>	<p>La eliminación de meconio de manera prematura en el interior del saco amniótico o durante el trabajo de parto indica sufrimiento fetal, lo que le provoca al bebé una hipoxia, ya que cuando las partículas de meconio se aspiran a los pulmones del feto, obstruyen en forma mecánica las vías aéreas ya que inhibe la función del surfactante, y la inflamación del tejido pulmonar contribuye a la obstrucción de las vías aéreas provocando así la asfixia. (Ávila Reyes & Marroquín , 2013)</p>

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Díaz Lemus, Martínez Trujillo, & Torres Esperón , Ávila Reyes & Marroquín , 2013.

2.6.2.2.5 Prolapso de Cordón: Según Moldenhauer, (2016) “El prolapso del cordón umbilical es la posición anormal del cordón por delante de la parte de presentación fetal, de manera que el feto comprime el cordón durante el trabajo de parto y provoca una hipoxemia fetal”.

2.6.2.2.6 Circulares irreversibles: Salazar, (2016) define “Un circular de cordón es una complicación que ocurre cuando el cordón umbilical se envuelve alrededor del cuello del bebé o en el cuerpo”.

Relación con asfixia neonatal (Prolapso de Cordón)
El cordón umbilical permite que los nutrientes vitales y el oxígeno sea transmitidos a su bebé desde la placenta, al haber un prolapso el cordón pierde su función de agente de unión entre la madre y el feto por lo que comienza a sufrir al estar fuera del útero, no puede nutrirse y se marchita y muere los vasos sanguíneos, de igual manera favorece la compresión del mismo conllevando a cambios en la presión arterial de su bebé debido a los cambios en el ritmo cardíaco y la falta de oxígeno. Durante la compresión del cordón umbilical la vena en el cordón umbilical se comprime dando lugar a CO ₂ (dióxido de carbono) a que se acumuló en la sangre de su bebé, que produce acidosis respiratoria. (Asociación Americana del Embarazo, 2015)
Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Asociación Americana del Embarazo, 2015.
Relación con asfixia neonatal (Circulares irreversibles)
Los circulares de cordón producen tensión y tracción de la placenta, lo que puede provocar un desprendimiento temprana de esta, de igual manera puede interrumpir los intercambios normales de sangre, nutrientes y oxígeno al feto, produciendo así la asfixia neonatal. (Torrez & Hernandez, 2018)

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Torrez & Hernandez, 2018.

2.6.2.2.7 Desprendimiento prematuro de placenta: Proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que a diferencia de la placenta previa esta insertada en su sitio normal (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008).

2.6.2.2.8 Placenta Previa: Proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

2.6.2.2.8.1 Clasificación

a. Lateral: Se inserta en el segmento inferior a una distancia del orificio interno del cuello inferior a 10 cm y sin llegar al mismo (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

b. Marginal: Cuando el reborde placentario alcanza el margen del orificio cervical (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

c. Oclusiva o central total: Cuando se implanta sobre el área cervical, obturando el orificio (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008)

Relación con asfixia neonatal (Desprendimiento prematuro de placenta)
Esta puede reducir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes al bebé, provocando así falta de oxígeno que lo conlleva a una asfixia, de igual manera puede producir la muerte del niño por la hemorragia que se presenta en la madre. (MayoClinic, 2018)
Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Mayo Clinic, 2018.
Relación con asfixia neonatal (Placenta previa)
La hemorragia es el principal problema que presenta la placenta previa, cuando la zona inferior del útero se adelgaza y la parte de la placenta situada sobre el cuello uterino comienza a sangrar, produce un parto prematuro, en donde los órganos del bebé no están bien desarrollados lo que le provocara la asfixia neonatal. (MedlinePlus, 2018)

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008, MedlinePlus 2018.

2.6.2.2.9 Trabajo de parto prolongado: Es el proceso insatisfactorio o no progresión del trabajo de parto, ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica) o por desproporción cefalopélvica o por presentación viciosas (mecánica), (Quiroz Flores, 2019).

Relación con asfixia neonatal
Según Quiroz Flores, (2019, se relaciona con las asfixias ya que este al prolongarse por más de una hora en las multíparas y tres horas en las nulíparas, se produce en el feto una caída de la frecuencia cardíaca, lo que impide el transporte de oxígeno a todo su cuerpo.

Fuente: Reyes y López (2019), tomando como referencia: Quiroz Flores, 2019.

3. VALORAR LA PRÁCTICA EN EL MANEJO DE RECIÉN NACIDOS CON ASFIXIA NEONATAL.

3.1 Definición

Ayudando a los Bebés a Respirar (ABR) o Helping Babies Breathe (HBB por sus siglas en inglés), es una estrategia sobre resucitación neonatal en circunstancias de recursos limitados, que se desarrolló bajo la premisa que cada recién nacido, merece recibir una evaluación inicial y cuidados básicos inmediatos que pueden salvarle la vida. (Ministerio de Salud, 2013)

3.2 Evaluación rápida

3.2.1 Si el líquido está teñido de meconio

a) **Despejar vías aéreas:** Si hay meconio en el líquido amniótico, despeje las vías respiratorias antes de secar. Si el bebé ha defecado antes de nacer, habrá meconio en el líquido amniótico. Despeje las vías respiratorias antes de secar cuando hay meconio en el líquido amniótico. Si el meconio se inhala a los pulmones, puede causar problemas de respiración. (American Academy of Pediatrics, 2010)

b) **Succión boca y nariz:** Succione la boca y nariz inmediatamente después del parto. Use una perilla de succión, un dispositivo de tubo y reservorio para la succión, o un paño para quitar el líquido. (American Academy of Pediatrics, 2010)



3.2.2 Esta respirando o llorando

a) **Manténgalo abrigado:** Coloque al bebé piel a piel o páselo a un área de ventilación y pida a su ayudante (personal de salud) que le cubra la cabeza con un gorro. (Ministerio de Salud, 2013).

De igual manera se debe evitar el estrés por frío ya que aumenta el consumo de oxígeno y dificultad la reanimación. El recién nacido, se debe colocar bajo una fuente de calor radiante, se seca la piel,



se retira la toalla húmeda y se cubre con un paño o toalla seca precalentada, para impedir la pérdida de calor (Hernández Martínez & Gómez Salgado, 2008)

b. Revise la respiración: Continúe evaluando la respiración del bebé. Escuche los sonidos de la respiración y observe el movimiento del pecho. Verifique que el bebé esté respirando tranquilo y fácilmente o llorando. Asegúrese que el aire puede pasar libremente a través de la nariz del bebé. (American Academy of Pediatrics, 2010)



c. Posicione la cabeza: Tras la maniobra de estabilización inicial, se debe reposicionar la cabeza con la finalidad de alinear la vía respiratoria, ya que se debe de pensar que hay una obstrucción de las vías aéreas, bien por la inadecuada posición de la cabeza se debe corregir la posición de flexión o hiperextensión, para ayudar a mantener la correcta posición puede colocar una toalla de un grosor no mayor de 2 cm debajo de los hombros (Hernández Martínez & Gómez Salgado, 2008)

Posicione al bebé con el cuello ligeramente extendido para ayudarlo a mantener abiertas las vías respiratorias. Cuando la cabeza del bebé está en la posición correcta, la nariz estará lo más adelante posible. Si el cuello está flexionado o extendido demasiado, puede que el aire no entre libremente. (American Academy of Pediatrics, 2010).



d. Despejar las vías respiratorias: Despeje la boca y luego la nariz con un dispositivo de succión o con un paño. Despeje la boca primero para sacar la mayor cantidad de secreciones antes de que el bebé jadee o llore. Succionar primero la nariz puede ocasionar jadeos e inhalación de secreciones.

Cuando usa una perilla de succión, apriete la perilla antes de insertar la punta en la boca o nariz y suelte antes de retirarlo. Pare de succionar cuando ya no hay secreciones, aunque el bebé no respire. El succionar demasiado tiempo, demasiado vigorosamente, o muy profundamente puede causar lesiones, disminuir la frecuencia cardíaca e impedir la respiración. Al usar un dispositivo de succión con tubo y reservorio, inserte el tubo a un lado de la boca del bebé no más de 5 cm más allá de los labios. Aplique la succión mientras retira

el tubo. Inserte el tubo de succión 1 a 2 cm en cada fosa nasal y aplique succión mientras retira el tubo. (American Academy of Pediatrics, 2010)

e. Ventile con bolsa y mascarilla: Coloque al bebé sobre un área limpia, caliente y seca con buena luz para evaluarlo. Usted debe haber preparado esta área antes del nacimiento. Párese donde se encuentra la cabeza del bebé. Usted necesitará controlar cabeza y observar el movimiento del pecho.

La mascarilla debe cubrir el mentón, la boca y nariz, pero no los ojos, la mascarilla debe sellarse estrechamente sobre la cara para que el aire entre a los pulmones del bebé. Si la

mascarilla es muy grande, no se sellará bien sobre la cara, el aire escapará por debajo de la mascarilla. Una mascarilla que es demasiado pequeña



no cubrirá la boca y la nariz y puede bloquear la nariz, el aire no entrará libremente a los pulmones. Haga un cierre hermético firme entre la mascarilla y la cara mientras aprieta la bolsa para producir un movimiento suave del pecho, sostenga la mascarilla sobre la cara con los dedos pulgar e índice encima de la mascarilla, use el dedo medio para mantener el mentón hacia arriba hacia la mascarilla, use los dedos 4 y 5 a lo largo de la quijada para levantarla hacia delante y ayudar a mantener las vías respiratorias abiertas.

Forme un cierre hermético presionando ligeramente sobre la mascarilla y sosteniendo suavemente el mentón hacia la mascarilla. Si el cierre hermético no está hermético, no moverá aire a los pulmones al apretar la bolsa, el aire escapará bajo el borde de la mascarilla. No empuje la mascarilla sobre la cara, esto puede cambiar la posición de la cabeza e interferir con la entrada de aire a los pulmones, apriete la bolsa para producir un movimiento ligero del pecho, como si el bebé estuviera tomando una respiración fácil, asegúrese que no haya un escape entre la mascarilla y la cara del bebé, apriete la bolsa más fuerte si es necesario para dar más aire con cada respiración.

Provea 40 respiraciones por minuto, cuente en voz alta, “Uno...dos...tres...uno...dos...tres.” Si usted aprieta la bolsa al decir, “Uno” y luego la suelta cuando diga “Dos...tres” usted estará ventilando a un ritmo que bien ayuda a la entrada y salida de aire a los pulmones. (American Academy of Pediatrics, 2010)

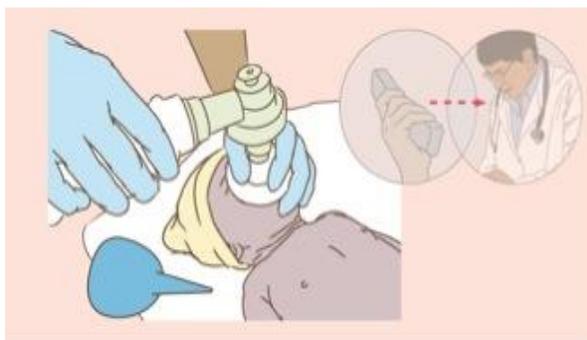


f. Está la frecuencia cardiaca normal o lenta: Si un bebé no empieza a respirar después del minuto de ventilación con movimientos del pecho, evalúe su frecuencia cardiaca para decidir si la ventilación es adecuada. (American Academy of Pediatrics, 2010)

Evalúe la frecuencia cardiaca sintiendo el pulso del cordón umbilical o escuchando los latidos del corazón con un estetoscopio, sienta el pulso en el cordón umbilical donde este se une al abdomen del bebé, si no se puede sentir ningún pulso en el cordón, usted o su ayudante deben escuchar sobre el lado izquierdo del pecho con un estetoscopio y contar los latidos del corazón, haga una pausa de varios segundos en la ventilación para escuchar los latidos del corazón.

- Una frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto o más es normal.
- Una frecuencia cardiaca de menos de 100 latidos por minuto es lenta.

g. Pida ayuda: Si el bebé no está respirando, continúe con la ventilación y pida ayuda. Pida al ayudante que llame a otra persona capacitada, si está disponible, y observe a la madre. (American Academy of Pediatrics, 2010, pág. 26)



3.2.3 Tiene buen tono muscular: Un bebé que sostiene las piernas y los brazos apretados y cerca del cuerpo, y las rodillas y codos doblados, tiene músculos fuertes, sanos o buen tono muscular; en cambio un bebé que esta aguada (flácido) no tiene buen tono muscular, tiene los brazos y piernas sueltas, un bebé aguado no respira bien (Hesperian Health Guides, 2019)

3.2.4 Es de término: Un parto a término es cualquier nacimiento que se produce entre las 37 a las 42 semanas de gestación. Hay varias condiciones respiratorias que pueden afectar a un bebé cuando respira por primera vez, esto influye el periodo o tiempo cumplido de nacimiento, en donde los bebés prematuros son más propensos a sufrir problemas respiratorios como es la asfixia neonatal, necesitando ayuda para respirar. (Dowshen, 2018)

3.3.1 Si hay meconio

a) **Despeje vías aéreas:** Gírele la cabeza hacia un lado. Aspire la boca y luego la nariz, antes de que el bebé jadee o llore (Ministerio de Salud, 2013).

Si el bebé ha defecado antes de nacer, habrá meconio en el líquido amniótico. Despeje las vías respiratorias antes de secar cuando hay meconio en el líquido amniótico, si el meconio se inhala a los pulmones, puede causar problemas de respiración, succione la boca y nariz inmediatamente después del parto, use una perilla de succión, un dispositivo de tubo y reservorio para la succión, o un paño para quitar el líquido. (American Academy of Pediatrics, 2010)

b) **Seque completamente:** Seque al neonato completamente al nacer, el secado ayuda a mantener al bebé caliente y estimula la respiración. Un bebé recién nacido mojado con líquido amniótico puede enfriarse aun en una habitación caliente, se debe secar el cuerpo, brazos, piernas y cabeza frotando suavemente con un paño y limpiar la cara de sangre y heces maternas. (American Academy of Pediatrics, 2010)

3.3.2 No llora

a) **Despeje vías aéreas:** Si el bebé no está llorando o respirando bien después del secado, usted necesitará ayudarlo a respirar durante El Minuto de Oro.

Despeje la boca y luego la nariz con un dispositivo de succión o con un paño. Despeje la boca primero para sacar la mayor cantidad de secreciones antes de que el bebé jadee o llore. (American Academy of Pediatrics, 2010)

b) **Estimule:** Suavemente frote la espalda una o dos veces, no se demore ni estimule más tiempo, actúe rápidamente para evaluar la respiración y decidir si se necesita ventilación. Secar, despejar las vías aéreas y estimular la respiración debe tomar menos de 1 minuto. Sus acciones en El Minuto de Oro pueden ayudar a muchos neonatos a empezar a respirar. (American Academy of Pediatrics, 2010)

3.3.3 No respira

a) **Corte el cordón:** El bebé recibe la sangre necesaria de la placenta durante los primeros minutos después del nacimiento. Espere por lo menos 1 minuto y hasta 3 minutos para pinzar o atar y cortar el cordón umbilical. En caso que el bebé tenga depresión respiratoria al nacer, se debe de iniciar el minuto de oro sobre el vientre de la madre, en caso de que no responda se corta el cordón y se pasa a la reanimación. (Ministerio de Salud, 2013)

b) **Ventile:** Según American Academy of Pediatrics, (2010) “La ventilación con bolsa y mascarilla es el modo más importante y efectivo de ayudar a un bebé que no está respirando o está jadeando” (pág. 20).

