



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

Tema:

“Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, por el personal de salud en el Hospital Pastor Jiménez Arostegui Jalapa Nueva Segovia (Enero- junio 2018)”

Elaborado por:

Br. Yeran Mayren Vásquez Areas.

Br. Thomas Maudiel Briones Rugama.

Tutor:

Dr. Marlon Matute Rubio
Especialista en Pediatría
HPPJA

Managua, 7 enero de 2019

Dedicatoria

A Dios, por permitirme llegar a este momento importante de mi vida, por darme pruebas y fuerzas para superarlas, que me han enseñado a amarlo más. A mis padres, que sin su apoyo incondicional, moral y económico, no hubiese llegado a alcanzar esta meta.

Yeran Vasquez Areas.

A Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida con éxito y darme la sabiduría para ser un buen profesional. A mi papá QEPD por haberme cuidado y guiado desde el primer día de mi vida hasta el último día de la suya. Por creer en mí y motivarme a ser mejor cada día, a él le dedico mis logros, porque gracias a sus consejos y esfuerzos he llegado a este momento de mi vida, siendo pilar para lo que seré a partir de hoy.

Thomas Maudiel Briones.

Agradecimientos

Damos gracias a Dios por darnos la vida, el privilegio más grande, por ser la fuente de luz e inspiración a lo largo de nuestras vidas, además de darnos sabiduría y entendimiento, permitiéndonos culminar esta etapa con éxito, eternamente agradecidos por proveernos de todo lo necesario y brindarnos la fortaleza para llegar hasta el final. A él sea el honor de nuestro éxito.

A nuestros padres y familiares que de una u otra manera influyeron en el buen desempeño que hemos tenido hasta el día de hoy, agradecemos su confianza, consejos, esfuerzo y motivación impuestos en cada uno de nosotros, lo cual nos ha permitido recorrer este camino de la mejor manera, a ellos les debemos mucho de lo que somos hoy. Infinitas Gracias.

A nuestro tutor por el tiempo, paciencia y dedicación a lo largo de este proceso, por instarnos a razonar y revisar minuciosamente cada aspecto para que obtuviéramos el mejor resultado, motivándonos siempre a mejorar e ir más allá de las expectativas planteadas, sobre todo por tratarnos no solo como alumnos, sino como amigos y permitirnos trabajar en un ambiente de confianza. Siempre estaremos agradecidos.

A todos los docentes, amigos y demás personas que a lo largo de nuestra carrera nos facilitaron las herramientas necesarias y dedicaron tiempo y esfuerzo para brindarnos el pan del saber, por motivarnos, alegrarnos, convivir con nosotros, enriquecernos con sus ideas y compartir buenos y malos momentos, contribuyendo de esta manera a formarnos y ser profesionales de calidad. A todos infinitamente GRACIAS.

Opinión del tutor

En distintas disciplinas médicas se elaboran normas o manuales que establecen en forma científica, sencilla y fácilmente aplicable determinadas técnicas médicas con el fin de mejorar la calidad de la atención y así disminuir la morbimortalidad. La pediatría no se exime de esta actividad.

Las normas nacionales de Neonatología que se conocieron por primera vez en 1986 han cumplido con dichos fines. Sin embargo, se hace necesario el control de la adecuada aplicabilidad de dichas normas.

Es esa la finalidad de este trabajo, cuyo objetivo primordial es señalar algunas fallas que fácilmente corregidas pueden llevar a mejorar la atención neonatal inmediata.

Dichos controles de la atención neonatal inmediata deberían de realizarse en servicios de neonatología y partos cada seis meses por lo menos para que dichos patrones de manejos se mantengan en niveles satisfactorios. Solo así se logrará salvar la brecha que existe entre los conocimientos científicos y su aplicación a la práctica.

Valga este esfuerzo realizado por los autores para que en el futuro se efectúen evaluaciones periódicas y exhaustivas para así lograr mejorar la aplicación de las normas nacionales de neonatología.

Dr. Marlon Matute Rubio
Especialista en Pediatría
HPPJA

Resumen

El presente estudio tiene por **objetivo** determinar el Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, por el **personal de salud** en el Hospital Pastor Jiménez Jalapa NS (Enero- junio 2018).

Este trabajo es de tipo Observacional descriptivo, el universo consta de 354 nacidos vivos en el periodo de estudio, el tipo de muestra es probabilística - aleatoria, la cual consta de 185 expedientes clínicos de **recién nacidos vivos**.

Obteniendo como **resultado**, que la atención inmediata del recién nacido fue realizada en su mayoría por personal no médico (personal de enfermería) en un 39%. La calidad del pinzamiento y sección del cordón umbilical fue adecuada en la mayoría de los casos con un porcentaje de 97%. La valoración de APGAR fue realizada de manera apropiada en la totalidad de los casos, pero la mayoría no exploró la frecuencia cardíaca según lo establecido por la norma, con respecto al examen físico solo se realizó en 94% de los casos.

Por tanto, se obtuvieron resultados satisfactorios, los cuales nos llevan a considerar que es una atención **adecuada**, en donde se realizan las actividades necesarias, a pesar que la atención inmediata del recién nacido en la mayoría de los casos es brindada por personal no médico, no acatando así lo establecido en la norma del MINSA. Cabe destacar que a pesar de las fallas, dentro del abordaje que se le da al recién nacido de bajo riesgo es apropiado y las faltas encontradas pueden ser corregidas.

Contenido

Introducción	7
Antecedentes	8
Justificación	11
Planteamiento del problema:	12
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Marco teórico.	14
División general de los recursos humanos.....	14
Atención Inmediata del Recién Nacido Atención neonatal	14
Clasificación del estado del Recién Nacido	19
Manejo del cordón umbilical	19
Somatometría.....	21
Examen físico.....	21
Examen neurológico	22
Exámenes para detectar malformaciones congénitas.....	22
Determinación de la Edad Gestacional.....	23
Clasificación del recién nacido tomando en consideración peso al nacer y edad gestacional.....	29
Diseño Metodológico	34
Tipo de Estudio	34
Área de Estudio	34
Universo y muestra	35
Resultando lo siguiente.	35
Criterios de selección.	35
Criterios de inclusión.....	35
Criterios de exclusión.....	36
Técnicas de recolección, procesamiento y análisis de los datos. (Chávez de Paz, 2008).....	36
Listado de Variables por objetivo.....	37
Operalización de variables.....	38

Consideraciones Éticas	40
Resultados.....	41
Discusión de Resultados.....	42
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Referencias	47
Anexos	49
Tablas.....	49
Gráficos.....	51
GUIA DE OBSERVACION	57

Introducción

Nicaragua en la última década ha logrado una tendencia constante al descenso en la Mortalidad Infantil con una tasa de 31 mil nacidos vivos registrados según reporte de ENDESA 2001. Esto ha sido tras la implementación de diversas estrategias desarrolladas a nivel nacional. Tomando en cuenta que la Mortalidad Perinatal ocupa el 50% de la Mortalidad Infantil según datos del Sistema de Información del MINSA. (VITALES, 2017)

El Ministerio de Salud de Nicaragua elaboró una Guía para el Manejo del Neonato, la cual representa un material bibliográfico con una amplia gama de información actualizada de patologías y procedimientos que permite a los médicos y enfermeras de la red de servicios ambulatorio y de hospitalización, realizar diagnósticos y tratamientos oportunos que mejoren la calidad de vida de los niños y niñas que nacen en las diferentes unidades del país.

Sin embargo nace el interés de evaluar si se cumple la aplicación y utilización de dicha Guía por parte del personal de salud del el Hospital Primario Pastor Jiménez Arostegui Jalapa Nueva Segovia, de esta manera se estaría contribuyendo a garantizar mejores herramientas en la atención del recién nacido lo que permite unificar criterios de calidad en el manejo de los mismos.

Antecedentes

Después de haber realizado una investigación exhaustiva acerca de la temática en estudio, en donde en comunicación con docencia de la unidad, se revisaron trabajos investigativos realizados. Resultando que no se encontró ningún trabajo de este tipo, en el Hospital en estudio.

Se realizó una revisión en plataformas virtuales de información tales como PubMed, TripDatabase, HINARI y otros, no encontrando estudios internacionales de relevancia. Solo se ha realizado un estudio que evalúa la aplicación de la norma de atención inmediata al recién nacido el cual está desfasado debido al año que se realizó, sin embargo se existen trabajos actuales que aportan importantes resultados los cuales se detalla a continuación:

A nivel Internacional

1. En 2009 Pedro de Betancourt e Instituto guatemalteco de seguridad social 'Juan José Arévalo' y colaboradores del ministerio de salud de Guatemala realizaron un trabajo titulado " Factores de riesgo perinatales y neonatales para el desarrollo de asfixia perinatal en las unidades de neonatología, del departamento de pediatría de los Hospitales nacionales: San Juan de Dios, Instituto Guatemalteco de seguridad social 'Pamplona', el cual refleja que: *el 88% de los neonatos fueron atendidos por personal médico y 12% por personal no médico.* (Pedro de Betancourt y Juan Jose Arevalo, 2009)

A Nivel Nacional:

1. En 1997, Br Gutiérrez y Br. Flores en "Calidad de la atención inmediata al recién nacido normal en las salas de parto en Hospitales Bertha Calderón y Fernando Vélez Paiz. 22 de agosto – 22 de septiembre de 1,997" *el cual refleja que n el Hospital Bertha el 93.6% de los expedientes no tiene historia clínica perinatal previa y en el Hospital Veles Paiz el 94.7% posee historia clínica previa.*

En el Hospital Bertha Calderón el 88% secciono el cordón umbilical de uno a dos minutos después del nacimiento y el 84.9% hizo limpieza con betadine sin embargo el 78.6% no protegió el cordón con gasa estéril y el 76.9% no pinzo y corto el condón umbilical con una tijera distinta a la utilizada por el obstetra para la episiotomía; en el Hospital Vélez Paiz el 98.6% protegió el cordón con gasa estéril, el 94.5% efectuó limpieza con alcohol de 90 grados el 60.8% no pinzo y corto el cordón con una tijera distinta a la utiliza por el obstetra para la episiotomía. En el Hospital Bertha Calderón el 97.6% registro el APGAR en el expediente clínico, el 62.6% del personal observado efectuó la valoración del mismo al primer minuto de vida aunque el 84.2% no hizo la realización de la valoración al quinto minuto de vida y el 79.4% no exploro la irritabilidad refleja.

En el Hospital Vélez Paiz el 100% de los casos registro el APGAR, el 63.5% efectuó la valoración del mismo en el primer minuto de vida aunque el 72.9% no lo valoro a los 5 minutos de vida y el 62.2% no exploro la irritabilidad refleja.

En el Hospital Bertha Calderón el 88.8% no llenó todos los datos de identificación del brazalete del recién nacido y el 100% no efectuó la toma de huella plantar del recién nacido; en el Hospital Vélez Paiz el 100% realizo toma de la huella plantar del recién nacido y el 89.2% llenó todos los datos de identificación del brazalete del recién nacido. En el Hospital Bertha Calderón el 78.5% realizo verificación de la permeabilidad anal mediante la toma de la temperatura rectal y en el Hospital Vélez Paiz el 91.8% verifico la permeabilidad anal mediante la toma de la temperatura rectal. (Br. Gutierrez y BR Flores, 1997)

- 2. En 2007 Br. López y Br Gaitán "Análisis de los factores de riesgo institucional asociado a asfixia neonatal en el periodo del 03 de septiembre al 03 de agosto del 2,007 en el Hospital Bertha calderón" encontrándose que los recursos que brindaron la atención inmediata al recién nacido con asfixia en*

87% fueron pediatras, el 18% médicos generales el 4% son médicos internos.
(Gaitan, 2007)

3. En 2008 Rodrigo y colaboradores, realizaron estudio sobre “*Sepsis neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Gaspar García Laviana en Rivas en el tiempo del 20 de marzo al 20 de abril del 2,006*” recomendándose que para disminuir la sepsis neonatal se deben implementar medidas de asepsia y antisepsia tanto en manipulación, instrumentación y en el manejo del recién nacido. (colaboradores, 2008)

4. En 2016 Rocha Rizo, Jessica Yvette de la; Fernández Flores, Gabriela Priscila y Brenes Pérez, Ana María *Atención de Enfermería brindada al recién nacido, Sala de Labor y Parto, Hospital San José–Diriamba–Carazo, I–II Semestre 2015. Obtuvieron los siguientes resultados* en la sala de labor y parto se brindó la atención de enfermería al recién nacido, encontrándose en el análisis de los resultados un 100% de la antigüedad laboral se encuentran las enfermeras materno infantil y ciencias de la enfermería. En los cuidados de la atención inmediatas encontrándose en un 100% el secado, valoración Apgar y pinzamiento del cordón, por lo tanto en la atención mediata se cumplieron su mayoría en un 100% de igual manera en la atención ayudando a bebés a respirar se cumplió en un 100% excepto el lavado de mano en un 78% y en la medida de prevención de infecciones se cumplieron un 100% excepto un recién nacido por cuna en un 96%. (Rocha Rizo & Fernández Flores, (2016))

Justificación

La mortalidad neonatal es un indicador de gran valor para el ministerio de salud, debido a que permite analizar la calidad de vida de los niños y niñas en una sociedad o comunidad determinada. Razón por la cual el Ministerio de Salud, ha implementado normas y protocolos para el manejo de estos pacientes, las cuales deben ser conocidas por el personal de salud.

Estas normas permiten explorar el manejo adecuado de los recién nacidos y a su vez generan información valiosa, que permite diseñar e implementar acciones dirigidas a mantener la atención integral de los pacientes que son atendidos en base a esta normativa. Implementándolas para el manejo correcto en este grupo etario; lo que podría contribuir a disminuir las complicaciones partiendo del abordaje que el personal de salud realiza desde el primer momento de la atención.

Debido a que no se cuentan con estudios en relación a esta temática en el Hospital Pastor Jimenez, resulta de suma importancia realizar este trabajo, en el cual se pretende evaluar la atención brindada al recién nacido por el personal de salud, el cual contribuirá a reforzar conocimientos y poder detectar las debilidades en esta área, para poder fortalecer la calidad de la atención y contribuir a disminuir las complicaciones que conllevan a la mortalidad neonatal.

Planteamiento del problema:

Tomando en cuenta la importancia de implementar acciones para disminuir la mortalidad perinatal existente y con el fin de mejorar la calidad de atención de los recién nacidos, se plantea lo siguiente:

¿Cuál es Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, por el personal de salud en el Hospital Pastor Jiménez Arostegui Jalapa Nueva Segovia (Enero- junio 2018)”?

Objetivo General

Determinar el Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, por el personal de salud en el Hospital Pastor Jiménez Arostegui Jalapa Nueva Segovia (Enero- junio 2018).

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Evaluar la atención médica al nacer (Diagnostico y pronóstico)
3. Identificar manejo en la atención del recién nacido en los diferentes momentos del parto.

Marco teórico.

El marco teórico de este trabajo de investigación estará basado en la normativa 108 “Guía clínica para la atención del neonato” en su capítulo número tres, que a continuación se expone: (MINSAL, NORMATIVA 108, 2013)

División general de los recursos humanos:

Médico general permanente, 24 horas al día todos los días de la semana.

Pediatra en turno rotatorio, permanente de ser posible, sino dispuesto al llamado, al menos 1 hora médica por cada 6 RN normales.

Una enfermera en jefe, para la sala de neonatología, que haya recibido capacitación en atención de recién nacido, en un centro docente reconocido.

Una auxiliar de enfermería por cada 6 cunas de recién nacido normales las 24 horas del día.

El personal auxiliar recibe educación permanente, sobre atención de recién nacido, de acuerdo con las necesidades locales.

Atención Inmediata del Recién Nacido Atención neonatal: (MINSAL, NORMATIVA 011, 2008)

Es un conjunto de acciones médicas y de enfermería que vigilan y cautelan la normal evolución de estos cambios:

Readecuación cardiorrespiratoria y circulatoria.

Puesta en marcha de mecanismos de homeostasis¹.

Maduración de diversos sistemas enzimáticos.

¹ Los mecanismos de homeostasis, consisten en brindar un equilibrio entre medio interno y medio externo, en el recién nacido se puede decir que el más importante es la termorregulación.

Este proceso es “dinámico”, por lo que el concepto de normalidad puede variar con el tiempo. Es indispensable conocer su fisiología y expresión clínica para poder evaluar normalidad. En este período (primeras 4-6 horas de vida) es que se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la sobrevivencia del nuevo ser.

Objetivo:

Pesquisa oportuna de malformaciones congénitas² u otras patologías.

Fomento del apego y preparación para una lactancia exitosa.

Ayuda a la madre en la comprensión de fenómenos fisiológicos únicos en este período de la vida.

Educación a los padres en cuidados posteriores de su hijo.

Atención al momento del Nacimiento

Objetivos principales:

Detección y evaluación de riesgos de adaptación cardiorrespiratoria deficiente: depresión neonatal³.

Prevención de enfriamiento: el recién nacido intercambia calor con el ambiente y sus mecanismos de regulación térmica son limitados.

Preparación:

El personal responsable del proceso de atención se deberá identificar y presentar con la madre y su familia, brindar apoyo emocional y establecer un proceso de comunicación fluido y constante centrado en las necesidades de los mismos.

² Se entenderá como malformaciones congénita, todas aquellas alteraciones anatómicas que ocurren en periodo intrauterino, debido a factores genéticos, del medio ambiente y/o adquiridos.

³ Depresión neonatal o asfixia neonatal, se define como la ausencia de respiración efectiva al momento del nacimiento, periodo en el cual se encontraran grados variables de acidosis, hipoxemia e hipercapnia.

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

Antes del nacimiento, realizar historia clínica perinatal, y/o directamente por interrogatorio a la embarazada, familia y/o personal que atiende el parto, sobre la evolución del embarazo y del trabajo de parto.

En cada nacimiento de Bajo Riesgo, debe estar presente una persona capacitada para iniciar la reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP) y estar disponible inmediatamente otra persona capacitada en realizar la RCP completa, en caso de ser necesaria.

Asegurar el cumplimiento de las normas de higiene, limpieza y desinfección en los servicios y equipos de atención a utilizar.

Corroborar que la temperatura (T°) ambiental en sala de parto, quirófanos, se encuentre entre $26^{\circ} - 30^{\circ} C$ (no $< 25^{\circ}C$), si existe climatización.

Es importante contar con una cuna térmica; en caso de no disponer, se puede utilizar una lámpara cuello de cisne (a una distancia de 40 cm), para evitar la pérdida de calor.