La ventilación abre los pulmones con aire. Evalúe al bebé durante la ventilación preguntándose: ¿Está respirando bien el bebé?

Un bebé que está respirando bien estará

- Llorando
- Respirando suave y regularmente

Un bebé que no está respirando bien estará

- Jadeando - tomando una sola respiración profunda seguida de una larga pausa o varias respiraciones profundas, irregulares, seguidas por una pausa.
- No respirando en absoluto.

c) **Pida ayuda:** Si a pesar de haber ventilado al bebé, todavía no está respirando, continúe con la ventilación y pida ayuda. Active el plan de emergencia y pídale al ayudante, si está disponible, llamar a otra persona entrenada para que apoye en la asistencia al bebé. Ausculte los sonidos respiratorios con un estetoscopio, si el tórax no se expande adecuadamente y hay pocos sonidos respiratorios debe revisar posición de la cabeza, despeje la vía aérea, verifique el sellado y la presión que está ejerciendo. Si un bebé no empieza a respirar con movimientos del pecho después de 1 minuto de ventilación, evalúe su frecuencia cardíaca para decidir si la ventilación es adecuada. (Ministerio de Salud, 2013).

d) Mejore la ventilación: Verifique si las respiraciones de la ventilación producen movimiento del pecho como si el bebé estuviera respirando normalmente. Tome medidas para mejorar la ventilación si el pecho no se mueve. (American Academy of Pediatrics, 2010)

❖ Cabeza:

- Reaplique la mascarilla a la cara para lograr mejor cierre hermético.
- Reposicione la cabeza con el cuello ligeramente extendido.

❖ Boca:

- Examine la boca, la parte posterior de la garganta, y la nariz para secreciones, y despeje si es necesario.
- Abra ligeramente la boca del bebé antes de reaplicar la mascarilla.

❖ Bolsa:

- Apriete la bolsa con más fuerza para dar una respiración más amplia.

e) Continúe la ventilación atención avanzada:

Según Ministerio de Salud, (2013) se debe Continuar la ventilación al bebé y buscar atención avanzada Si:

- Bebé que está rosado, tiene una frecuencia cardíaca normal, pero no está respirando.
- Bebé que empieza a respirar, pero aún tiene dificultad y la frecuencia cardíaca es lenta sin ventilación, o está pálido o cianótico o respirando muy rápido.
- Bebé que presenta retracción severa del pecho, quejidos o frecuentes pausas en la respiración (más de 15 a 20 segundos), que puede requerir ayuda mecánica para respirar.

3.4 Etapas del ABR

3.4.1 Preparación para el nacimiento: Según Ministerio de Salud, (2013) La planificación para el parto empieza en la familia y en la comunidad. La mujer embarazada debe preparar un plan de nacimiento y un plan de emergencia con el apoyo de los trabajadores de la salud y líderes comunitarios, ellos aconsejan a la embarazada que el parto sea atendido

en una unidad de salud en condiciones limpias y seguras, por un personal entrenado para la atención del parto y que los equipos estén disponibles y en buen estado.

3.4.1.1 Preparar el área para el parto.

a) **Limpia:** Ayude a la madre a lavarse las manos y el pecho para prepararse para el cuidado piel a piel. (American Academy of Pediatrics, 2010)

b) **Cálida:** Cierre ventanas y puertas para impedir viento, proporcione calefacción si se necesita. (American Academy of Pediatrics, 2010)

c) **Bien iluminada:** Según American Academy of Pediatrics, (2010) se debe usar una lámpara portátil si es necesario para evaluar al neonato.

3.4.1.2 Lavado de mano: El buen lavado de manos ayuda a prevenir la propagación de infección. Lave sus manos cuidadosamente con jabón y agua limpia o use un limpiador con base de alcohol antes y después de atender a la madre o al bebé. (American Academy of Pediatrics, 2010)

3.4.1.3 Prepare un área para ventilación y verifique el equipo: Prepare un espacio seco, plano y seguro para que el bebé reciba ventilación, si es necesario, además de un kit de parto seguro, tenga equipo para ayudar al bebé a respirar, el equipo debe ser desinfectado después de su uso y mantenido limpio, verifique que todo el equipo y suministros estén listos para su uso en el área de ventilación. Pruebe el funcionamiento de la bolsa y mascarilla de ventilación (American Academy of Pediatrics, 2010)

3.4.2 Cuidados esenciales maternos / MATEP

3.4.2.1 Bebé sobre el abdomen de la madre: Si, el bebé está completamente activo y reactivo, colocar al bebé en posición prona sobre el abdomen de la madre de esta manera se promueve el contacto piel a piel, posteriormente revisar la vía aérea, aspirar si es necesario, secar al bebé céfalo caudal, colocar el gorro en la cabeza, para evitar la pérdida de calor. (Ministerio de Salud, 2013).

3.4.2.2 Pinzamiento del cordón umbilical: Si el bebé está activo, reactivo, espere 1 a 3 minutos después del parto o cuando el cordón umbilical haya dejado de pulsar, proceda a pinzar, atar y cortar el cordón umbilical. (Ministerio de Salud, 2013).

3.4.2.3 Administración de 10 UI de Oxitocina IM: Antes debe verificar que no haya presencia de otro bebé palpando el útero y luego administrar 10 unidades internacionales de oxitocina por vía intramuscular. (Ministerio de Salud, 2013)

3.4.2.4 Tracción y contra tracción del cordón umbilical: Mientras el bebé está en el pecho de la madre en contacto piel a piel, complete las actividades del MATEP, aplicando los otros dos pasos que incluyen tensión controlada del cordón umbilical con contra tracción y masaje uterino. (Ministerio de Salud, 2013). La tracción controlada del cordón umbilical incluye la tracción mientras se presiona hacia arriba, con una mano en el abdomen inferior.

3.4.2.5 Masajes Uterinos: El masaje uterino después de la expulsión de la placenta también puede estimular la contracción del útero. El masaje incluye colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero mediante movimientos repetitivos de masaje o presión. Se debe orientar a la madre que ella misma, o su acompañante, puede darle se masaje hasta sentir que el útero está como una piedra. Después que se ha dado masaje uterino y el útero está de consistencia dura (Ministerio de Salud, 2013).

3.4.3 Ayudar al bebé a respirar/Minuto de Oro: Aplicar pasos iniciales, despejar la vía aérea, estimular la respiración y ventilar con bolsa y máscara) El Minuto de Oro. (Ministerio de Salud, 2013)

Una vez que usted ha secado al bebé, pregunte ¿Está llorando el bebé? Si no está llorando, el bebé necesita ayuda para respirar, recuerde El Minuto de Oro. Una atención rápida aumentará la posibilidad de una buena respuesta de su parte:

a) Manténgalo caliente: Coloque al bebé piel a piel o páselo a un área de ventilación y pida a su ayudante (personal de salud) que le cubra la cabeza con un gorro.

b) Posicionar la cabeza: Con el cuello ligeramente extendido para ayudarlo a mantener abiertas las vías aéreas.

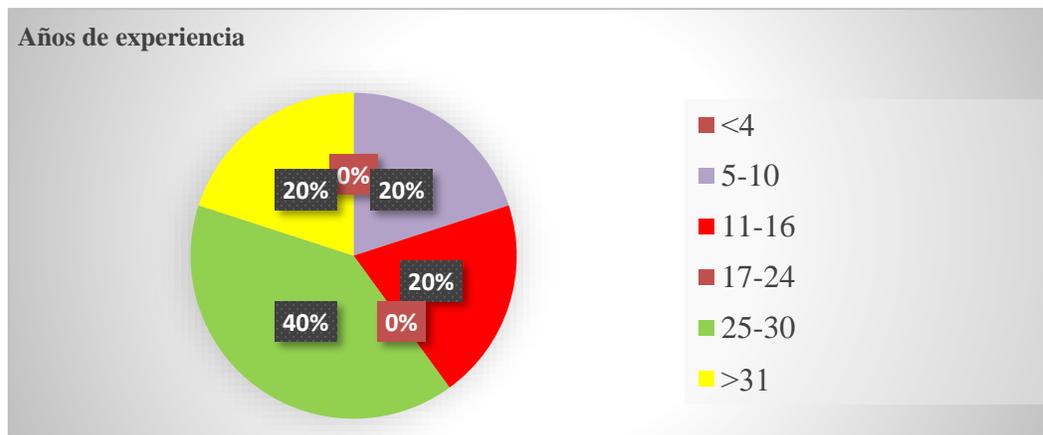
c) Despejar las vías aéreas: Gírele la cabeza hacia un lado. Aspire la boca y luego la nariz, antes de que el bebé jadee o llore.

d) Estimular la respiración: Si el bebé no responde ante la estimulación táctil no pierda más tiempo, la acción correcta es ventilar con bolsa y máscara.

3.4.4 Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales: Si a pesar de haber ventilado al bebé, todavía no está respirando, continúe con la ventilación y pida ayuda. Active el plan de emergencia y pídale al ayudante, si está disponible, llamar a otra persona entrenada para que apoye en la asistencia al bebé. Ausculte los sonidos respiratorios con un estetoscopio. Si el tórax no se expande adecuadamente y hay pocos sonidos respiratorios debe revisar posición de la cabeza, despeje la vía aérea, verifique el sellado y la presión que está ejerciendo. (Ministerio de Salud, 2013).

3. Análisis y Discusión de los resultados

Figura N° 1 Años de Experiencia del Personal de Enfermería.



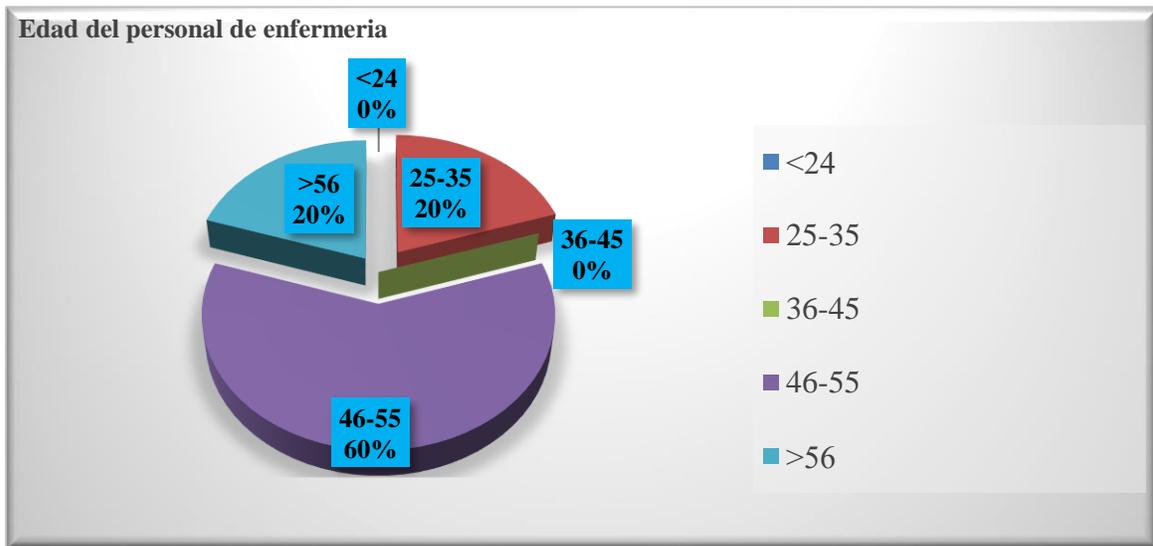
Fuente: Guía de Encuesta.

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a los años de experiencias del personal de enfermería que labora en la sala de labor y parto del Hospital Gaspar García Laviana, se encontró que 2 (40%) representa a las licenciadas en enfermería que tienen mayores años laborales en dicha sala que comprenden entre 25- 30 años de experiencias, seguida de 1(20%) mayor a 31 año de experiencia, de igual manera 1(20%) entre 11-16 años, por otra parte se encontró que las que posee menos años de experiencia es un 1(20%) entre 5 a 10 años laborales.

A los cual se destaca que los años de experiencias que más prevalece en la sala de labor y parto es de 25-30 años. Por otro lado, en un estudio realizado en el hospital de Oriente de Asturias, España sobre los conocimientos de la reanimación cardiopulmonar en neonato, se demostró que las personas que tienen experiencias laborales entre 14-20 años o más. demostraron mayor conocimiento (Peláez Sánchez, 2016).

Como parte de nuestro estudio consideramos que los años de experiencias es un factor que incide de forma directa en conocimiento, práctica y atención del personal de enfermería hacia los recién nacidos que presenten asfixia al momento de nacer, ya que pueden actuar de manera más rápida y eficaz al instante que se presente un caso con asfixia.

Figura N° 2 **Edad del Personal de Enfermería.**



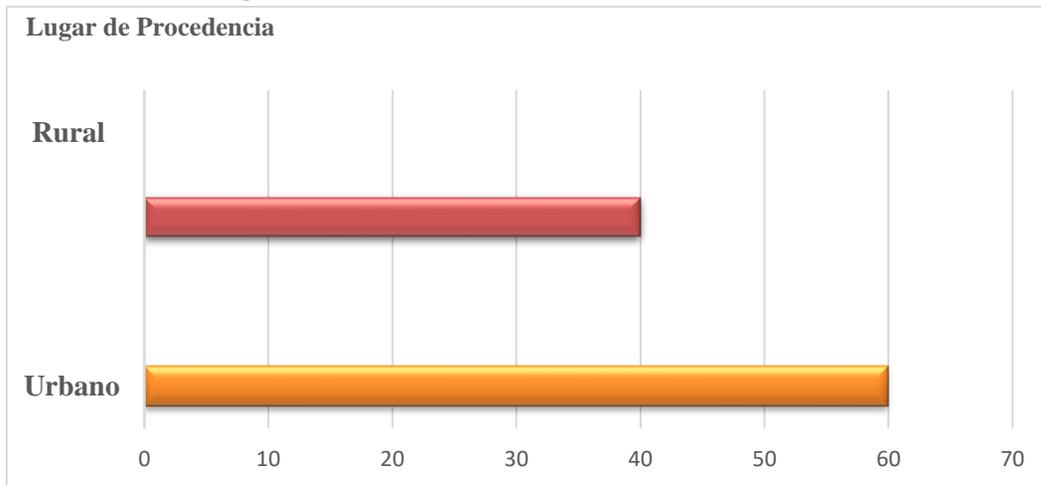
Fuente: Guía de Encuesta.

Del 5(100%) de las licenciadas en enfermería que se les realizó la encuesta en sala de labor y parto del hospital Gaspar García Laviana -Rivas, la mayoría corresponde a las edades de 46-55 años, lo que abarca la mayoría de las encuestadas, por otro lado se encontró un 1(20%) de 25 -35 años, de igual manera se encontró 1(20%) con una edad mayor a 56 años, lo que se debe inferir que es la que posee más años de experiencia laboral.

Según estudio realizado por Cueto Pérez, (2013) sobre conocimiento del personal de enfermería sobre la reanimación cardio pulmonar en relación a la edad, ya que comparándose con la edad y relacionándose con la experiencia y conocimiento determinaron sus resultados de forma general como insatisfactorios para un 60(71.4%).

Por lo cual se debe recalcar que la edad del personal de enfermería se relaciona directamente con los años de experiencias que van obteniendo a través del tiempo, es decir que entre más edad más años de experiencias, más conocimientos, actitudes y habilidades; sin embargo, cabe señalar que el personal de enfermería se debe preparar científicamente y técnicamente independientemente de la edad que tenga, para contribuir a disminuir los niveles de morbilidad neonatal por asfixia.

Figura N° 3 Lugar de Procedencia del Personal de Enfermería.



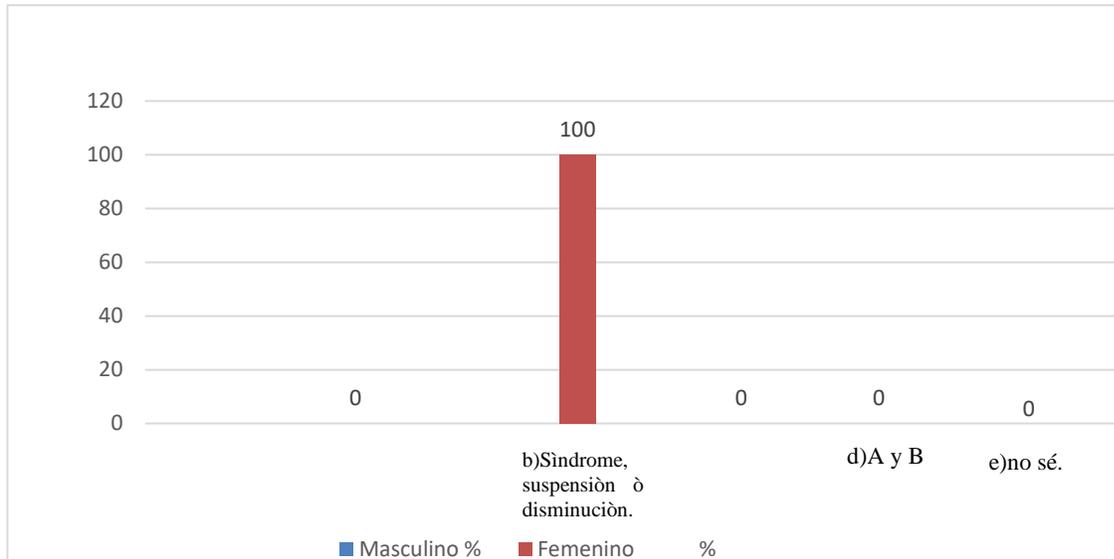
Fuente: Guía de Encuesta

Como resultados de los datos obtenido a través de la encuesta sobre el lugar de procedencia del personal de enfermería se encontró que 2(40%) corresponden a zonas rural, de igual manera 3(60%) a zona urbana, sin embargo, cabe señalar que todas obtuvieron respuesta satisfactoria de forma general, independientemente del lugar de donde procedan sea rural o urbano.

El Ministerio de Salud en el año 2011 realizó un estudio sobre el sistema de salud en Nicaragua se mostró que la mortalidad infantil asciende a un 41.1%, la mayoría son de procedencias rurales y 24 de zonas urbanas, y la cobertura de la atención del parto por personal capacitado fue de 56% en zonas rurales y 92 % en las urbanas.

Por otro lado, se destaca que la muestra del estudio trabaja en zona urbana y sin importar la zona de donde provengan poseen conocimientos satisfactorios en relación al tema en estudio.

Figura N° 4 Sexo y Conocimiento del Concepto de Asfixia Neonatal del Personal de Enfermería.



Fuente: Guía de Encuesta

Al evaluar los resultados obtenidos en la encuesta en relación al sexo y conocimiento del concepto de asfixia, se adquirió que el 5 que representa el 100% de los encuestados respondieron el inciso B el cual era la respuesta correcta, aspecto importante dado que el personal debe conocer este concepto y a partir de este conocer cómo actuar, cabe recalcar que todo el personal de enfermería que labora en sala de labor y parto es de sexo femenino.

De acuerdo a MINSA, (2013), la asfixia es un síndrome caracterizado por la suspensión o la grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica que pueden producirse por causas que afecten a la madre, a la placenta o cordón umbilical, o al propio feto.

En un estudio realizado en Cárdenas, Nicaragua donde se evaluó el nivel de calidad en la aplicación de la reanimación neonatal se tomó la variable sexo y se comparó con el nivel de conocimiento la muestra total fue de 40 trabajadores, en donde su mayoría era de sexo femenino obteniendo mejores resultados, estas demostraron tener mejores respuestas en sus análisis científicos, sin embargo es importante recalcar que el mayor sexo que labora como personal de enfermería son mujeres y un mínimo porcentaje son varones (Ponce Narváez & Ponce Narváez, 2016).

Figura N° 5 Como se Clasifica la Asfixia Neonatal y Años de Experiencia Laboral del Personal de Enfermería.



Fuente: Guía de Encuesta.

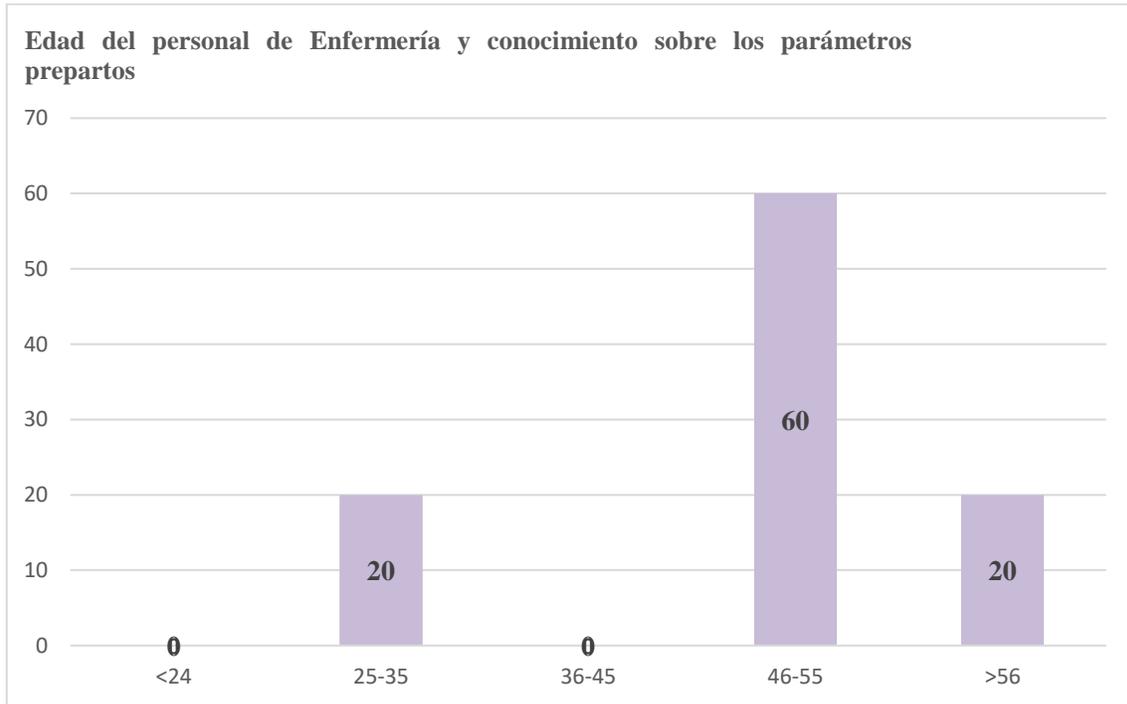
El gráfico presentado a continuación muestra los resultados encontrados en relación a la clasificación de la asfixia neonatal y los años de experiencias del personal de enfermería, en donde se encontró que 5(100%) obtuvieron resultados positivos que acertaron con la respuesta correcta en donde la asfixia se clasifica en “Asfixia leve-moderada y grave”, pero que ambas conllevan a aumentar el número de cifra de morbimortalidad neonatal a nivel departamental y nacional.

De acuerdo al Minsa 2013, la asfixia moderada es aquella que se da cuando la respiración normal no es estable dentro de un minuto, pulso o frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minutos, presenta cianosis central o generalizada, el tono muscular es débil, con apgar en el primer minuto entre 4 y 7. Por otro lado la asfixia grave es aquella que se presenta cuando la respiración está ausente o jadeante, frecuencia cardiaca al nacer menor de 100, palidez y ausencia del tono muscular, con un apgar al primer minuto de 0 a 3.

Partiendo de los mismos resultados, todas las encuestadas obtuvieron la misma respuesta sin influir directamente en sus conocimientos los años de experiencias, dando así como resultado de 25-30 para un 2(40%), continuo de 5-10 para 1(20%); 11-16 para 1(20%); y mayor de 31 para 1(20%), cabe señalar que menor de 4 años de experiencia y de 17 a 24, ninguna de las encuestadas se encuentran dentro de esos parámetros.

Es importante señalar que los años de experiencias juegan un papel fundamental en el desempeño del personal de enfermería, ya que esto contribuye a poseer mayor conocimiento y por ende clasificar de forma correcta y oportuna el tipo de asfixia que se esté presentando en el recién nacido y poder brindar así los cuidados necesario según la clasificación.

Figura N° 6 Edad del personal de Enfermería y conocimiento sobre los parámetros prepartos.



Fuente: Guía de Encuesta.

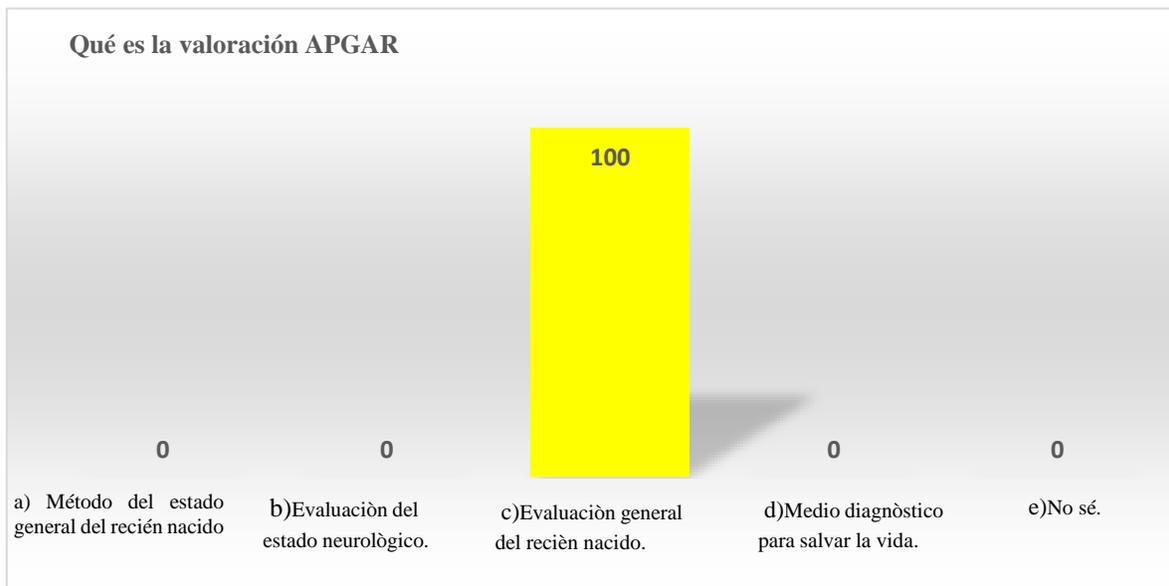
En los siguientes resultados obtenidos en donde se relaciona la edad del personal de enfermería y sus conocimientos sobre los parámetros prepartos, 5 las cuales son el 100% identificaron de forma correcta los parámetros prepartos en donde prevalecen las edades entre 46-55 para un 60 %, posteriormente las edades de 25-35(20%) y mayor de 56 (20%), tomando en cuenta que dentro de las licenciadas entrevistadas no oscilan las edades menores de 24 y 36 a 45 años.

Ahora bien hay que señalar que existen parámetros que se pueden identificar de forma oportuna, entre estas están las modificaciones de la FCF ,según Schwarcz, Fescina, & Duverges, (2008) refiere que hay tres tipos de signos que indican que el feto está presentando modificaciones de la FCF: la bradicardia el cual se debe a la depresión del automatismo cardiaco producida por la hipoxia, la taquicardia el cual se manifiesta cuando se denota estimulación del simpático y la presión del O2 disminuye y por último las variaciones de la FCF debido a la existencia de los Dips tipo dos, lo que provoca atropenia sobre el feto produciendo una depresión directa al miocardio.

Por otro lado, se encuentran las variaciones de la actividad fetal debido a hipoxemia fetal pocos días o minutos antes del nacimiento, que se traduce en un aumento repentino de la actividad seguida de la disminución de la actividad fetal. Como último punto está la salida de líquido amniótico con meconio el cual Guillen (2005), la presencia de meconio en los pulmones del bebé conduce a que los alvéolos se distiendan de forma exagerada, el meconio además produce neumonitis química con atrapamiento de oxígeno y dióxido de carbono, debido a la asfixia intrauterina, los recién nacidos que han aspirado meconio suelen encontrarse deprimido al nacimiento y requieren medidas de resucitación para restablecer una respiración adecuada.

Por todo lo antes mencionado es necesario que el personal de enfermería esté capacitado para poder detectar oportunamente antes del nacimiento del bebé los factores que afectan de forma directa la vida del neonato y que por consiguiente puede conllevar a afectaciones multiorgánicas o incluso la muerte del mismo aumentando así las cifras de mortalidad y morbilidad neonatal.

Figura N° 7 Conocimiento del personal sobre el concepto de valoración APGAR.