Atención del Recién Nacido/a de Bajo Riesgo (MINSA, NORMATIVA 011, 2008)

La adaptación neonatal inmediata en el momento del parto es un conjunto de modificaciones cardiacas, hemodinámicas, respiratorias, de termorregulación, etc., de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Para ello, se requiere de los cuidados rutinarios que todo recién nacido debe recibir.

Estos cuidados incluyen:

Primero: Limpiar las vías aéreas cuando sea necesario. La limpieza manual de secreciones es suficiente, y con ella se elimina el riesgo de depresión dependiente

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

de reflejo vagovagal. La succión activa de las vías aéreas está indicada únicamente en casos de aspiración de meconio, sangre o pus.

Secar al recién nacido. El secado de cabeza y cara se debe realizar inmediatamente después de la expulsión de la cabeza y mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez culminado el período expulsivo y mientras se respeta la circulación umbilical, se procede al secado general con un paño o toalla limpia, suave y tibia.

Contacto inmediato piel a piel con su madre. El contacto temprano evita la hipotermia y favorece la relación madre - hijo, la involución uterina⁴ y el inicio temprano de la lactancia materna-

Valorar el Apgar en el primer minuto. Un Apgar de 8 o más en el primer minuto asegura una adaptación neonatal adecuada, el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura.

Realizar el pinzamiento del cordón umbilical. El pinzamiento habitual es el que se realiza cuando la palpación de las arterias umbilicales se interrumpe y existe perfusión satisfactoria de la piel. Debe realizarse entre 1 y 3 minutos después del nacimiento.

Luego: Identificar al recién nacido. El procedimiento de identificación del recién nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. Esto es una norma legal nacional.

Valorar el Apgar a los 5 minutos. Un Apgar menor de 8 requiere profundizar más en la inducción a la adaptación neonatal inmediata. Si la institución no tiene capacidad resolutoria, remitir a un nivel de mayor complejidad de ser necesario.

Determinar la edad gestacional. La edad gestacional es importante para determinar el pronóstico del recién nacido y poder instituir el tratamiento y la referencia oportuna

⁴ Se entiende, como involución uterina al proceso por el cual el útero vuelve a su tamaño original previo al embarazo tras el parto.

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

a un nivel de mayor complejidad. Recuerde que a menor edad gestacional, mayor es el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Tomar medidas antropométricas. La toma de medidas de peso, talla y perímetro cefálico deben realizarse de rutina en todos los recién nacidos. Estos datos deben registrarse en la historia clínica.

Administrar vitamina K1. La administración profiláctica de vitamina K1 debe realizarse de rutina en todos los recién nacidos. Se ha demostrado que previene el sangrado temprano por deficiencia y también evita el sangrado posterior.

Realizar profilaxis ocular. La profilaxis ocular evita las infecciones oculares en el recién nacido que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se administra tetraciclina ocular para prevenir la oftalmia gonocócica. Se aplican en ambos ojos entre la 1era y 2da hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior.

El ambiente térmico adecuado para el recién nacido es de 24 a 26 °C sin corriente de aire en la sala de partos y de 36 °C en la mesa donde se le atenderá.

Identificación: El brazalete de identificación debe contener: Nombre de la madre según expediente clínico, que debe llenarse antes del nacimiento, debe anotarse el número de expediente, sexo, fecha y hora de nacimiento y el peso.

Evaluación del Apgar (MINSAL, NORMATIVA 108, 2013)

El Apgar es una evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1º y 5º minuto de vida.

El Apgar no se usa para valorar la necesidad de reanimación y no se debe de usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal.

Puntaje de APGAR

El Apgar al 1er. minuto, tiene valor diagnóstico.

El Apgar a los 5 minutos tiene valor pronóstico.

Clasificación del estado del Recién Nacido:

8 - 10 es normal.

4 - 7 depresión leve–moderada.

0 - 3 depresión severa.

Entre más baja la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad neonatal.

Si la puntuación es > 8 se mantiene junto a la madre. Se continúa con el Apego Precoz.

Si la puntuación es < 8 se ingresa a observación para su seguimiento.

Al evaluar el Apgar al 5º minuto se aprovecha para medir la Temperatura y permeabilidad rectal.

Se introduce un termómetro rectal 1 - 2 cm. leyéndolo a los 2 - 3 minutos, la Temperatura óptima es de 36.5 - 37.5°C.

Cualquier desviación de la temperatura (hipo o hipertermia) debe investigarse y tratar la causa.

Manejo del cordón umbilical: (MINSAL, PROTOCOLO DE ATENCION INMEDIATA A RECIEN NACIDOS, 2011)

Se debe esperar que el cordón umbilical deje de pulsar, entre 2 a 3 minutos, para realizar el pinzamiento y cortarlo a 5 cm de la inserción en el abdomen (base). Se continúa con el contacto piel-piel, entre el RN y su madre.

Pinzar tempranamente en casos de: eritroblastosis fetal⁵ por incompatibilidad Rh (para evitar más pase de anticuerpos maternos anti Rh) y asfixia severa.

Ligar el cordón umbilical con clamp umbilical a 2-3 cm de la base, se corta con tijera o bisturí estéril, 1 cm por arriba de la ligadura y se le hace un doble nudo, ½ cm arriba del anterior.

⁵ Se considera eritroblastosis fetal, el trastorno sanguíneo que sufre el RN cuando posee un grupo sanguíneo incompatible con el de la madre.

El cordón se limpia con clorhexidina. Se debe dejar al descubierto, para que se seque al aire libre. Usualmente el cordón se desprende del abdomen entre los 6 y 14 días después del nacimiento.

*Dejar asa de cordón umbilical 20 cm para realizar pesquisa neonatal: sífilis, hipotiroidismo, y Hiperbilirrubinemia (grupo y Rh).

Apego precoz

Si el niño y la madre están estables después del parto, se deben poner en contacto directo piel a piel.

Se coloca al RN a nivel de los ojos de la madre, realizar contacto con la mejilla, cara, labios, nariz, se le explica la importancia del inicio temprano de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida hable a su hijo para estimular la alimentación.

En este momento se aprovecha para darle información del estado general.

Se debe observar el proceso de adaptación del RN a la vida extrauterina: función respiratoria, cardíaca y coloración cutánea.

Entre más pronto sea el apego precoz, se logra una lactancia exitosa y más duradera, mejora la adaptación del RN, disminuyen los problemas metabólicos (hipoglucemia, hipo calcemia) y acelera la involución uterina.

En los nacidos por cesárea, con utilización anestesia regional, se puede y se debe iniciar el apego precoz, dentro de la primera hora de vida: la lactancia debe iniciarse de inmediato. Con anestesia general, puede iniciarse en cuanto la madre se recupera de la anestesia.

Evaluación Médica al Nacer:

El RN normal: La frecuencia respiratoria (FR) es de 40 - 60 x minuto, la FC en reposo es 120 - 160 lpm, el color es rosado total (generalizado).

Somatometría.

Todo RN en la primera hora debe pesarse desnudo, medirse la talla y el perímetro cefálico (en la parte más prominente del occipucio y la glabella)

Examen físico:

Se realiza en la atención inmediata del RN.

La inspección del recién nacido nos dé cerca del 70% de la información.

Actitud general: flexión activa y simétrica (salvo presentación podálica y cara).

Piel: unto, color, descamación, lanugo, hemangiomas planos, mancha mongólica, eritema tóxico, piel marmorata, arlequín.

Ombigo y cordón: Hernias, color, número de vasos.

Genitales: o Masculinos: Escroto: tamaño y aspecto variable, hidrocele, hipospadia, fimosis. o Femeninos: Variabilidad, secreción vaginal, pseudomenstruación, hipertrofia del clítoris.

Región anal: Fístulas, verificar esfínter, foseta sacrococcígea (fístula pilonidal).

Extremidades:

Superiores: parálisis, polidactilia, sindactilia, clinodactilia.

Inferiores: Caderas, simetría (Ortolani), deformidades posturales de los pies.

Columna: deformaciones y disrafias.

Examen Segmentario

Es un examen físico más detallado y pormenorizado en la sala de hospitalización:

Cráneo: deformación plástica, cefalohematoma subperióstica, subaponeurótica, fontanelas, suturas, bolsa serosanguínea.

Cara: asimetría postural, parálisis. Ojos: hemorragias conjuntivales, pupilas, rojo pupilar, pliegues epicánticos, hendidura palpebral. o Nariz: estridor, millium, atresia de coanas, silla de montar. o Boca: dientes, frenillos, Perlas de Ebstein, micrognatia, paladar ojival, paladar hendido.

Orejas: apéndices preauriculares, fístulas auriculares, hipotrofia, Implantación de las orejas.

Cuello: tortícolis, cuello corto exagerado, quiste tirogloso, fístulas branquiales, hematoma del esternocleidomastoideo.

Tórax: cilíndrico y blando, retracción. FR 40-60 x`. A la auscultación: estertores húmedos la primera hora, tonos cardíacos, soplos variables. Presión arterial media 60 mm Hg.

Clavículas: fracturas.

Mamas: tumefacción en ambos sexos, pezones supernumerarios.

Abdomen: globoso, diastasis de los rectos, hígado palpable.

Examen neurológico:

Actitud y tono.