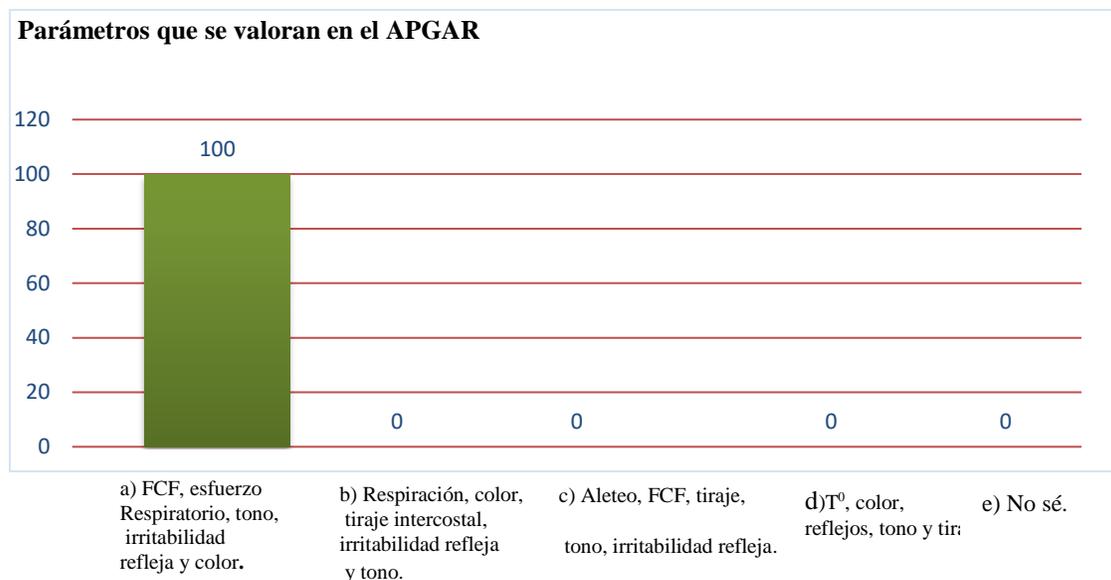


Fuente: Guía de Encuesta.

Mediante los resultados obtenidos sobre los conocimientos que posee el personal de enfermería que labora en la sala de labor y parto del Hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas se obtuvo con respecto al concepto de valoración APGAR, que las 5 licenciadas representada en un 100% contestaron de manera correcta el cual era el inciso C evaluación general del recién nacido.

Cabe reiterar que la valoración APGAR es una evaluación del estado general del recién nacido, y no se debe usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal, se efectúa en el primer y quinto minuto de vida. En el primer minuto se realiza mediante la atención inmediata este tiene mayor valor diagnóstico, el APGAR a los 5 minutos tiene mayor valor pronóstico (MINSA, 2013).

Figura N° 8 Conocimiento del Personal de Enfermería sobre los Parámetros que se valoran en el APGAR.



Fuente: Guía de Encuesta

Tal y como se muestra en el gráfico sobre los parámetros que se valoran en el APGAR se presenta que todas las licenciadas seleccionaron la respuesta correcta, inciso a FCF, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad refleja y color, es decir un 5 (100%).

El APGAR esta constituido por: Frecuencia cardíaca fetal, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color; dichos parámetros pueden presentar puntuaciones bajas por diversos factores. Por ejemplo, la FCF puede verse afectada por factores circulatorios y bioquímicos como la acidosis metabólica en donde los tejidos se ven privados de oxígeno y se acumula ácido láctico, otra causa puede ser la mala oxigenación por enfermedades cardiovasculares o anemia, compresión o accidente de cordón umbilical.

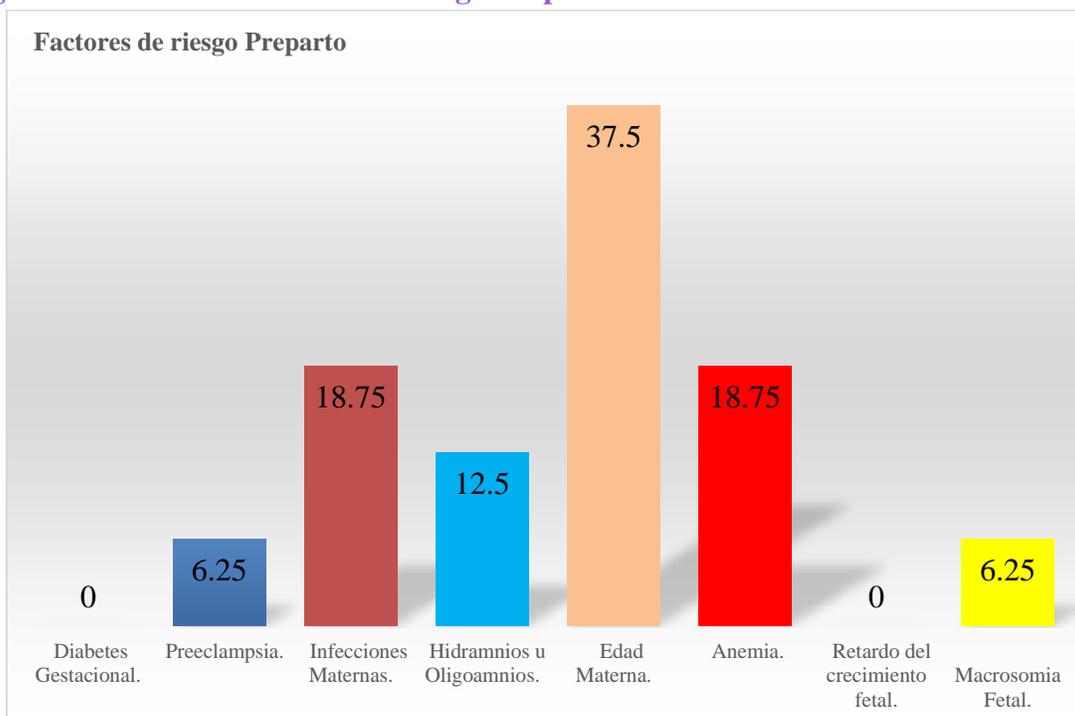
Como segundo parámetro está el esfuerzo respiratorio según Olds, London, & Ladewig, la taquipnea es el signo más frecuente y fácilmente detectable ya que es un mecanismo compensador para aumentar el espacio muerto respiratorio, mantener la ventilación alveolar y el intercambio gaseoso, por otro lado, está la apnea la cual se puede deber a enfermedades cardiorrespiratorias, alteración del SNC, alteraciones metabólicas e inmadurez.

Respecto al tercer parámetro, tono muscular el neonato tiene menor grasa subcutánea y una epidermis delgada, los vasos sanguíneos están más cercanos a la piel si el recién nacido presenta hipoxia, se usan las reservas de glucógeno y puede desplazarse para cumplir los requerimientos metabólicos. A lo que respecta a la irritabilidad refleja puede haber una falta de respuesta debido a la prematurez del recién nacido, condiciones neurológicas como malformaciones relacionadas con el sistema nervioso central, daño tisular por el suministro inadecuado de oxígeno por hipoxia, distrés o acidosis respiratoria.

Ya como último punto está el color en el recién nacido, la cianosis en manos y pies es normal al nacimiento ya que puede deberse a una vasoconstricción periférica, pero si se presenta cianosis central, se puede traducir en hipoxemia significativa o por alteraciones intratorácicas, enfermedades cardiacas o del sistema nervioso central, por otro lado, se puede generar palidez puede ser un signo de disminución de gasto cardiaco por shock, hipovolemia o acidosis.

Es por ello que cada profesional de enfermería debe de conocer cuáles son aquellas alteraciones que se pueden dar según cada parámetro identificándolos inmediatamente ya sea en el primer o quinto minuto de vida para valorar, identificar y actuar de forma oportuna definiendo así el tipo de asfixia y la necesidad de reanimación al neonato.

Figura N° 9 Factores de Riesgo Preparto



Fuente: Revisión Documental.

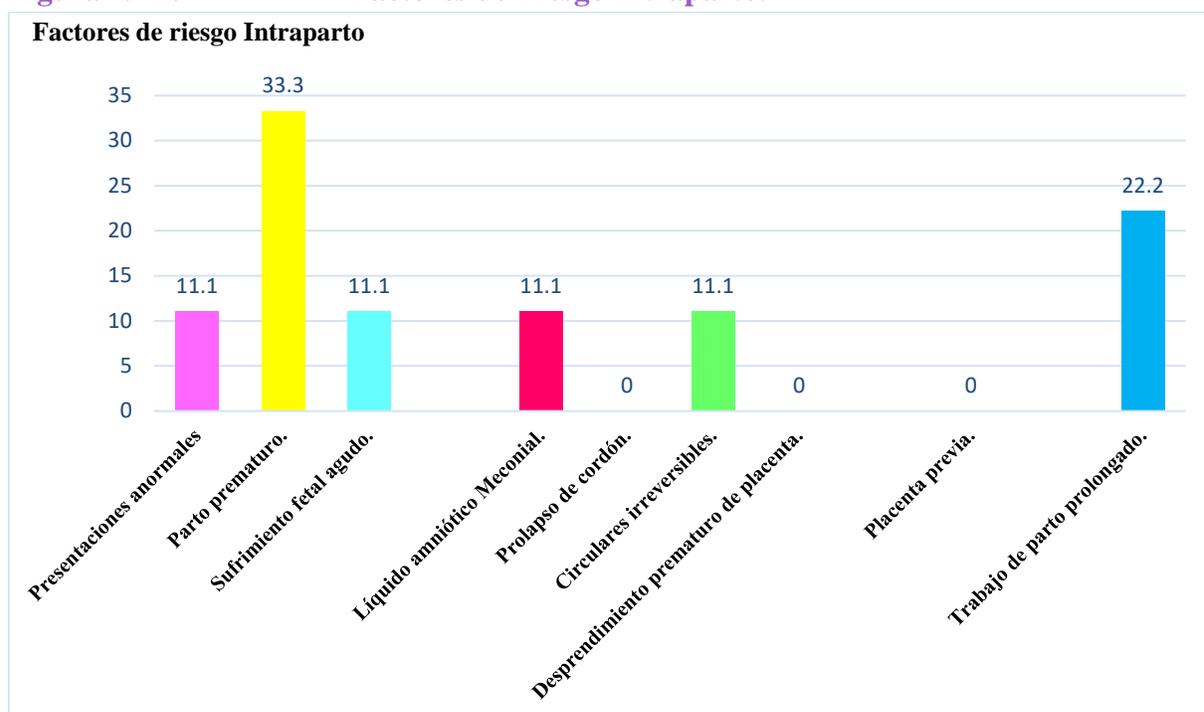
Como resultados de los datos obtenidos en la revisión documental sobre los factores de riesgo preparto de los 12(100%) expedientes de los casos estudiados, siendo un 6(37.5%) la edad materna, seguido por infecciones materna 3(18.75%) y anemia con un 3(18.75%), hidramnios u Oligoamnios con un 2(12.5%), preeclampsia 1(6.25%), macrosomía fetal 1(6.25%), de igual manera no se encontró como factor de riesgo la diabetes gestacional, ni retardo del crecimiento fetal en ningunos de los expedientes estudiados.

Los resultados obtenidos en relación a los factores de riesgo preparto con mayor incidencia para el desarrollo de la asfixia neonatal; en el hospital Gaspar García Laviana-Rivas, arroja que la edad materna ocupa el primer lugar, esta influye en la incidencia de diferentes anomalías durante el parto y en el desarrollo del feto y el riesgo de asfixia fetal aumenta por la presencia de partos prematuros en madres menores de 20 años (Torrez & Hernandez, 2018).De igual manera se debe tener presente que la gama de complicaciones biológicas es superior en madres adolescente, que pueden afectar tanto a la madre como al feto.

El segundo factor de riesgo parto son las infecciones materna 3(18.75%), tomando en cuenta la teoría las infecciones maternas se relacionan con la incidencia de asfixia neonatal, en donde (Rojas, 2015), explica que las infecciones maternas se transmiten al embrión y al feto de manera ascendente por la vagina, al cuello uterino y al líquido amniótico o por la propagación hematológica como resultado de la viremia materna. Los microorganismos pueden causar con mayor frecuencia cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y puede conducir a un parto pretérmino, resultado de esto puede provocar sufrimiento fetal, de igual manera puede provocar retardo del crecimiento fetal; así mismo las infecciones contraídas a una edad gestacional menor tienden a conducir a infecciones más graves y estas pueden llevar al feto a sufrir hipoxia por las complicaciones de la madre.

Respecto a la anemia representa el tercer factor de riesgo para un 3(18.75%), dentro de los factores partos, tomando en cuenta la teoría según (Mayo Clinic, 2019), esta puede afectar al bebé ya que se da a nivel cardiovascular la hemólisis provoca una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por los eritrocitos, la hipoxia determina un incremento de la frecuencia cardíaca y si no se logra compensar se provocara una falla cardíaca con insuficiencia cardíaca congestiva, la incapacidad para iniciar una ventilación espontánea eficaz debido a edemas pulmonares o derrames bilaterales produce asfixia al neonato.

Figura N° 10 Factores de Riesgo Intraparto.



Fuente: Revisión Documental.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la revisión documental, sobre los factores de riesgo intraparto, los cuales se estudiaron 12 expedientes que representan el 100% ; lo cual se representan según el gráfico, siendo 3 para un 33.3 % parto prematuro, seguido con un 2 para un 22.2% trabajo de parto prolongado, presentaciones anormales, sufrimiento fetal agudo, líquido amniótico meconial, circulares irreversibles lo cuales todos estos representa 1 para un 11.1% cada uno, de igual manera cabe señalar que en los expedientes estudiados no se encontró incidencia de prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa como factor de riesgo para que se presentara una asfixia neonatal .

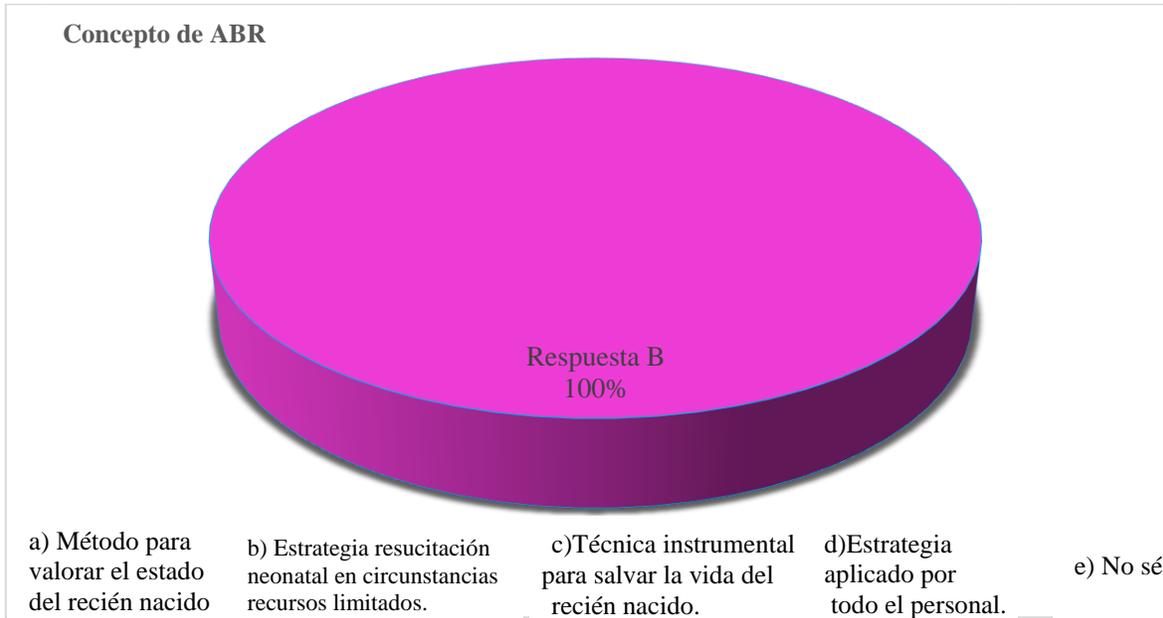
Partiendo de estos resultados, analizaremos cada factor de riesgo encontrados durante la revisión documental, iniciando con los que tienen mayor porcentaje en cuanto al número de casos. Teniendo como en mayor porcentaje parto prematuro con un 3 para un 33.3%, siendo esta una de las complicaciones que conlleva a que se dé la asfixia neonatal, según (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2008), explica que se produce una reducción del flujo útero placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que tiene como principal mediador la corticotrofina estas a su vez estimulan las células del

amnios, corion, produciendo prostaglandinas que produce las contracciones uterinas y maduran el cuello, desencadenando así el parto prematuro, que conlleva al nacimiento del feto que no ha completado la maduración de sus órganos vitales como es el caso del pulmón, por ende el feto cae en sufrimiento fetal y esto conlleva a que se dé la asfixia.

En segundo lugar, se presentó trabajo de parto prolongado que representa un 2 para un 22.2%, que puede traer complicaciones que comprometen la vitalidad fetal y complicaciones maternas. El trabajo de parto prolongado se relaciona con la asfixia ya que este al prolongarse por más de una hora en las multíparas y tres horas en nulíparas, produce que haya una caída de la frecuencia cardíaca fetal, lo que impide el transporte de oxígeno a todo el cuerpo (Quiroz Flores, 2019). Durante un parto prolongado el feto soporta largos periodos de estrés predisponiéndolo a una disminución prolongada del flujo útero placentario debido a las contracciones uterinas.

Seguido de estos se encontró como factor de riesgo las presentaciones anormales, sufrimiento fetal agudo, líquido amniótico meconial, circulares irreversibles lo cuales todos estos representan 1 para un 11.1% cada uno. En donde las presentaciones anormales conllevan que el parto sea más difícil y prolongado, produciendo una caída de la frecuencia cardíaca fetal impidiendo así el transporte de oxígeno; sufrimiento fetal agudo en donde se da la retención de oxígeno produciendo una acidosis gaseosa, la disminución del aporte de oxígeno causa una disminución en la presión parcial del gas en la sangre fetal; líquido amniótico meconial, la eliminación de este de manera prematura en el interior del saco amniótico o durante el trabajo de parto, indica sufrimiento fetal y le provoca al bebé una hipoxia, ya que las partículas obstruyen de forma mecánica las vías aéreas; de igual manera se encontró circulares irreversibles los que pueden provocar desprendimiento temprano de placenta debido a la tensión y tracción, interrumpiendo el intercambio normales de sangre, nutrientes y oxígeno al feto (Quiroz Flores, 2019).

Figura N° 11 Conocimiento del Personal de Enfermería sobre el concepto de ABR.



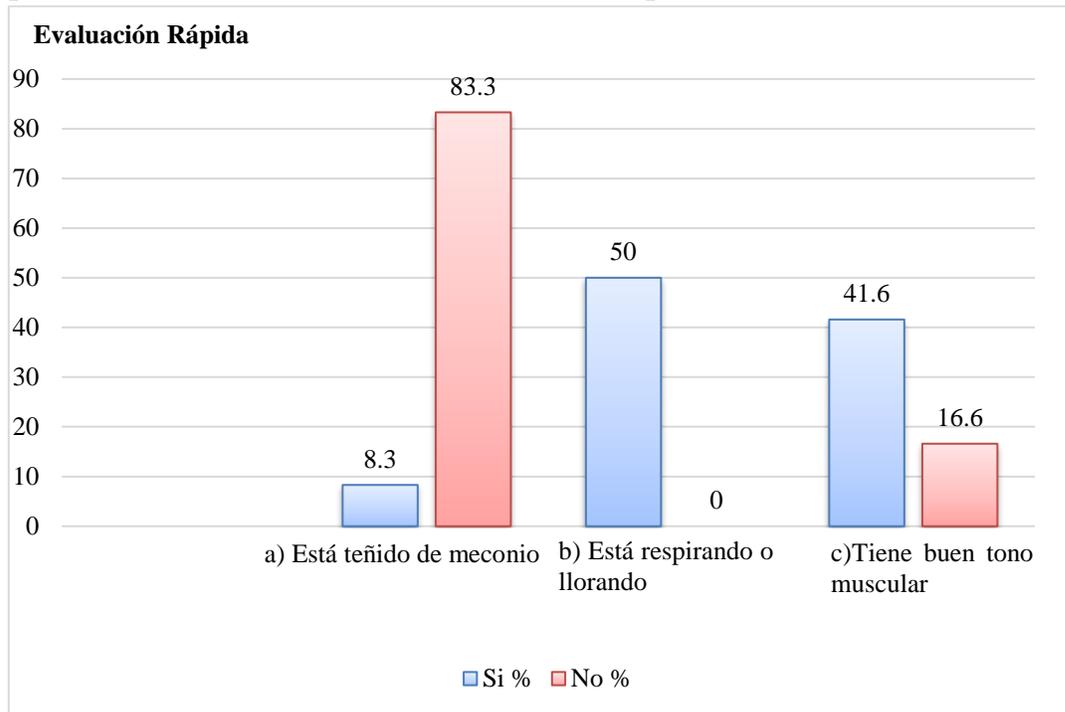
Fuente: Guía de Encuesta

El gráfico presenta el conocimiento del personal de enfermería sobre el concepto de la técnica ABR, en donde se obtuvo que 5 para un 100%, seleccionaron la respuesta correcta.

Según MINSA (2013) refiere, que el ABR es una estrategia sobre resucitación neonatal en circunstancia de recursos limitados, que se desarrolló bajo la premisa que cada recién nacido merece recibir una evaluación inicial y cuidados básicos inmediatos que puedan salvarle la vida.

La profesión de enfermería exige una preparación teórica- práctica continua, con el fin de permitir al enfermero actuar en forma segura y ordenada en la aplicación de la técnica ABR, que le permite admitir dicho procedimiento con una conducta adecuada y que puede con llevar el salvar la vida al recién nacido, es decir si se conoce que es la técnica en si se podrá efectuar en el momento preciso y forma más adecuada según el caso que se presente.

Figura N° 12 Práctica en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal por el personal de enfermería sobre la Evaluación Rápida.



Fuente: Revisión Documental.

En relación a la práctica en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal por el personal de enfermería (Evaluación rápida), se obtuvo a través de la revisión documental que en el caso en donde el líquido amniótico está teñido de meconio un 8.3% de los expedientes estudiados se encontró que despejaron la vías aéreas y succionaron la boca y nariz según el orden a seguir aplicándolo correctamente, sin embargo un 83.3% de los casos estudiados no se le aplicó este parámetro de valoración ya que no había meconio en el líquido amniótico.

Es importante que si hay presencia de meconio se debe despejar las vías aéreas ya que si este es inhalado por el bebé hacia sus pulmones pueden causar problemas respiratorios. (American Academy of Pediatrics, 2010). De igual manera se debe succionar la boca y la nariz en donde se debe despejar primero la boca para sacar la mayor cantidad de secreciones antes que el bebé jadee o llore.

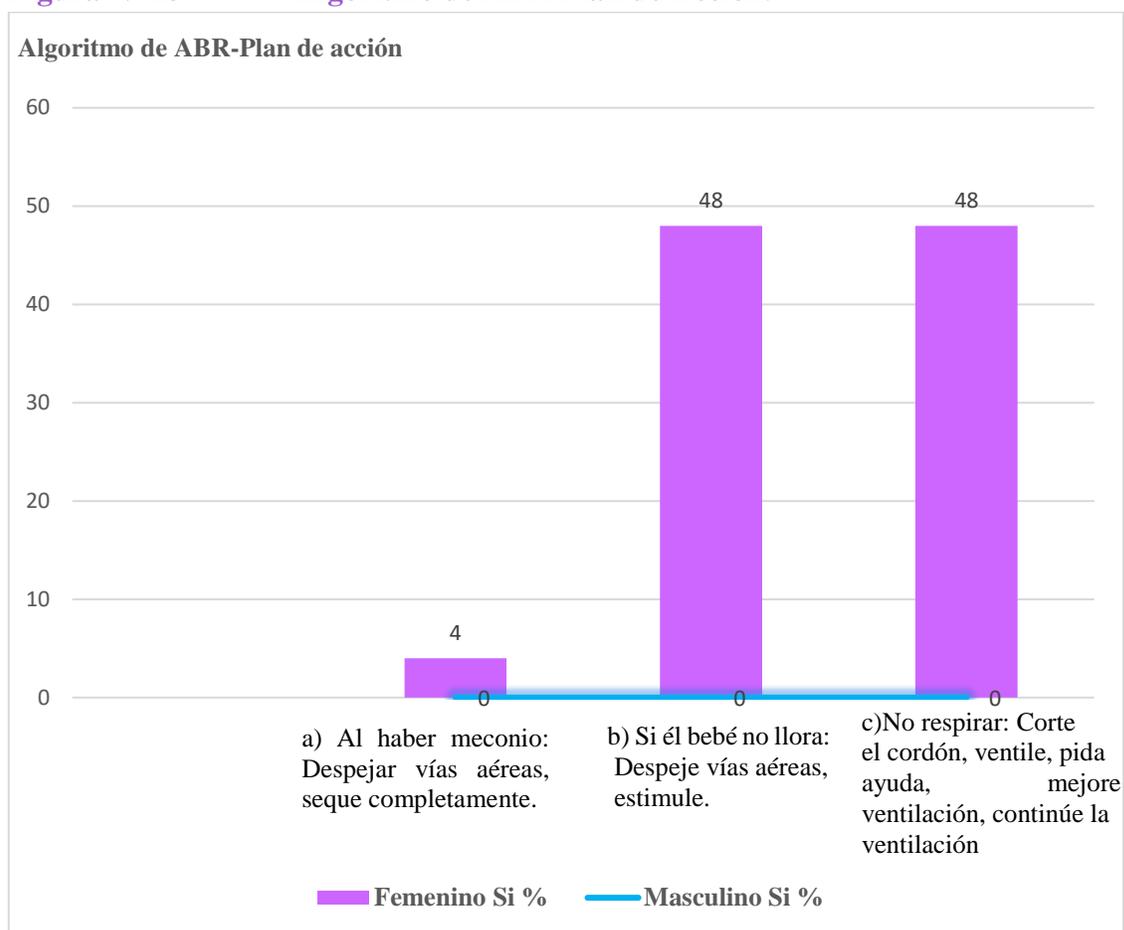
Por otro lado, mediante la revisión de expediente y tomando en cuenta el inciso b está respirando o llorando, todos los documento reflejaban que el personal realizó de forma ordenada y correcta cada paso, pero sin embargo al analizar la guía de encuesta se observó

que el 5 para un 100% respondieron de forma incorrecta según los pasos a seguir según la teoría, en donde esta manifiesta que primeramente se debe mantener al bebe abrigado colocándole un gorrito en la cabeza evitando el estrés por frio, ya que aumenta el consumo de oxígeno y dificultad de reanimación, se debe colocar bajo una fuente de calor y cubrirlo con una toalla seca precalentada, de igual manera se tiene que revisar la respiración observando el movimiento del pecho y verificando que el aire puede pasar libremente a través de la nariz.

Por consiguiente, se debe posicionar la cabeza con el cuello ligeramente extendido para mantener abierta las vías respiratorias, también se deben despejar las vías respiratorias, la boca y luego la nariz ya que si se succiona primero la nariz puede causar jadeos o inhalación de secreciones.

Ya por último en el inciso c tiene buen tono muscular, el 41.6% de los expedientes en estudio refleja que identificaron de forma correcta cuando un bebé tiene un buen tono muscular y un 16.6% no logró identificar en el recién nacido el tono, pero al relacionar dicho parámetro con la realización de encuesta se encontró que 4 para un 80% respondieron de manera incorrecta en relación a la identificación de un buen tono muscular y que solamente 1 licenciada que equivale a un 20% respondió de forma correcta. Por lo cual se ve la importancia de que el personal de enfermería esté preparado en cuanto a la identificación de este para saber si el recién nacido está o no respirando bien y poder saber si se necesita o no otro ciclo de aplicación ABR.

Figura N° 13 Algoritmo de ABR-Plan de Acción.



Fuente: Revisión Documental

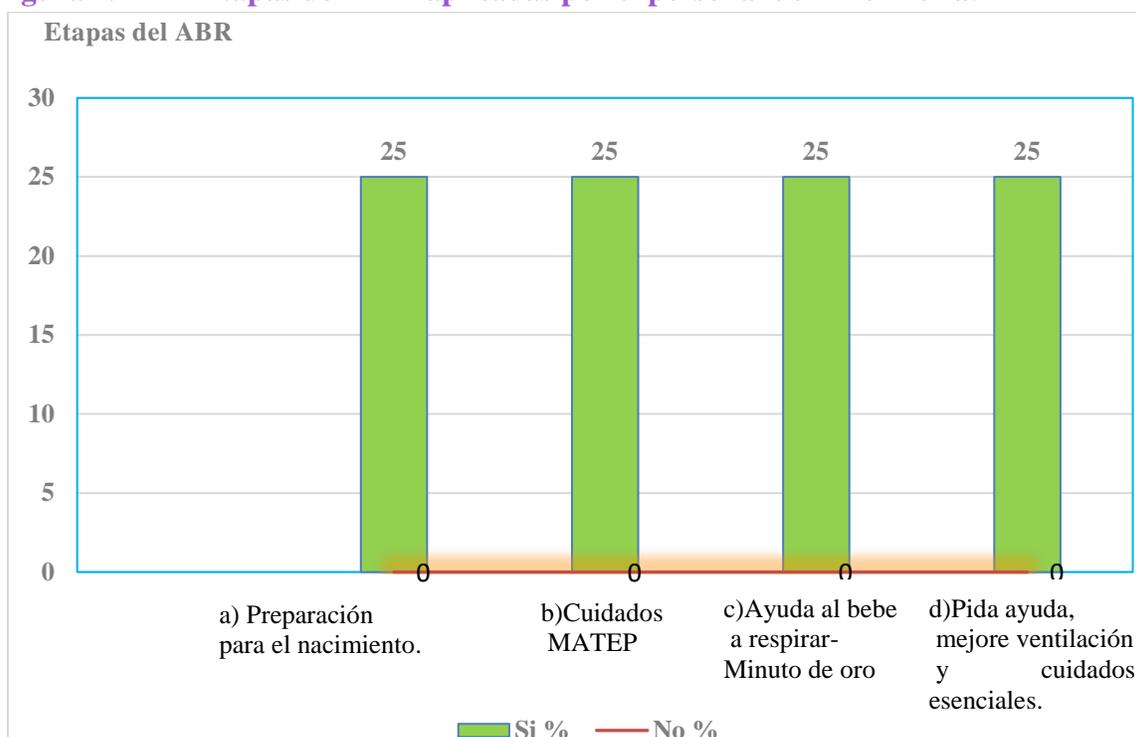
De acuerdo a lo encontrado a través de la revisión documental de expedientes clínicos 12 para un 100% sobre el algoritmo del ABR y en relación al sexo del personal de enfermería; Cabe recalcar que el 5 para el 100% de los encuestados son del sexo femenino y no se encontró ninguno del sexo masculino que labore en la sala, por lo cual predomina en la respuesta del algoritmo del ABR el sexo femenino.