Reflejos arcaicos: Moro, palmar y plantar, búsqueda, succión, marcha, Babinsky.

Exámenes para detectar malformaciones congénitas:

El examen del "Reflejo Rojo", es parte importante del examen ocular del RN, porque ayuda a detectar enfermedades como cataratas u opacidades corneales. Debe realizarse antes que él bebe salga de alta, en un lugar oscuro y con los ojos del pequeño abiertos preferentemente en forma voluntaria.

Pabellón Auricular: la presencia de alguna malformación del pabellón auricular se debe de sospechas de MFC. La presencia de apéndices preauricular con o sin oligoamnios se ha asociado con mal formaciones renales.

Permeabilidad de las Coanas, se tapa una narina y la boca. La interpretación es que si la narina está libre debe de haber aleteo, en caso de no haber aleteo debe interpretarse que la coana está cerrada. Luego se debe de hacer en el lado opuesto.

Cuello: buscar presencia de masas: bocio, quiste tirogloso, hematoma del esternocleidomastoideo.

Cardiovascular: Localización del corazón, tamaño, FC (normal 120-160 lpm.), ritmo (buscar arritmias). Pueden auscultarse soplos, son habitualmente funcionales y transitorios (es decir no patológicos). En los pretérmino puede estar permeable el conducto arterioso. Debe palpase los pulsos periféricos, su ausencia es patológica.

Digestivo: Sospechar atresia de esófago en presencia de polihidramnios y/o excesiva salivación después de nacer. Examinar el cordón umbilical para verificar la presencia de una vena y dos arterias, Se han asociado a agenesia renal.

Pulsos pedios y femorales. Se han asociado a Coartación de la Aorta.

Determinación de la Edad Gestacional (EG) (MINSA, NORMATIVA 011, 2008)

El método más exacto para determinar la edad gestacional es la fecha de última menstruación (FUM) sin embargo, muchas veces no se cuenta con esa información. La edad al momento del nacimiento debe de valorarse por Capurro o Ballard modificado.

Método de Capurro para determinar la edad gestacional Este método valora la edad gestacional del recién nacido mediante exploración de parámetros somáticos

y neurológicos. Es aplicable para recién nacidos de 29 semanas o más, y utiliza cinco características físicas. Cada una de ellas tiene varias opciones y cada opción, un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios. La suma de esos puntajes es la que determina la edad gestacional.

Existen dos variantes de este método:

El Capurro A: aplicable a todo RN que no haya sufrido agresión que afecte su respuesta neuromuscular (anestesia, trauma, infección), y consta de 4 parámetros somáticos y 2 neurológicos.

El Capurro B: es aplicable a todo niño/a de 1,500 g o más que no se pueda explorar adecuadamente (intubado, venoclisis) o en los que por cualquier otra causa esté afectada su respuesta neuromuscular.

Se valoran los siguientes parámetros:

Forma de la oreja.

Se trata de observar (no tocar) la incurvación que hace hacia fuera el pabellón de la oreja.

Se debe situar frente al niño(a) y determinar si el borde superior del pabellón forma un techo hacia los lados.

Luego, se evalúa el grado de incurvación para lo cual se observa cada pabellón volteando la cara del niño(a) hacia uno y otro lado.

Si por la posición al nacimiento el bebé mantiene aplanada una oreja, no la valore.

Si no tiene ninguna aplanada, valore ambas.

Asigne los valores de 0, 8, 16 o 24 dependiendo de la incurvación.

Tamaño de la glándula mamaria.

Antes de palpar la zona correspondiente al nódulo mamario pellizque suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente que permita valorar si lo que se mide es o no tejido mamario.

Utilice una cinta métrica y con la otra mano palpe el tejido que se encuentra por debajo y alrededor del pezón tratando de especificar si se palpa o no tejido y si el diámetro es 10 mm.

Formación del pezón.

Evalúe ambos pezones y con una cinta métrica mida si el diámetro:

7,5 mm pero con el borde no levantado.

>7,5 mm pero con areola punteada y bordes levantados.

Textura de la piel.

Palpe y examine la piel de los antebrazos, manos, piernas y pies.

Observe si en el dorso de las manos y pies hay líneas de descamación o grietas.

Dependiendo de la profundidad de las grietas o la presencia de descamación.

Valore en 0, 5, 10, 15 o 20.

Pliegues plantares.

Observe la planta de ambos pies y luego hiperextienda ambas de manera que se mantenga tensa la piel.

La diferencia entre los pliegues y los surcos plantares estriba en que los primeros tienden a desaparecer al extender la piel, mientras que los segundos se continúan marcando con claridad.

Dependiendo de la cantidad de surcos se valora en 0, 5, 10, 15 o 20.

Maniobra de la bufanda.

Se coloca al niño/a en decúbito dorsal y en posición simétrica frente al explorador.

Con la mano izquierda se mantiene el miembro superior izquierdo del niño/a fijo al costado del mismo lado, con la mano derecha del explorador se toma la mano derecha del niño/a y se trata de cruzar el brazo hacia el lado opuesto hasta donde haya resistencia.

Se observa si el codo llega o no a la línea media luego se efectúa la misma maniobra con el miembro contralateral.

Cuando no haya concordancia entre uno y otro lado deberá investigarse patología osteo - muscular o neurológica.

Posición de la cabeza.

Estando el niño/a en decúbito dorsal en posición simétrica y frente al explorador se toman los dos miembros superiores a nivel de las manos y antebrazos, paralelamente y al mismo tiempo se hará tracción hacia adelante tratando de sentar al niño/a.

Al practicar esta maniobra se observará si la cabeza sigue la misma dirección que el tronco procurando al efectuar la calificación que el tronco del RN guarde un ángulo de 45 grados con el plano horizontal:

El primer plano la cabeza totalmente reflexionada con el ángulo cervicotorácico de 270 grados.

El segundo el ángulo es entre 180 y 270 grados.

El tercero cuando el ángulo es igual a 180 grados

El cuarto menos de 180 grados.

Cálculo: En el CAPURRO A: se suman los puntos de las respuestas y se le agregan 200 puntos obteniéndose así la edad gestacional en días.

En el CAPURRO B: se suman los puntajes totales de las 5 características. A se total, se le suman 208 (que es una constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días).

En caso de edad gestacional dudosa se realiza Score de Ballard en prematuros. A pesar de mejorar la precisión de la edad gestacional en edades menores a 28 semanas, tiene una variabilidad importante con errores de estimación de hasta 4 o 5 semanas respecto a una edad gestacional obstétrica confiable y un promedio de sobreestimación de 1,5 semanas. Sobre las 30 semanas el error es de + 2 sem.

Nuevo Score de Ballard: Evalúa la madurez Neuromuscular y Física. La edad gestacional resulta de la sumatoria del score de madurez neuromuscular y el score de madurez física.

Puede valorar desde las 20 - 44 semanas de EG, de aplicación fácil, se puede utilizar en RN: < 28 semanas, RN en ventilador, y tiene una mayor exactitud. Preferible hacerse en las primeras 12 horas en < 28 semanas.

Madurez Neuromuscular; a medida que avanza la EG, hay un reemplazo del tono extensor por el flexor con una progresión cefalocaudal.

Postura: Observar al RN que este libremente, en posición supina (boca arriba).
Angulo muñeca-antebrazo: Flexione la muñeca y mida el ángulo mínimo entre la superficie ventral del antebrazo y la palma de la mano.

Regreso en flexión: Con el RN en posición supina, se sostiene el antebrazo sobre el brazo por 5 segundos, luego se extiende totalmente y se suelta.

Nótese el tiempo que tarda en reasumir la posición flexionada y se mide el ángulo brazo - antebrazo. 1-51 200 y 208 días Capurro B.

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

Angulo poplíteo: Flexione la cadera, con el muslo sobre el abdomen, entonces sin levantar la cadera de la superficie de la cama, se extiende la rodilla, todo lo posible, se mide el ángulo poplíteo (entre muslo - pierna).

Signo de la bufanda: Manteniendo la cabeza en la línea media, halar la mano, alrededor del cuello, como una bufanda, observando la posición del codo en relación de la línea media.

Talón - oreja: En posición supina, la pelvis en contacto con la superficie de la cuna, se halan los pies hacia la cabeza, permitiendo que la rodilla se coloque al lado del abdomen. La madurez física, se explica con claridad en el Test de Ballard.

La clasificación del recién nacido por peso y edad gestacional es muy importante ya que indica el grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, a menor peso o edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad.

- Dependiendo de la edad gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

Pretérmino, se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación.

Término, se ubica entre la semana 37 y 41 de gestación.

Postérmino, se ubica después de la semana 41 de gestación.

- Dependiendo de su peso al nacer, se clasifica de la manera siguiente:

Bajo peso al nacer (BPN), —0ll y el peso —2,499 gll.

Muy bajo peso al nacer (MBPN), peso —1,000 gll y el peso —1,499 gll.

Extremado bajo peso al nacer (EBPN), peso —0 gll y el peso —999 gll.

- Dependiendo de su edad y peso, se clasifica de la manera siguiente:

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

RN Grandes (GEG): cuando el peso se ubica arriba del percentil 90 para su edad gestacional.

RN Adecuados (AEG): el peso se ubica entre los percentiles 10 y 90 para su edad gestacional.

RN Pequeños (PEG): peso y talla por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. o Bajo peso para la edad gestacional: peso por debajo y talla por encima del percentil 10.