También es importante destacar que solo en 1 expediente para un 4% se identificó que había presencia de meconio, despejando las vías aéreas y secando completamente; aunque en la revisión documental de los otros expedientes no se manifestó que el líquido estuviera teñido de meconio; en comparación a los conocimientos del personal a través de la guía de encuesta en relación en la primera parte que se debe realizar en el algoritmo, todas las encuestadas respondieron de manera insatisfactoria ya que ninguna acertó con la respuesta correcta.

Ahora bien, a lo que respecta al segundo sobre si el bebé no llora, se halló en los expedientes clínicos que un 12 para un 48%, aplicaron de manera lógica y correcta los pasos a seguir en esta fase del algoritmo; teniendo así una igualdad con la respuesta encontrada a través de la guía de encuesta, es ahí donde se refleja que los conocimientos que el personal posee lo aplicaron de forma directa y eficaz y de manera ordenada en la práctica

Al finalizar con el algoritmo se valora la fase si el bebé no respira y lo que se debe hacer en donde en los 12 expedientes para un 48%, reflejan que aplicaron de manera correcta y ordena los pasos a seguir, sin embargo, al aplicar la encuesta a las Lic. en estudio seleccionaron el orden incorrecto que se debe seguir contrarrestando así lo encontrado en el expediente clínico en relación a lo encontrado en la guía de encuesta.

Figura N° 14 Etapas del ABR aplicadas por el personal de Enfermería.

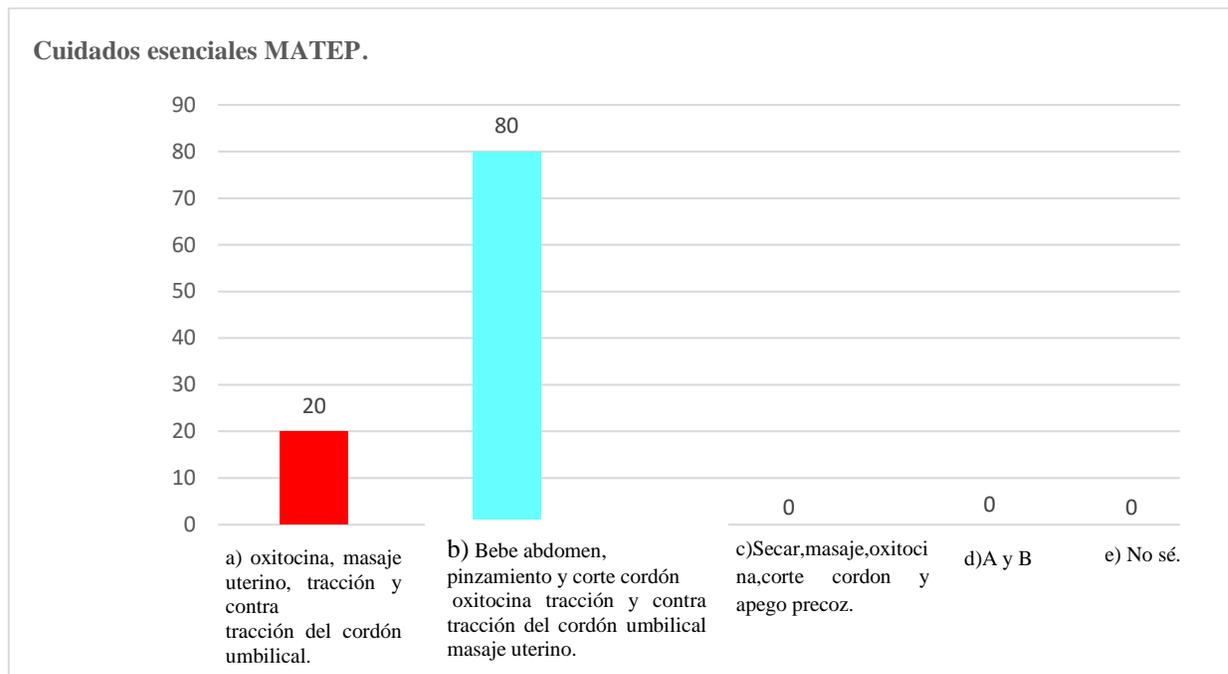


Fuente: Revisión Documental

Cada una de los parámetros presentados que corresponden a las etapas del ABR, está representado en un 25% cada una, en lo encontrado en relación a la revisión documental se encontró que aplicaron cada una de las etapas en dichos casos de manera correcta por el personal de enfermería; sin embargo en la respuesta C que abarca los cuidados esenciales maternos MATEP, 4 para un 80% acertaron en la guía de encuesta y 1 para un 20% acertó de manera invertida la respuesta.

A lo que respecta a la última etapa se evidencio a través de la revisión documental que, en los 12 expedientes, que personal de enfermería pidió ayuda, para mejorar la ventilación. Por lo contrario al analizar las encuesta se observó que predomino un 3 (60%) de las licenciadas respondieron que no piden ayuda para mejorar la ventilación, sin embargo 2 para un 40%, recalco que si piden ayuda para mejorar la ventilación; en donde el (MINSa, 2013), refleja que es necesario llamar a otra persona entrenada para que apoye en la asistencia al bebé.

Figura N° 15 Conocimiento del personal de Enfermería sobre cuidados esenciales MATEP.



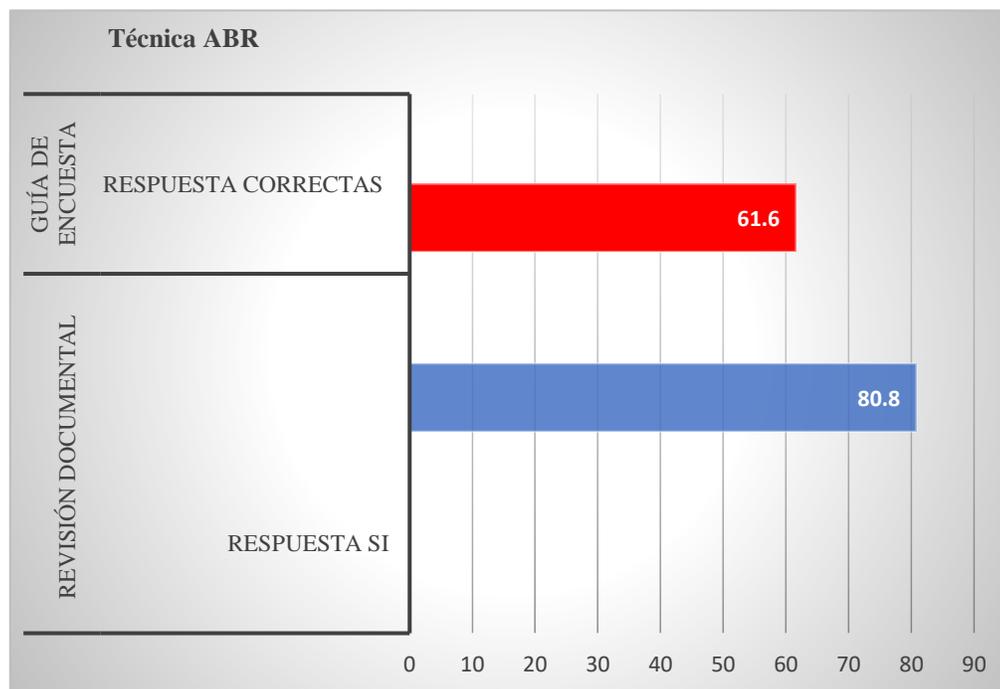
Fuente: Guía de Encuesta

Mediante la ilustración presentada en relación a los conocimientos sobre los cuidados esenciales MATEP por el personal de enfermería se determinó que en su mayoría representada en un 4 para el 80% respondieron correctamente según el orden a seguir ya estandarizados por el ministerio de salud. De lo contrario a lo antes dicho un mínimo porcentaje o sea 1 para el 20% no acertó con la respuesta correcta según el orden.

Según (MINSA, 2013), afirma que primeramente se debe colocar al bebe en el abdomen materno en posición prono si él bebé, está completamente activo de esta manera promueve el apego precoz haciendo contacto piel a piel, seguido del pinzamiento y corte del cordón umbilical en donde se debe esperar de uno a tres minutos o después que el cordón haya dejado de pulsar y posteriormente aplicar 10 UI de oxitocina IM antes de esto verificar que no haya presencia de otro bebé palpando el útero, continuo de la tracción y contratracción umbilical y finalizar con los masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, para estimular la contracción del útero.

A como ya se había mencionado anteriormente es importante aplicar los pasos del MATEP de forma tal y como los estandarizan las normas del ministerio de salud ya que estos pueden incidir de forma directa en la salud tanto del bebé como de la madre ya que si no se sigue cierto orden se corre el riesgo de que la mujer tenga una hemorragia post parto, anemias o de la necesidad de una transfusión sanguínea.

Figura N° 16 Triangulación de la técnica ABR con guía de encuesta y revisión documental



Se realizó la triangulación entre la variable número 2 y 3 en lo que respecta a la técnica ABR, valorando el conocimiento del personal a través de la guía de encuesta, en donde a cada acápite de pregunta se le dio un valor de 8.33 para un total del 100% y a lo que respecta a la práctica de la técnica se pudo evaluar a través de la revisión del expediente clínico en el cual se le asignó un valor de 10 puntos a cada respuesta afirmativa para un 100%. De esta manera se clasificó los resultados obtenidos como: 90-100: excelente; 80-89: muy bueno; 71-79: bueno, 60-69: regular; menor de 60: deficiente.

Según los resultados mostrados a través del gráfico y previamente ya analizado respecto a la técnica ABR se encontró que el personal de enfermería en relación al conocimiento se encuentra dentro de los parámetros regular con un resultado total de 61.6%; por consiguiente, en la revisión documental se encontró que el personal de enfermería cumplió en un 80.8% en lo que se clasifica su resultado como muy bueno de acuerdo a lo encontrado.

Según la técnica ABR se debe valorar la evaluación rápida es decir si el líquido está teñido de meconio se debe despejar vías aéreas, succión boca y nariz; si está respirando o llorando

se debe mantener abrigado, revise la respiración, posicione la cabeza, despeje las vías respiratorias, ventilar con bolsa y mascarilla, está la frecuencia cardíaca normal o lenta y pida ayuda; y por último se debe valorar si tiene buen tono muscular en donde debe sostener las piernas y brazos apretados cerca del cuerpo, rodillas y codos doblados, músculos fuertes y buena respiración; de igual manera se debe aplicar el algoritmo del ABR que consta valorar si hay meconio, si no llora y si no respira, teniendo en cuenta también las etapas del ABR que consta de 4, preparación para el nacimiento, cuidados esenciales maternos MATEP, minuto de oro y por último pida ayuda y mejore la ventilación.

Conclusiones

1. En síntesis, en el estudio realizado, se encontró que en lo que corresponde a nuestra primera variable en estudio situación demográfica y laboral del personal de enfermería; el sexo predominante fue el femenino, en lo respecta a la edad del personal inciden más las edades de 46-55 años, de igual manera prevalece la procedencia de área urbana, en su mayoría eran Lic. en materno infantil y que recibían educación continua, con relación a los años de experiencia prevalece entre 25 a 30 años.
2. Por otro lado, en la segunda variable que concierne a los conocimientos sobre la asfixia neonatal y la técnica ABR que posee el personal de enfermería del hospital Gaspar García Laviana -Rivas, se encontró que de forma general manejan lo relacionado a la asfixia es decir concepto, clasificación y sus parámetros pre e intraparto, a lo que respecta a los factores de riesgo asociados a la asfixia neonatal se presentaron con mayor frecuencia en el periodo preparto la edad materna, anemia e infecciones maternas y durante el periodo intraparto prevalecieron el parto prematuro, trabajo de parto prolongado y líquido amniótico meconial.

En lo respecta a los conocimientos que poseían sobre la técnica ABR a través de la guía de encuesta estas presentan un déficit en el orden que se debe seguir para la aplicación de la técnica, ya que, aunque conocen cuales son los parámetros, no seleccionaron adecuadamente el orden establecido según las normas del ministerio de salud.

3. A lo que concierne a la última variable sobre la valoración de la práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia, se encontró a través de la revisión documental que el personal de enfermería aplicó correctamente la técnica y con los pasos ordenadamente según lo escrito en el expediente clínico, en la aplicación de la encuesta se encontró que el personal de enfermería de la sala de labor no maneja correctamente algunos de los criterios que corresponden a la técnica y que se deben seguir de manera ordenadamente.

Recomendaciones

Al Hospital Gaspar García Laviana- Rivas, que continúe brindando apoyo a los estudiantes de la salud, para la realización de estudios investigativos para su formación profesional, de igual manera al personal de docencia que sigan brindando información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos por el investigador; así también que realicen capacitaciones al personal de enfermería en las áreas en donde se atiende a la embarazada haciendo énfasis en las patologías más frecuentes encontradas y el manejo de estas, contribuyendo así a disminuir las complicaciones en la mujer y el recién nacido a la hora del parto, de tal forma minimizar los niveles de incidencia de morbilidad neonatal.

A la jefa de la sala de labor y parto, que prosiga facilitando las oportunidades para los estudios que se pretendan realizar en dicha sala, brindando los recursos e información necesaria a los futuros investigadores; y que establezca mayores exigencias para su personal en relación al conocimiento que deben poseer respecto a la técnica ABR, se le insta a seguir promoviendo a los familiares de las embarazadas la importancia y cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Al personal de enfermería que labora en la sala de labor y parto que retroalimente sus conocimientos, cumpliendo su rol de investigadores para mejorar en calidad y calidez la atención que se presta en el servicio de igual forma que tomen conciencia sobre la importancia de conocer sobre la técnica ABR específicamente el orden que se debe seguir en cada paso y que siga tomando una actitud empática para una atención digna y humana tanto para la madre como para el bebé.

A la universidad que sigan brindando información sobre los estudios a los que se les puede dar continuidad más adelante y que continúen brindando apoyo a los estudiantes en los procesos investigativos de acuerdo al tema de interés, fomentando así la relevancia de los estudios investigativos para la formación profesional.