Clasificación del recién nacido tomando en consideración peso al nacer y edad gestacional.

Conociendo el peso al nacer y la edad gestacional calculada en semanas, usándolas conjuntamente, se pueden obtener las siguientes categorías utilizándose las siglas correspondientes:

PR-GEG: Pretérmino grande para la edad gestacional.

PR-AEG: Pretérmino adecuado para la Edad gestacional.

PR-PEG: Pretérmino pequeño para la edad gestacional.

T-GEG: A término grande para la edad gestacional.

T-AEG: A término adecuado para la edad gestacional.

T-PEG: A término pequeño para la edad gestacional.

PT-GEG: Postérmino grande para la edad gestacional.

PT-AEG: Postérmino adecuado para la edad gestacional.

PT-PEG: Postérmino pequeño para la edad gestacional.

Higiene corporal:

En la atención inmediata del RN independientemente del peso o la edad, no se debe de bañar por el riesgo de Hipotermia, se seca cuidadosamente comenzando por la cabeza y pone gorro con el propósito de disminuir las pérdidas insensibles.

No quitar el vernix (unto sebáceo en la piel del niño) ya que favorece la conservación de la temperatura en el RN.

Si el RN en su evaluación inmediata resulta con alteraciones cardiorrespiratoria dar atención según el algoritmo de ABR o si lo requiere Reanimación Neonatal.

Si el RN no tuvo ninguna complicación se deben de realizar los cuidados de rutina a las dos horas de haber iniciado el apego precoz.

Tamizaje neonatal

Uno de cada mil recién nacidos aparentemente normales, tienen en forma latente una enfermedad de consecuencias graves e irreversibles (como el hipotiroidismo y la fenilcetonuria, que no se manifiestan en el nacimiento, sino más tardíamente y que son causan de retraso mental y a veces de epilepsia, ceguera u otros trastornos graves), que se manifestarán semanas o meses después.

Existe la posibilidad de detectar estos padecimientos a tiempo (al nacimiento), cuando aún no se ha instalado el daño orgánico, lo que permite prevenirlo e iniciar su tratamiento en forma oportuna. Esta detección se logra mediante el tamiz Neonatal.

Tamizaje Neonatal (MINSAL, NORMATIVA 011, 2008)

Es un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos. Su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa. La muestra puede tomarse de cordón umbilical, de talón o por venopunción. El Tamiz Neonatal Básico es un procedimiento que ha sido efectivo para el diagnóstico precoz de enfermedades que cursan con retraso mental

(hipotiroidismo) y otras manifestaciones graves: Sífilis Congénita, Enfermedad hemolítica del recién nacido.

Hipotiroidismo congénito. Enfermedad o alteración metabólica presente in útero, que resulta de la disminución de la cantidad o de la actividad biológica de las hormonas tiroideas y que persiste posteriormente en la vida extrauterina.

Esta patología, de no ser detectada y tratada oportunamente ocasiona graves repercusiones en el desarrollo intelectual, somático, motor, óseo y funcional.

Tamizaje neonatal para Sífilis Congénita Realizar la prueba de la reagina plasmática rápida (RPR) de cordón umbilical. El riesgo de infección para la pareja sexual es máximo durante los 2 primeros años, sin embargo el riesgo de transmisión materno - fetal perdura. La infección perinatal puede ser por paso transplacentaria o en el parto. La eliminación de la sífilis congénita reduciría el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, PBN y muertes perinatales.

Tamizaje Neonatal para detección de Enfermedad Hemolítica relacionada con incompatibilidad de grupo y Rh. Complicaciones de Hiperbilirrubinemia neonatal.

Tipo de muestra.

Los programas de Tamizaje se utilizan muestra del cordón umbilical posparto o muestra tomada con lanceta después de las 48 horas de vida, generalmente del 2º al 7º día. Se utiliza la muestra con lanceta después del 2º día, porque se tamizan otras enfermedades que requieren reto metabólico y justifican la espera. La para muestra de hipotiroidismo se necesitan 2 gotas, para la detección de Sífilis congénita e incompatibilidad de grupo y Rh se requiere 2 mL.

- Lugar y tiempo de la toma de muestra

En la sala de partos, inmediata al nacimiento, seguida al pinzamiento del cordón se aplica la gota de sangre en el sitio demarcado en el cartón, según el procedimiento estándar para ese fin.

- Procedimiento y técnica para la toma de sangre del cordón

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

Antes del parto se llena la ficha de datos del recién nacido y la madre. Seguido al parto se pinza el cordón, de acuerdo con el protocolo establecido y se toma la muestra para aplicarla sobre el papel demarcado.

Evitar dispersar la gota de sangre, con alguna fricción.

Secar al aire suspendida en posición horizontal por 3 horas a temperatura ambiente (15 a 22° C), evitando exposición directa a la luz solar.

La muestra deberá obtenerse durante los primeros 20 minutos después del nacimiento. Tomar la jeringa estéril de 1 ml de aguja desmontable y localizar una vena en la parte media del cordón umbilical. Es recomendable utilizar una gasa en el momento de tomar la muestra para fijar el cordón umbilical.

- Procedimiento

Corte el cordón umbilical de 25 cm de longitud.

Coloque la ligadura evitando la pérdida de la sangre contenida en el cordón.

Corte el extremo proximal del cordón ya ligado y pincelo junto con el extremo distal del cordón formando un asa.

Formación del asa umbilical con los extremos proximal y distal pinzados.

Limpie con una gasa el cordón y con una jeringa extraiga 2 a 3 cm de sangre antes de aplicar la muestra llene la información solicitada en la papeleta.

Retire la aguja de la jeringa y localice la jeringa a 5 mm de cada círculo.

Aplique en cada círculo una gota de sangre.

Evite tocar el papel de filtro con la mano o con cualquier solución.

Verifique que el reverso del papel quede impregnado con la muestra.

Deje secar la muestra por 3 horas.

No apile las muestras.

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

Almacene las muestras en un recipiente apropiado protegiéndolas de la humedad y de la luz directa del sol hasta el momento de enviar al laboratorio.

No exponer al sol para secar.

No colocar las papeletas una encima de otra hasta no estar completamente secas.

Las papeletas se deben secar a temperatura ambiente por 3 horas, en el soporte específico.

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

El presente es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y con enfoque mixto.

Área de Estudio

Hospital Primario Pastor Jiménez Arostegui Jalapa Nueva Segovia, fundado en el año 1970 (CRUZ, 2000), localizado en el municipio de Jalapa, consta de 45 camas censables y brinda los servicios de:

- ❖ Pediatría
- ❖ Ginecología
- ❖ Medicina Interna
- ❖ Cirugía General
- ❖ Ultrasonido

Universo y muestra

El universo corresponde a 354 nacidos vivos en el periodo de estudio.

El tipo de muestra será probabilística - aleatoria, la cual consta de 185 expedientes clínicos de recién nacidos vivos donde se evalúa, el cumplimiento del protocolo de atención, basado en la Norma 108. La cual se obtuvo con la siguiente formula: (Pineda & Alvarado, 2008)

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Resultando lo siguiente.

Si se cuenta con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error del 5%, se obtiene que la muestra representativa para este caso es de 185 expedientes.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Expediente de recién nacido del periodo de enero-junio 2018
- Recién Nacido vivo.
- Recién Nacido sin complicaciones.

Criterios de exclusión.

- Expedientes de recién nacido fuera del periodo de enero-junio 2018
- Recién nacido con complicaciones / malformaciones congénitas

Técnicas de recolección, procesamiento y análisis de los datos. (Chávez de Paz, 2008)

La fuente de información será secundaria, ya que los datos se obtendrán de la valoración de los expedientes clínicos de los pacientes en estudio.

Además de esto se elaborara un instrumento en el cual se registrará la información obtenida y el instrumento será una guía de evaluación que cumplirá con los objetivos específicos del estudio.

Para dicha recolección de datos se realizó coordinación previa con la dirección del hospital ya mencionado. Solicitando previa autorización por la dirección de dicho hospital.

La unidad de análisis estará constituida por el personal de salud que atiende al recién nacido de bajo riesgo, registrado en expedientes clínicos, del Hospital Pastor Jiménez Arostegui

La información será registrada por los autores del estudio.

El procedimiento de datos se realizara a través de la creación de una base de datos utilizando el programa SPSS19 versión para Windows.

Se analizaran los datos mediante el uso de estadísticas descriptivas con tablas de frecuencia, porcentaje, media, mediana y moda. Y la realización de gráficas en Microsoft Excel 2016.

Listado de Variables por objetivo.

- 1) Caracterizar el perfil laboral del personal en estudio.

Perfil Laboral

- 2) Evaluar la atención médica del recién nacido, en los primeros 5 minutos post-parto en el grupo de estudio.

Evaluar la atención en los primeros 5 minutos de vida extra-uterino

- 3) Presentar la valoración médica luego de los 5 minutos posteriores al parto en el grupo de estudio.

Valoración médica luego de los 5 minutos de vida extra-uterinos

Operalización de variables.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala o Valor
1. Perfil laboral	Descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión	<i>Categoría Profesional</i>	Cargo laboral.	Medico de base (Pediatra y/o Neonatologo) Médico General Medico Servicio Social Personal no Medico
		<i>Años de trabajo en el sector salud</i>	Años	1-3Años 4-6 años 7 o mas
2. Evaluar la atención en los primeros 5 minutos de vida extra-uterino	Son todas aquellas maniobras que se realizan en los primeros cinco minutos de vida extrauterina	1. <i>Aspiración de secreciones</i>	Presencia de aspiración de secreción (Nariz/boca)	Realizado No realizado
		2. <i>Pinzamiento y sección del cordón umbilical</i>	<i>Momento del pinzamiento del cordón</i>	Realizado No realizado
		3. <i>Valoración del estado general del recién nacido por el método del APGAR.</i>	<i>Evaluación del estado general por APGAR</i>	Realizado No realizado

<p><i>3. Valoración médica luego de los 5 minutos de vida extra-uterinos</i></p>	<p>Son todas aquellas maniobras que se realizan después de los primeros cinco minutos de vida extrauterina</p>	<p><i>1. Control térmico del recién nacido.</i></p>	<p>Forma en la cual se controla la temperatura del recién nacido</p>	<p>Realizado No realizado</p>
		<p><i>2. Identificación del recién nacido.</i></p>	<p>Datos de identificación</p>	<p>Completo Incompleto</p>
		<p><i>3. Somatometría del recién nacido.</i></p>	<p>Técnica para somatometría</p>	<p>Realizado No realizado</p>
		<p><i>4. Valoración de la edad gestacional del recién nacido.</i></p>	<p>Técnica de valoración de edad gestacional</p>	<p>Realizado No realizado</p>
		<p><i>5. Profilaxis ocular del recién nacido.</i></p>	<p>Técnica de profilaxis ocular</p>	<p>Realizado No realizado</p>
		<p><i>6. Examen físico inmediato del recién nacido.</i></p>	<p>Realización del examen físico</p>	<p>Realizado No realizado</p>
		<p><i>7. Valoración del Silverman Anderson a los 10 minutos de vida</i></p>	<p>Realización del Silverman Anderson</p>	<p>Realizado No realizado</p>

Consideraciones Éticas

En este estudio se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos; a los pacientes y personal de salud observado, se les informó acerca del procedimiento, duración, beneficios y derecho a negarse a participar. Se les garantizó el manejo confidencial de los datos.

De igual manera se realizaron las gestiones pertinentes con la autorización de la Dirección del Hospital Pastor Jiménez Arostegui garantizando el uso de la información con carácter académico.

Resultados

A continuación se presentan resultados de la Guía de Observación aplicada a los 185 expedientes de recién nacidos atendidos en el Hospital Primario Pastor Jiménez – Jalapa, con respecto a la atención inmediata que se les brinda al momento de nacer obteniéndose así los resultados presentados a continuación.

Con respecto al perfil laboral del personal de salud que atiende al Recién Nacido en el Hospital Primario Pastor Jiménez Arostegui, en el periodo de Enero-Junio 2018, dentro de la Tabla N° 1, se muestra que el mayor porcentaje se encuentra dentro del grupo de personal no médico para un 39.46% (73), los médicos de bases atienden un 25.41% (47) y en menor frecuencia se encuentra el grupo de médicos generales con un 17.30% (32) y médicos servicio social con un 17.84% (33). Con respecto a los años de experiencia del personal en el rango 7 o más años encontramos un 47.57% (88) seguidos con el intervalo 4-6 años laborales con un 32.97% (61) y de 1-3 años el 19.46% (36).

En relación a la evaluación de atención del Recién Nacido, en los primeros 5 minutos de vida extra-uterino, reflejados en la Tabla N° 2 encontramos que la aspiración de secreción es realizada en un 98.38% (182) y no realizada en 1.62% (3), con respecto al pinzamiento y sección del cordón es realizado en 97.30% (180) y no realizado en un porcentaje de 2.70% (5) y con respecto a la toma de APGAR este se realizó en un 100% (185) .

La Valoración médica del Recién Nacido, luego de los primeros 5 minutos de vida extra-uterinos, dentro de la Tabla N° 3 encontramos que el control térmico es realizado en 97.30% (180) y no realizado en 2.70% (5), la identificación se realiza de forma completa en 96.22% (178) y de forma incompleta en 3.78% (7%), con respecto a la somatometría en 94,59% (175) y no realizado en 5.41% (10), la edad gestacional y profilaxis ocular son realizadas en un porcentaje del 100% (185), el examen físico inmediato es realizado en 95.59% (175) y no realizado en 5.41% (10) y con respecto a Silverman Anderson este es realizado en 93.51% (173) y no realizado en 6.49% (12)

Discusión de Resultados

En el presente estudio se encontró que la atención inmediata al recién nacido en el área de pediatría del Hospital Pastor Jiménez Arostegui con las características de la población en estudio, se describe que fue realizada principalmente por personal no médico, refiriéndose a enfermería en un 39.46%, luego médicos de base con un 25.41% y tercer lugar medico servicio social con un 17.84%, el cual es similar al realizado por médicos generales con un 17.3%. Se encuentra una amplia diferencia comparado con el estudio realizado en 2009 por colaboradores del ministerio de salud de Guatemala titulado “ factores de riesgo perinatales y neonatales” en donde estos obtuvieron que *el 88% de los neonatos fueron atendidos por personal médico y 12% por personal no médico*. También en comparación con el estudio elaborado *En 2007 por Br. López y Br Gaitán en el Hospital Berta Calderón en donde obtuvieron que la atención inmediata al recién nacido en 87% fueron pediatras, el 18% médicos generales el 4% son médicos internos*. Cabe destacar que esto puede deberse a que el personal de enfermería supera en número a personal médico contratado y al que realiza servicio social en esta unidad. Por lo cual para superar la demanda de pacientes es necesario suplir este déficit con el personal de enfermería.

Con respecto a la años de experiencia laboral del personal que brinda la atención a los pacientes se encuentra en mayor porcentaje el rango de 7 a más años con un 47.57%, debido a que es brindada principalmente por personal de enfermería que tiene más experiencia, y en segundo lugar con un 32.97% el rango de 4-6 años que corresponde a los médicos generales que laboran en el área de pediatría y maternidad. De los estudios citados solo se hace referencia al realizado en 2016 por Rocha Rizo, Jessica Yvette; Fernández Flores, Gabriela Priscila y Brenes Pérez, Ana María en Diriamba, en el que valoraron únicamente le trabajo realizado por enfermería brindando los cuidados del recién nacido, en donde describen que todos los recursos eran los de mayor antigüedad, es decir los de mayor experiencia.

Similar a lo encontrado en este estudio en donde la mayoría del personal que realiza estos procedimientos es el de mayor experiencia laboral.

En relación a la evaluación de la atención de los recién nacidos en los primeros cinco minutos de vida extra-uterino se encontró que la aspiración de secreciones fue realizada en el 98.38% de los casos observados, y con respecto a los estudios nacionales realizados por Br. Flores y Br. Gutiérrez sobre “calidad de la atención inmediata al recién nacido normal en las salas de parto en Hospitales Bertha Calderón y Fernando Vélez Paiz” en el cual en un 100% de los casos se realizó aspiración. Este resultado no concuerda con la literatura consultada ya que en la normativa 108 de Nicaragua año 2013 refiere que: “*la aspiración no es necesaria al menos que el recién nacido no lllore al momento del nacimiento o cuando el líquido amniótico este teñido de meconio*”. (MINSALUD, NORMATIVA 108, 2013).

De acuerdo al pinzamiento y sección del cordón umbilical, fue realizado en un 97.30% de los casos cumpliendo todos los aspectos, lo que indica que en la mayoría de los casos se cumple con los pasos enunciados dentro de nuestra normativa, en donde este acápite es esencial en la atención inmediata del recién nacido. En el estudio de Rocha Rizo y Jessica Ivette, Gabriela Fernández, citan que “el 100% del personal” cumplió. En el estudio de Br. Flores y Br. Gutiérrez mencionan que solo el 88% lo hizo correctamente.

En lo que respecta a la toma de APGAR fue realizada en un 100%, es decir en todos los recién nacidos, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Br. Flores y Br. Gutiérrez sobre “calidad de la atención inmediata al recién nacido normal”; donde el personaje que ejecuto esta técnica fue en un 91%. En el estudio de Rocha Rizo y Jessica Ivette, Gabriela Fernández, citan que “el 100% del personal” cumplió también este aspecto.

En cuanto a la valoración posterior a los primeros 5 minutos de vida extra-uterino se mostró la profilaxis ocular y cálculo de edad gestacional se realizó en el 100%, lo que es similar con la literatura y los estudios citados, en los que igualmente se

describe la realización de estos en todos los casos. Así mismo como lo dicta la normativa del ministerio de salud.

La identificación del recién nacido fue realizada en la mayoría de los casos atendidos siendo esta de un 96.22%, la principal deficiencia aquí radica en la ausencia de datos del recién nacidos, tales como el peso, sexo y la hora de nacimiento, quizá un factor a considerar sería la cantidad de personal y el tiempo laboral, sin embargo no es considerado una justificación válida para esta falta, lo que se encuentra relacionado con la somatometría la cual solo fue realizada en 94.59% de los casos. En el estudio de Br Gutiérrez y Br. Flores el 88% fue el que realizó una correcta identificación de esto.

El examen físico y la determinación del Silverman Anderson se realizan en un 94% y 93% respectivamente, coincidiendo así con la literatura médica revisada la cual confirma que este resultado es decadente a pesar que estos datos inciden de forma directa en la morbilidad de los pacientes. Estos aspectos no fueron abordados en los estudios citados.