Bibliografía

- Arizmendi, J., Carmona Pertuz, V., Colmenares, A., Gómez Hoyos, D., & Palomo, T. (2012). Diabetes Gestacional y Complicaciones Neonatales. *RevistaMed* .
- American Academy of Pediatrics. (2010). Ayudar a los Neonatos a respirar.
- Asociación Americana del Embarazo. (08 de 2015). El prolapso del cordón Umbilical. Obtenido de <https://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/umbilical-cord-prolapse/>
- Ávila Reyes, R., & Marroquín , J. L. (2013). Morbilidad neonatal asociada con el grado de tinción meconial del líquido amniótico . México.
- cybertesis:UACH. (2003). Definición de variables. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmm828p/xhtml/TH.7xml>
- Carrero, J. A. (2016 p.1). *SciElo*. Recuperado el 15 de Julio de 2019, de SciELO: [www.scielo.org.co/Consentimiento Informado](http://www.scielo.org.co/ConsentimientoInformado)
- Cerezal, J. (2002). Los métodos científicos en las investigaciones pedagógicas. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de Los métodos científicos en las investigaciones pedagógicas: <https://www.ecured.cu>
- Díaz Lemus, M., Martínez Trujillo, N., & Torres Esperón , M. (s.f.). Glosario de Términos.
- Dowshen, S. (junio de 2018). *KidsHealth*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/lungs-esp.html/> Bebé de término
- EcuRed. (2017). EcuRed. Obtenido de [https://www.ecured.cu/drogas legales](https://www.ecured.cu/drogas-legales)
- Filho Naomar, A., Castiel , L. D., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva- Buenos Aires*, 326.
- Gómez Pasquier, I., Urbina Téllez , L., Wong Blandón, Y., & López Cruz, S. (2012). Diseños metodológicos para formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad (MCC) Y en salud infantil. Managua.

- Gómez, C. (2005 p.118-124). *SciElo*. Recuperado el 15 de Julio de 2019, de SciElo:
<https://www.scholar.google.es/Triangulación de la información>
- Guillen., F. M. (2005, p.124). *Medicina Perinatal basada en Evidencia*. Managua: LITONIC.
- Hernández Martínez, A., & Gómez Salgado, J. (2008). *Enfermería del recién nacido en riesgo y procedimientos neonatales*. Madrid: FUDEN.
- Hesperian Health Guides. (2019). *Wikisalud*. Obtenido de [https://es.hesperian.org/hhg/A_Book_for_Midwives:Atender_al_bebé/Tono muscular](https://es.hesperian.org/hhg/A_Book_for_Midwives:Atender_al_bebé/Tono_muscular).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014, P. 319-320.). *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana Editores.
- Lara Blanco, I., & Rojas Carrera, S. (Marzo de 2019). *SciElo*.
<https://scholar.google.es/Educacion continúa>
- Martínez, J. L. (Abril de 2003). *Macrosomia Fetal: Riesgo perinatal*. Obtenido de Revista Médica Clínica Las Condes/Macrosomia Fetal: Riesgo perinatal:
<https://www.elsevier.es/en-revista-medica-clinica-macrosomia-fetal-riesgo perinatal>
- Mayo Clinic. (2019). *Estilo de vida saludable-Anemia por deficiencia de hierro*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/anemia-during-pregnancy/art-20114455>
- MayoCline. (13 de 06 de 2018). *Desprendimiento de placenta*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>
- MedlinePlus. (2018). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002220.htm>
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica para la atención del neonato*. Managua.
- Ministerio de Salud. (2011 p.7). Recuperado el 02 de Julio de 2019, de Ministerio de Salud:
www.msal.gob.ar

MINSA. (Marzo de 2013 , p.44). Recuperado el 23 de Junio de 2019, de MINSA:
www.minsa.gob.ni

MINSA. (Marzo. de 2013, p. 44). Recuperado el 23 de Marzo de 2019, de MINSA:
www.minsa.gob.ni

Martínez Pérez, R., & Rodríguez Esponda, E. (31 de Mayo de 2017). Metodología de la investigación en Ciencias de la salud. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de metodología de la investigación en Ciencias de la salud.: <https://instituciones.sld.cu>

Mercedes, B. J. (2004). Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento. Recuperado el 10 de 06 de 2019, de Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento.: <https://dialnet.uniroja.es>.

Olds, S. B., London, M. L., & Ladewig, P. W. ((sf), p. 1017). Enfermería Materno infantil, cuarta edición. México: Addison-Wesley Publishing Company.

Ovalle, A., Martínez, A., & Fuentes, A. (2007). Resultado neonatal adversos en la ruptura prematura de membranas. Scielo.

Pisco de la Cruz, M. J. (2016). Oligoamnios, factores de riesgo y complicaciones maternas fetales. Ecuador.

Pérez, M. C. (2015.p15). Scielo. Recuperado el 01 de Julio de 2019, de ScieElo:
<https://sholar.google.es>

Pineda, E., & Alvarado, E. (2008). Scielo. Recuperado el 01 de Julio de 2019, de ScieElo:
<https://scholar.google.es>

Ponce Narváez, R., & Ponce Narváez, C. (2016). *Revista Scielo*. Obtenido de <http://scielo.sdl.cu/evaluacion> del nivel de conocimiento relacionado con la reanimacion cardiopulmonar neonatal

Quiroz Flores, Z. (2018). Módulo Enfermería de la Mujer II. Managua: UNAN Managua.

Quiroz Flores, Z. (2019). Módulo Enfermería de la mujer III. Managua: UNAN-Managua.

Rojas, R. I. (2015). Infección Urinaria en gestantes asociados a asfixia neonatal. Lima-Perú.

Real Academia Española. (2018, p1). Recuperado el 28 de Junio de 2019, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/> Definición de conocimiento

Riquelme., M. (1 de Noviembre de 2017). Web y empresas. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de Web y empresas: <https://www.webempresas.com>.

Salazar, O. B. (2016). Circular cordón asociado a asfixia neonatal en parto vaginal. Perú.

Schwarcz, R. L., Fescina, R. H., & Duverges, C. A. (2008). Obstetricia. Buenos Aires: El ateno.

Sánchez, M. E. (2016, P. 18-30). SciELO. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de SciELO: <https://scholar.google.es/> Educación continúa

Sequeira Calero, V., & Cruz Picón, A. (2009, p. 3). Investigar es fácil. Managua: Editorial Universitaria.

Suarez, E. G. (22 de 2 de 2011, p. 112-114.). Scielo. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de Scielo: <http://scielo.sld.cu> /Conocimiento empírico

Torres, M. C. (2007). Factores de riesgo maternos asociados a mortalidad perinatal. Ocotlán-Nueva Segovia.

Torrez, M. E., & Hernández, A. d. (2018). Factores de riesgo asociados a asfixia neonatal e intervenciones de enfermería en el servicio de neonatología. Masaya.

Anexos

2.6.2.1.3.1 Clasificación

- a. Candidiasis
- b. Gardnerella
- c. IVU

2.6.2.1.4 Hidramnios u Oligoamnios

2.6.2.1.5 Ruptura prematura de membranas

2.6.2.1.6 Consumo de drogas

2.6.2.1.6.1 Clasificación

- a. Legales
- b. Ilegales

2.6.2.1.7 Edad Materna

2.6.2.1.8 Anemia

2.6.2.1.8.1 Clasificación

- a. Anemia por déficit de vitamina: folatos y vitamina B12
- b. Anemia Ferropénica.

2.6.2.1.9 Retardo del crecimiento fetal

2.6.2.1.10 Macrosomía fetal

2.6.2.2 Factores de riesgo Intra Parto

2.6.2.2.1 Presentaciones anormales

2.6.2.2.2 Parto Prematuro

2.6.2.2.2.1 Clasificación

- a. Parto inmaduro
- b. Parto pretérmino moderado
- c. Parto pretérmino severo
- d. Parto pretérmino extremo

2.6.2.2.3 Sufrimiento fetal agudo

2.6.2.2.4 Líquido Amniótico

2.6.2.2.4.1 Clasificación

- a. Claro
- b. Meconial

2.6.2.2.5 Prolapso de Cordón

2.6.2.2.6 Circulares irreversibles

2.6.2.2.7 Desprendimiento prematuro de placenta

2.6.2.2.8 Placenta Previa

2.6.2.2.8.1 Clasificación

- a. Lateral
- b. Marginal
- c. Oclusiva o central total

2.6.2.2.9 Trabajo de parto prolongado.

3. Valorar la práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia neonatal.

3.1 Definición

3.2 Evaluación rápida

3.2.1 Si el líquido está teñido de meconio

- a) Despejar vías aéreas
- b) Succión boca y nariz

3.2.2 Esta respirando o llorando

- a) Manténgalo abrigado

- b)** Revise la respiración
- c)** Posicione la cabeza
- d)** Despejar las vías respiratorias
- e)** Ventile con bolsa y mascarilla
- f)** Está la frecuencia cardíaca norma o lenta
- g)** Pida ayuda

3.2.3 Tiene buen tono muscular

3.2.4 Es de término

3.3 Algoritmo de ABR- Plan de acción

3.3.1 Si hay meconio

- a)** Despeje vías aéreas
- b)** Seque completamente

3.3.2 No llora

- a)** Despeje vías aéreas

3.3.3 Estimule No respira

- a)** Corte el cordón
- b)** Ventile
- c)** Un bebé que está respirando bien estará
- d)** Pida ayuda
- e)** Mejore la ventilación
- f)** Continúe la ventilación atención avanzada:

3.4 Etapas del ABR

3.4.1 Preparación para el nacimiento

3.4.1.1 Preparar el área para el parto.

- a)** Limpia
- b)** Cálida
- c)** Bien iluminada

3.4.1.2 Lavado de mano

3.4.1.3 Preparé un área para ventilación y verifiqué el equipo.

3.4.2 Cuidados esenciales maternos / MATEP

3.4.2.1 Bebé sobre el abdomen de la madre

3.4.2.2 Pinzamiento del cordón umbilical

3.4.2.3 Administración de 10 UI de oxitocina IM

3.4.2.4 Tracción y contra tracción del cordón umbilical

3.4.2.5 Masajes Uterinos

3.4.3 Ayudar al bebé a respirar/Minuto de Oro

- a)** Manténgalo caliente:
- b)** Posicionar la cabeza
- c)** Despejar las vías aéreas
- d)** Estimular la respiración

3.4.4 Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

c) Presupuesto.

Inversión	Gasto
Transporte	6,800
Impresiones	1,200
Recargas	1,800
Internet	500
Encuadernado	300
Papelógrafos	50
Alimentación	3,000
TOTAL	13,650.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

d) Instrumentos

Encuesta



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”.



Departamento de Enfermería

Estimados (a) profesionales de enfermería, a continuación, se les presentará la siguiente guía de encuesta con el objetivo de analizar los Conocimientos científicos sobre el manejo del recién nacido con asfixia y la técnica ABR que ustedes poseen. La información recopilada es para fines de investigación académica, y que los nombres de los encuestados se mantendrán de forma anónima ya que sus resultados son para uso exclusivo de los investigadores y serán procesados de forma general y no individual. A continuación, se presenta una serie de preguntas cerradas, las cuales deben ser contestadas según su criterio y de antemano le agradecemos su participación.

Encuesta N°: _____

I. Características sociales (Marque con una X una respuesta)

Edad:

≤ 24 25-35 36-45 46-55 ≥ 55

Sexo:

Femenino Masculino

Lugar de procedencia:

Urbano Rural

II. Características laborales (Marque con una X una respuesta)

Cargo: _____

Educación continua: Si No

Años de experiencias: < 4 5-10 11-16 17-24 25-30 >31

III. Conocimiento científico sobre asfixia neonatal. Encierre en un círculo las respuestas que considere correcta.

1. ¿Qué es la asfixia neonatal?

- a) Es una enfermedad que se caracteriza por la elevación máxima del intercambio gaseoso y a nivel de la placenta o de los pulmones y que afecta tanto a la bebé, como a la madre.
- b) Es un síndrome caracterizado por la suspensión o la grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones.
- c) Este se presenta durante el periodo del parto debido a la disminución de oxígeno por anomalías del recién nacido.
- d) Respuesta A y B son correcta.
- e) No sé.

2. ¿Cómo se clasifica la asfixia neonatal?

- a) Asfixia aguda y crónica.
- b) Asfixia sindrómica y no sindrómica.
- c) Asfixia Leve-Moderada y grave.
- d) Asfixia tipo 1, tipo 2 y tipo 3.
- e) No sé.

3. ¿Cuáles son los parámetros para identificar la asfixia en el periodo Preparto?

- a) Modificaciones del ritmo cardiaco fetal, disminución de la actividad fetal, salida de líquido amniótico con meconio.
- b) Salida de mucho líquido amniótico, alteración de la actividad fetal, bradicardia.
- c) P/A materna mayor de 120 sistólica y 90 diastólica, FCF mayor de 160, disminución de la actividad fetal.

- d) A y B son correcto.
- e) No sé.

4. Parámetros que se deben de identificar en el Intraparto ¿Qué es la valoración Apgar?

- a) Es un método de preparación del estado general del recién nacido que se realiza en el primer minuto de vida.
- b) Es una evaluación del estado neurológico del recién nacido, que se efectúa al primer y quinto minuto de vida del recién nacido.
- c) El Apgar es una evaluación del estado general del recién nacido, y no se debe usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal, se efectúa en el primer y quinto minuto de vida.
- d) Es un medio diagnóstico que se implementa para tomar medidas de reanimación cardiopulmonar neonatal y salvar la vida o recuperar el estado normal de recién nacido.
- e) No sé.

5. ¿Cuáles son los parámetros que se valoran en el Apgar?

- a) Frecuencia cardiaca fetal, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color.
- b) Respiración, color, tiraje intercostal, irritabilidad refleja y tono.
- c) Aleteo nasal, frecuencia cardiaca, tiraje intercostal, tono, irritabilidad refleja.
- d) Temperatura, color, reflejos, tono y tiraje intercostal.
- e) No sé.

6. ¿Qué es el ABR?

- a) Es un método que se utiliza para valorar el estado general del recién nacido.
- b) Es una estrategia sobre resucitación neonatal en circunstancias de recursos limitados, que merece recibir una evaluación inicial y cuidados básicos inmediatos que puedan salvar la vida.
- c) Es una técnica básica con instrumental necesario para salvar la vida del recién nacido.
- d) Es una estrategia que se utiliza para salvar la vida del recién nacido y recuperar su estado de salud y que puede ser aplicado por todo el personal de salud.
- e) No sé.

Evaluación rápida

7. ¿Qué se realiza según su orden si el líquido está teñido de meconio?

- a) Secar, despejar vías aéreas, colocar en cuna térmica.
- b) Despejar vías aéreas, secar, tomar temperatura.
- c) Despejar vías aéreas, succión boca y nariz.
- d) B y C son correctas.
- e) No sé.

8. ¿Si está respirando o llorando que se hace?

- a) Manténgalo abrigado, revise la respiración, posicione la cabeza, despejar las vías respiratoria, ventile con bolsa y mascarilla, está la frecuencia cardiaca norma o lenta, pida ayuda.
- b) Despejar vías respiratorias, posicione la cabeza, revisar la respiración, revisar la frecuencia cardiaca y pedir ayuda.
- c) Posicionar la cabeza, tomar la temperatura rectal, despejar las vías aéreas, revisar la FCF, dar reanimación y mantenerlo abrigado.
- d) A y B son correcta.
- e) No sé.