Conclusiones

El presente estudio nos demuestra cual la atención inmediata al recién nacido en el Hospital Primario Pastor Jiménez Arosteguí, la cual es satisfactoria, ya que de los parámetros que fueron evaluados se obtuvieron buenos resultados. Esto nos lleva a considerar que se están realizando las actividades necesarias, para reducir la morbimortalidad neonatal. Teniendo en consideración lo siguiente, este estudio concluye que:

- ✓ La atención inmediata del recién nacido en la mayoría de los casos es brindada por personal no médico (personal de enfermería), sin embargo es el personal con mayor años de experiencia laboral.
- ✓ La evaluación de APGAR al primer minuto de vida y al quinto minuto de vida es realizada en un 100% de los casos, obteniendo así evaluación pronóstica y diagnóstica. Así como también la aspiración de secreciones y el pinzamiento del condón que se realizó en la mayoría de los casos.
- ✓ El manejo del recién nacido después de los primeros 5 min del parto, se realizó adecuadamente, teniendo buenos porcentajes de cumplimiento con respecto a la Edad Gestacional, profilaxis ocular, control térmico e identificación. No así para la realización de somatometría, examen físico y valoración del Silverman Anderson.

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud

1. Realizar evaluaciones al personal de salud del Hospital Primario Pastor Jiménez Arosteguí para valorar la aplicación de las normas y protocolos establecidos por el MINSA.

Al equipo de Dirección del Hospital Primario Pastor Jiménez

1. En coordinación con Docencia, dar capacitaciones sobre la atención inmediata al recién nacido según la normativa 108, para fortalecer así los conocimientos del personal médico y no médico.
2. Garantizar que todo el personal que brinda atención al recién nacido en las diferentes áreas, cuente con la normativa 108 en físico, para consultarla en casos de presentar alguna duda en el momento de la atención.
3. Tener a disposición todos los insumos médicos y no médicos necesarios para una atención al recién nacido de calidad.

Al personal de salud:

- 1- Crear conciencia acerca de la necesidad de que exista mayor entrega y autocritica al momento atender al Recién Nacido, y así brindar una atención de calidad.
- 2- Continuar realizando las buenas practicas establecidas por el Ministerio de Salud, para la atención del recién nacido con eficacia.

Referencias

- Br. Gutierrez y BR Flores. (1997). *'Calidad de la atención inmediata al recién nacido normal en las salas de parto en Hospitales Bertha Calderón y Fernando Vélez Paiz. 22 de agosto – 22 de septiembre de 1,997.* Tesis, UNAN, Managua.
- Brunicardi, F. C., Andersen, D. K., Durn, D. L., & CO. (Mexico, DF). *Schwartz; PRNCIPIOS DE CIRUGIA* (9na Edición ed.). 2010: Mc Graw Hill.
- Chávez de Paz, D. (2008). *CONCEPTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.* Obtenido de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20080521_56.pdf
- colaboradores, R. y. (2008). *“Sepsis neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Gaspar García Laviana en Rivas en el tiempo del 20 de marzo al 20 de abril del 2,006”.* RIVAS: UNAN.
- CRUZ, J. (2000). *JALAPA Y SUS CARACTERISTICAS.* JALAPA, 11.
- Ferraina, P., & Oria, A. (1994). *Cirugía de Michans.* Buenos Aires: El Ateneo.
- Gaitan, B. L. (2007). *'Análisis de los factores de riesgo institucional asociado a asfixia neonatal en el periodo del 03 de septiembre al 03 de agosto del 2,007 en el Hospital Bertha calderón”.* MANAGUA: UNAN.
- MINSA. (2008). *NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA AENCION PRENATAL, PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO DE BAJO RIESFO* (Vol. 1). MANAGUA, NICARAGUA: MINSA. Recuperado el 5 de 12 de 2018
- MINSA. (Septiembre de 2010). *Normativa 052 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN ADULTOS.* Managua, Managua, Nicaragua.
- MINSA. (2011). *PROTOCOLO DE ATENCION INMEDIATA A RECIEN NACIDOS* (Vol. I). MANAGUA, NICARAGUA: MINSA. Recuperado el 5 de 12 de 2018
- MINSA. (2013). *GUIA CLINICA PARA LA ATENCION DEL NEONATO* (Vol. 1). MANAGUA, NICARAGUA: MINSA. Recuperado el 5 de 12 de 2018
- Pedro de Betancourt y Juan Jose Arevalo. (2009). *Factores de riesgo perinatales y neonatales para el desarrollo de asfixia perinatal en las unidades de neonatología, del departamento de pediatría de los Hospitales nacionales:*

San Juan de Dios, Instituto Guatemalteco de seguridad social 'Pamplona'.
Tesis, Ministerio de Salud, Guatemala.

Pineda, E. B., & Alvarado, E. L. (2008). *Metodología de la investigación.*
Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Rocha Rizo, J. Y., & Fernández Flores, G. P. ((2016)). *Atención de Enfermería
brindada al recién nacido, Sala de Labor y Parto, Hospital San José–
Diriamba–Carazo, I–II Semestre 2015. Otra thesis, Universidad. Diriamba
Carazo.* Recuperado el 5 de diciembre de 212, de
<http://repositorio.unan.edu.ni/2551/>

VITALES, S. D. (2017). *INFORME DE MORTALIDAD INFANTIL.* MANAGUA.

Anexos

Tablas

Tabla N° 1

Perfil laboral del personal de salud, que atiende al Recién Nacido en el Hospital Primario Pastor Jiménez Arostegui Jalapa en el periodo de Enero-Junio 2018

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico (instrumento de recolección

Categoría profesional		
Médico de base	47	25,41%
Médico General	32	17,30%
Medico Servicio Social	33	17,84%
Personal no medico	73	39,46%
Total	185	100,00%
Años de trabajo		
1-3 años	36	19,46%
4-6 años	61	32,97%
7 o más años	88	47,57%
Total	185	100,00%

de datos)

Tabla N° 2

Evaluación de la atención del Recién Nacido, en los primeros 5 minutos de vida extra-uterino

Aspiración de secreciones.		
Realizado	182	98,38%
No realizado	3	1,62%
Total	185	100,00%
Pinzamiento y sección del cordón		
Realizado	180	97,30%
No realizado	5	2,70%
Total	185	100,00%
APGAR		
Realizado	185	100,00%
No realizado	0	0
Total	185	100,00%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico (instrumento de recolección de datos)

Tabla N° 3

Valoración médica del Recién Nacido, luego de los primeros 5 minutos de vida extra-uterinos

n=185

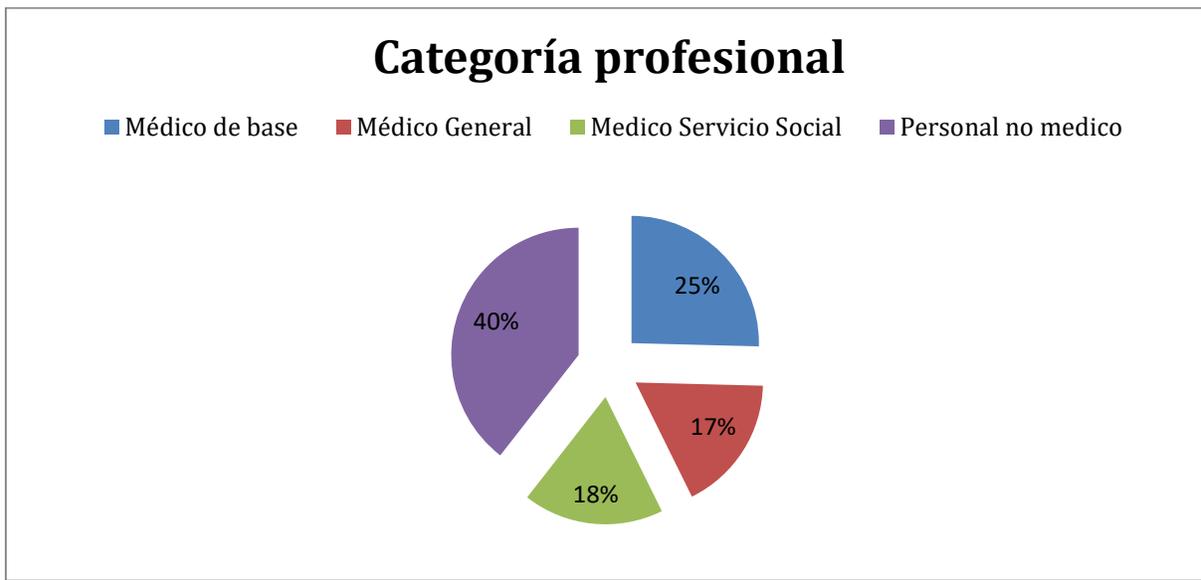
Control térmico		
Realizado	180	97,30%
No realizado	5	2,70%
Total	185	100,00%
Identificación.		
Completo	178	96,22%
Incompleto	7	3,78%
Total	185	100,00%
Somatometría		
Realizado	175	94,59%
No realizado	10	5,41%
Total	185	100,00%
Edad gestacional		
Realizado	185	100,00%
No realizado	0	0
Total	185	100,00%
Profilaxis ocular		
Realizado	185	100,00%
No realizado	0	0
Total	185	100,00%
Examen físico inmediato		
Realizado	175	94,59%
No realizado	10	5,41%
Total	185	100,00%
Silverman Anderson		
Realizado	173	93,51%
No realizado	12	6,49%
Total	185	100,00%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico (instrumento de recolección de datos)

Gráficos.