9. ¿Tiene buen tono muscular?

- a) No sostiene piernas ni brazos cerca del cuerpo, músculos débiles, flácidos y no respira bien.
- b) Tiene buen reflejo de agarre, buen ritmo cardiaco y respira bien.
- c) Sostiene las piernas y los brazos apretados cerca del cuerpo, las rodillas y codos doblados, músculos fuertes y buena respiración.
- d) Todas las anteriores pueden ser una opción.
- e) No sé.

Algoritmo de ABR-Plan de acción.

10. ¿Si hay meconio que hacer?

- a) Secar cara, estimular.
- b) Despejar vías aéreas, seque completamente.
- c) Seque completamente, pida ayuda y ventile vías aéreas.
- d) Posicionar la cabeza y despejar vías aéreas.
- e) No sé.

11. ¿Si no llora que hacer?

- a) Estimule, despeje vías aéreas.
- b) Despeje vías aéreas, estimule.
- c) Succione boca y nariz, secar.
- d) Pedir ayuda y trasladar inmediatamente.
- e) No sé.

12. ¿Si no respira que hacer?

- a) Pida ayuda. Ventile, corte el cordón, mejore ventilación y continúe ventilación avanzada.
- b) Pida ayuda, despeje vías aéreas, corte el cordón, seque, continúe la ventilación atención avanzada.
- c) Corte el cordón, ventile, pida ayuda, mejore la ventilación, continúe la ventilación avanzada.
- d) Ventile, corte cordón, pida ayuda y traslade a UCI.
- e) No sé.

Etapas del ABR  **Preparación para el nacimiento.**

13. Preparar el área para el parto.

- a) Limpia, cálida, bien iluminada.
- b) Oscura, ventilada, limpia.
- c) Limpia, sin ventilación y clara.
- d) A y B son correctas.
- e) No sé.

14. Lavado de mano

- a) Si
- b) No

15. Preparé un área para ventilación y verifiqué el equipo.

- a) Si
- b) No

Cuidados esenciales materno MATEP.

16. ¿Cuál es el orden que se debe seguir para aplicar MATEP?

- a) Administrar 10 UI de oxitocina, masajes uterinos, tracción y contra tracción del cordón umbilical, pinzamiento y corte del cordón.
- b) Bebe sobre el abdomen de la madre, pinzamiento y corte del cordón umbilical, administración de 10 UI de oxitocina, tracción y contra tracción del cordón umbilical, masajes uterinos.
- c) Secar, masajes uterinos, administración de 10 UI de oxitocina, corte del cordón y apego precoz.
- d) A y B son correcta.
- e) No sé.

Ayuda al bebe a respirar- Minuto de oro.

17. ¿Se aplica con frecuencia cuando se presenta asfixia neonatal?

- a) Si
- b) No

18. Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales. ¿Es correcto este orden?

- a) Si
- b) No



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”
Departamento de Enfermería

Revisión Documental

Datos Generales

Número de expediente: _____

Factores de riesgo asociados a asfixia neonatal.	Si	No
Factores de riesgo Preparto.		
1. Diabetes. a) Diabetes tipo I. b) Diabetes tipo II. c) Diabetes gestacional.		
2. Preeclampsia. a) Preeclampsia moderada. b) Preeclampsia grave.		
3. Infecciones Maternas. a) IVU. b) Candidiasis. c) Gardnerella.		
4. Hidramnios u oligoamnios.		
5. Ruptura prematura de membranas.		
6. Consumo de drogas a) Legales. b) Ilegales.		

7.Edad Materna		
8.Anemia a) Anemia por déficit de vitamina: folatos y vitamina B12 b) Anemia Ferropénica.		
9.Retardo del crecimiento fetal.		
10.Macrosomia fetal.		
Factores de riesgo Intraparto		
11.Presentaciones anormales.		
12.Parto prematuro. a. Parto inmaduro. b. Parto pretérmino moderado c. Parto pretérmino severo d. Parto pretérmino extremo		
13.Sufrimiento fetal agudo.		
14. Líquido Amniótico a) Meconial		
15.Prolapso de cordón.		
16.Circulares irreversibles.		
17.Desprendimiento prematuro de placenta.		
18.Placenta previa. a) Lateral. b) Marginal. c) Oclusiva o central total.		
19.Trabajo de parto prolongado		
Valorar la práctica en el manejo de recién nacidos con asfixia.		
Evaluación rápida		
1. Si el líquido está teñido de meconio realizar: Despejar vías aéreas, succión boca y nariz.		

2. Si está respirando o llorando se debe realizar: Manténgalo abrigado, revise la respiración, posicione la cabeza, despejar las vías respiratoria, ventile con bolsa y mascarilla, está la frecuencia cardiaca norma o lenta, pida ayuda.		
3. Se puede identificar un buen tono muscular cuando se cumple los siguientes criterios:Sostiene las piernas y los brazos apretados cerca del cuerpo, las rodillas y codos doblados, músculos fuertes y buena respiración.		
Algoritmo de ABR-Plan de acción.		
4. Al haber meconio se debe hacer: Despejar vías aéreas, seque completamente.		
5. Si él bebé no llora realizar: Despeje vías aéreas, estimule.		
6. Al no respirar se hace: Corte el cordón, ventile, pida ayuda, mejore la ventilación, continúe la ventilación avanzada.		
Etapas del ABR.		
7. Preparación para el nacimiento:		
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar el área para el parto (Limpia, cálida, bien iluminada). • Lavado de mano. • Prepara un área para ventilación y verificar el equipo. 		
8. Cuidados esenciales materno MATEP. Bebe sobre el abdomen de la madre, pinzamiento y corte del cordón umbilical, administración de 10 UI de oxitocina, tracción y contra tracción del cordón umbilical, masaje uterinos.		
9. Ayuda al bebe a respirar- Minuto de oro:Se aplica con frecuencia.		
10. Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales.: Lo realiza con frecuencia.		

c) Tablas de análisis

1. Tabla sobre Años de experiencia laboral del personal de Enfermería en la sala de Labor y Parto-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II Semestre 2019.

Años de Experiencia	Nº	%
<4	0	0
5-10	1	20
11-16	1	20
17-24	0	0
25-30	2	40
>31	1	20
Total	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

2. Edad del personal de Enfermería que labora en la sala de Labor y Parto-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

Edad	Nº	%
<24	0	0
25-35	1	20
36-45	0	0
46-55	3	60
>56	1	20
Total	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

3. Lugar de procedencia del personal de Enfermería que labora en la sala de Labor y Parto-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

Lugar de procedencia	Nº	%
Urbano	3	60
Rural	2	40
Total	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

4. Sexo y Conocimiento del concepto de asfixia neonatal del personal de Enfermería-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

¿Qué es asfixia neonatal?	Masculino		Femenino		Nº	Total %
	Nº	%	Nº	%		
a) Enfermedad caracterizada Por la elevación del intercambio gaseoso a nivel de la placenta.	0	0	0	0	0	0
b) Síndrome por suspensión o disminución del intercambio gaseoso.	0	0	5	100	5	100
c) Se da durante el periodo del parto por disminución del oxígeno por anomalías del RN.	0	0	0	0	0	0
d) Respuesta A y B son correctas.	0	0	0	0	0	0
e) No sé.	0	0	0	0	0	0
Total					5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

5. Conocimiento y años de experiencia del personal de Enfermería sobre la clasificación de la asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana -Rivas II semestre 2019.

¿Cómo se clasifica la asfixia neonatal?	<4		5-10		11-16		17-24		25-30		>31		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Asfixia grave, leve y moderada.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b) Asfixia síndrómica y no síndrómica.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c) Asfixia Leve-moderada y grave.	0	0	1	20	1	20	0	0	2	40	1	20	5	100
d) Asfixia tipo 1, tipo 2 y tipo 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e) No sé.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	20	1	20	0	0	2	40	1	20	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

6. Edad del personal de Enfermería y conocimiento sobre los parámetros prepartos para la identificación de la asfixia -Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

Parámetros Prepartos.	<24		25-35		36-45		46-55		>55		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Modificación de ritmo cardiaco, disminución de la actividad fetal, salida de líquido amniótico con meconio.	0	0	1	20	0	0	3	60	1	20	5	100
b) Salida de mucho líquido amniótico, alteración de la actividad fetal, bradicardia.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c) P/A materna >120 sistólica y 90 diastólica, FCF mayor de 160, disminución de la actividad Fetal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d) A y B son correcto.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e) No sé.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total											5	100%

7. Conocimiento sobre el concepto APGAR-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

¿Qué es la valoración APGAR?			Total	
	N	%	N	%
a) Es un método de preparación del estado general del recién nacido que se realiza en el primer minuto de vida.	0	0	0	0
b) Es una evaluación del estado neurológico del recién nacido, que se efectúa al primer y quinto minuto de vida del recién nacido.	0	0	0	0
c) Es una evaluación del estado general del recién nacido, y no se debe usar de forma aislada para diagnóstico de asfíxia neonatal, se efectúa en el primer y quinto minuto de vida.	5	100	5	100
d) Medio diagnóstico que se implementa para tomar medidas de reanimación cardiopulmonar neonatal y salvar la vida o recuperar el estado normal del recién nacido.	0	0	0	0
e) No sé.	0	0	0	0
Total	5	100%	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta

8. Conocimientos del personal de Enfermería sobre los parámetros que se valoran en el APGAR-Hospital Gaspar García Laviana- Rivas II semestre 2019.

Parámetros que se valoran en el APGAR.	Nº	%
a) Frecuencia cardiaca fetal, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color.	5	100
b) Respiración, color, tiraje intercostal, irritabilidad refleja y tono.	0	0
c)Aleteo nasal, frecuencia cardiaca, tiraje intercostal, tono, irritabilidad refleja.	0	0
d)Temperatura, color, reflejos, tono y tiraje intercostal.	0	0
e) No sé.	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta

9. Factores de riesgo preparto asociados a la asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana –Rivas-II semestre 2019.

Factores de riesgo preparto	Nº	%
• Diabetes Gestacional.	0	0
• Preeclampsia.	1	6.25
• Infecciones Maternas.	3	18.75
• Hidramnios u Oligoamnios.	2	12.5
• Edad Materna.	6	37.5
• Anemia.	3	18.75
• Retardo del crecimiento fetal.	0	0
• Macrosomia Fetal.	1	6.25
TOTAL	16	100%

Fuente: Revisión Documental.

**10. Factores de riesgo intraparto asociados a la asfixia neonatal-Hospital Gaspar
García Laviana –Rivas-II semestre 2019.**

Factores de riesgo Intraparto	N°	%
• Presentaciones anormales.	1	11.1
• Parto prematuro.	3	33.3
• Sufrimiento fetal agudo.	1	11.1
• Líquido amniótico Meconial.	1	11.1
• Prolapso de cordón.	0	0
• Circulares irreversibles.	1	11.1
• Desprendimiento prematuro de placenta.	0	0
• Placenta previa.	0	0
• Trabajo de parto prolongado.	2	22.2
TOTAL	9	100%

Fuente: Revisión Documental.

11. Conocimiento del personal de Enfermería sobre el concepto de ABR-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

Concepto de ABR.	N ^o	%
a) Es un método que se utiliza para valorar el estado general del recién nacido.	0	0
b) Es una estrategia sobre resucitación neonatal en circunstancias de recursos limitados.	5	100
c) Técnica básica con instrumental necesario para salvar la vida del recién nacido.	0	0
d) Estrategia que se utiliza para salvar la vida del recién nacido y que puede ser aplicado por todo el personal de salud.	0	0
e) No sé.	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

12. Practica en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal por el personal de enfermería -Hospital Gaspar García Laviana –Rivas-II semestre 2019.

Evaluación Rápida	SI		NO	
	N ^o	%	N ^o	%
• Si el líquido está teñido de meconio: Despejar vías aéreas, succión boca y nariz.	2	8.3	10	83.3
• Si está respirando o llorando: Manténgalo abrigado, revise la respiración, posicione la cabeza, despejar las vías respiratoria, ventile con bolsa y mascarilla, está la frecuencia cardiaca norma o lenta, pida ayuda.	12	50	0	0
• Tiene buen tono muscular: Sostiene las piernas y los brazos apretados cerca del cuerpo, las rodillas y codos doblados, músculos fuertes y buena respiración.	10	41.6	2	16.6
TOTAL	24	100%	12	100%

Fuente: Revisión Documental.

13. Practica y sexo del personal de enfermería en el manejo del recién nacido con asfixia neonatal-Hospital Gaspar García Laviana –Rivas-II semestre 2019.

Algoritmo de ABR-Plan de acción	Femenino		Masculino		Total	
	SI		SI			
	N°	%	N°	%	N°	%
• Al haber meconio se debe: Despejar vías aéreas, seque completamente.	1	4	0	0	1	4
• Si él bebé no llora: Despeje vías aéreas, estimule.	12	48	0	0	12	48
• Al no respirar el bebé: Corte el cordón, ventile, pida ayuda, mejore la ventilación, continúe la ventilación avanzada.	12	48	0	0	12	48
TOTAL	25	100%	0	0%	25	100%

Fuente: Revisión Documental.

14. Etapas del ABR aplicadas por el personal de enfermería-Hospital Gaspar García Laviana –Rivas-II semestre 2019.

Etapas del ABR	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
• Preparación para el nacimiento: Preparar el área para el parto (Limpia, cálida, bien iluminada), lavado, de mano, prepara un área para ventilación y verificar el equipo.	12	25	0	0	12	25
• Cuidados esenciales materno MATEP: Bebé sobre el abdomen de la madre, pinzamiento y corte del cordón umbilical, administración de 10 UI de oxitocina, tracción y contra tracción del cordón umbilical, masaje uterinos.	12	25	0	0	12	25
• Ayuda al bebe a respirar- Minuto de oro: Se aplica con frecuencia.	12	25	0	0	12	25
• Pida ayuda, mejore la ventilación y busque cuidados esenciales.: Lo realiza con frecuencia.	12	25	0	0	12	25
TOTAL	48	100%			48	100%

Fuente: Revisión Documental

15. Conocimiento del personal de Enfermería sobre el orden que se debe seguir para aplicar los cuidados esenciales maternos MATEP-Hospital Gaspar García Laviana-Rivas II semestre 2019.

Cuidados esenciales MATEP.	N ^o	%
a) Administrar 10 UI de oxitocina masaje uterino, tracción y contra tracción del cordón umbilical, pinzamiento y corte del cordón.	1	20
b) Bebe sobre el abdomen de la madre, pinzamiento y corte del cordón administración de 10 UI de oxitocina tracción y contra tracción del cordón umbilical.	4	80
c) Secar, masajes uterinos, administración de 10 UI de oxitocina, corte del cordón y apego precoz.	0	0
d) A Y B son correcta.	0	0
e) No sé.	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de Encuesta.

16. Triangulación de la técnica ABR con guía de encuesta y revisión documental

Técnica ABR			
Revisión documental	Respuesta Si	N°	%
			97
Guía de encuesta	Respuestas correctas	37	61.6

Fuente: Revisión documental y Guía de encuesta