Gráfico N° 1:

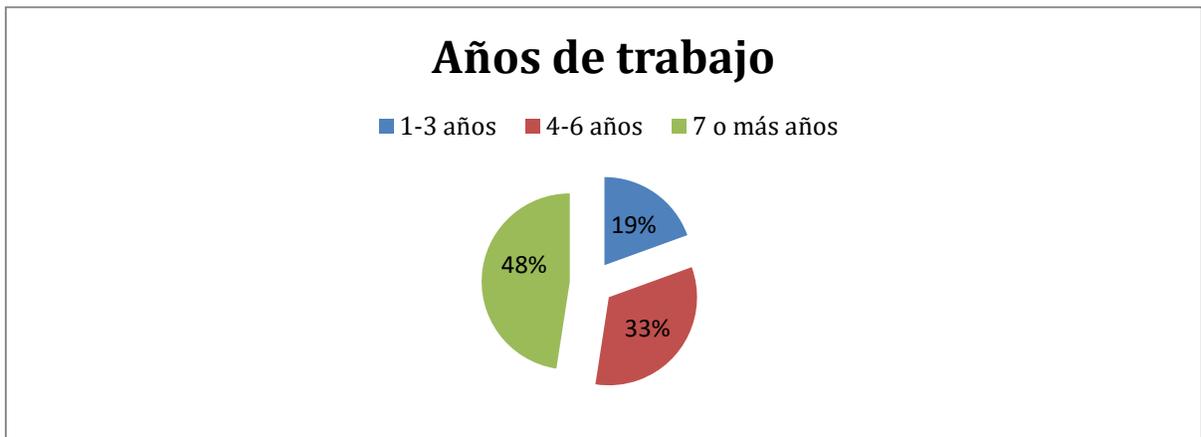
Perfil laboral del personal de salud, que atiende al Recién Nacido en el Hospital Pastor Jimenez en el periodo de Enero-Junio 2018



Fuente: Tabla N°1

Gráfico N° 2:

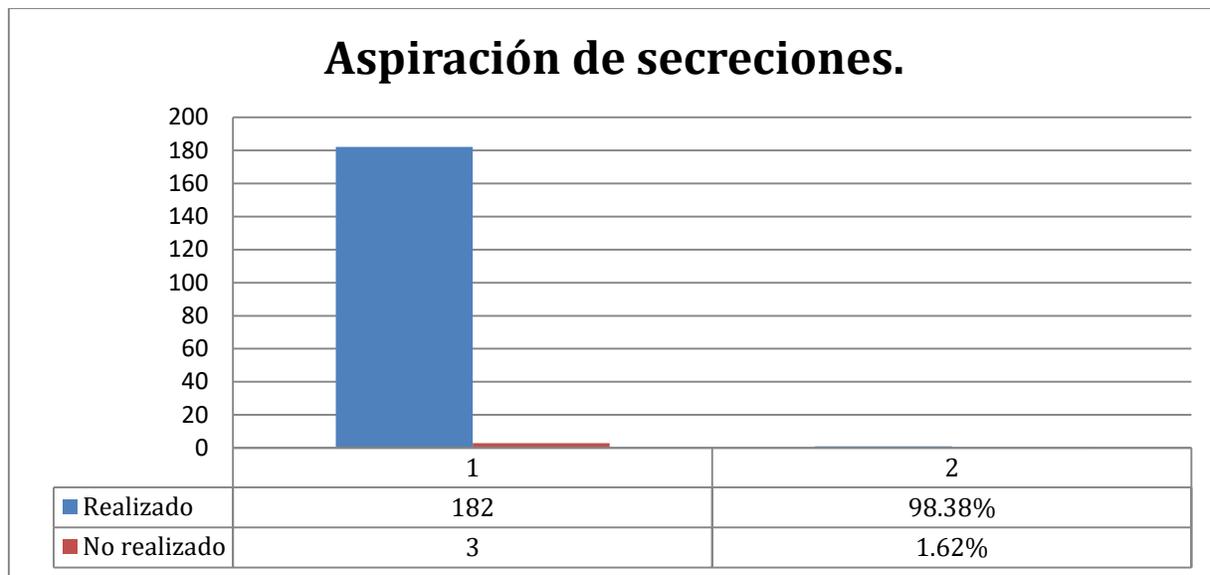
Años de trabajo del personal de salud, que atiende al Recién Nacido en el Hospital Pastor Jimenez



Fuente: Tabla N°1

Gráfico N° 3:

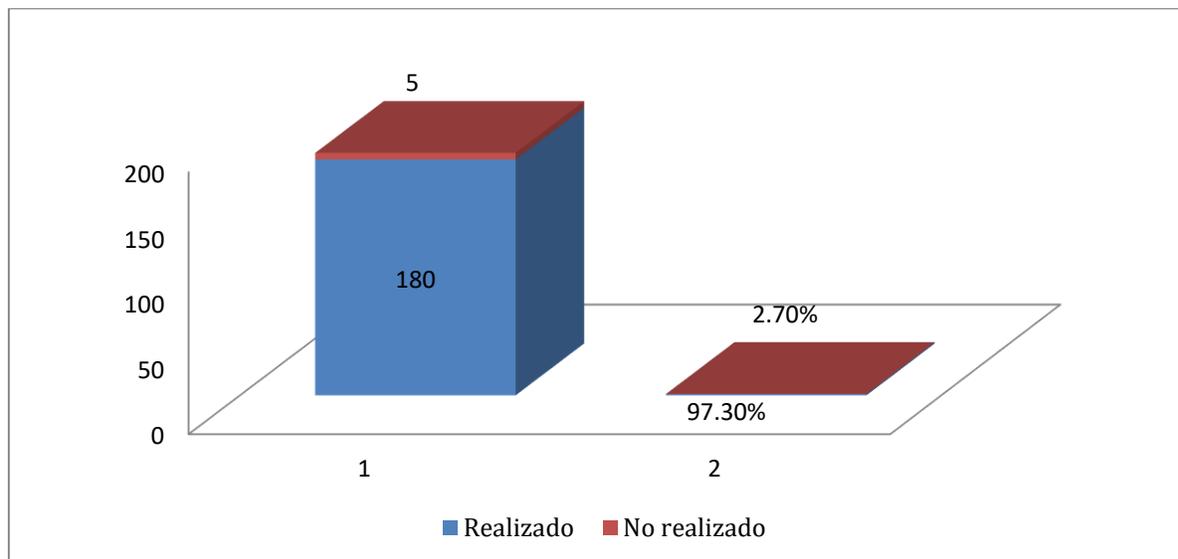
Aspiración de secreciones en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°4:

Pinzamiento y sección del cordón umbilical en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°5:

Dictado del APGAR en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°6:

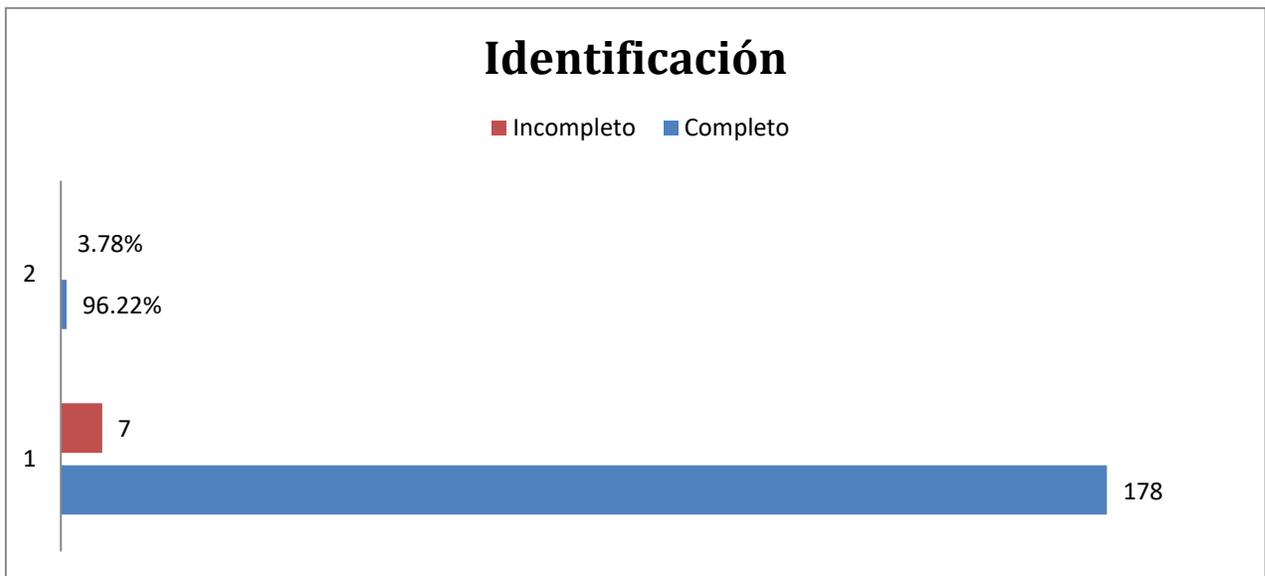
Control térmico en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 7:

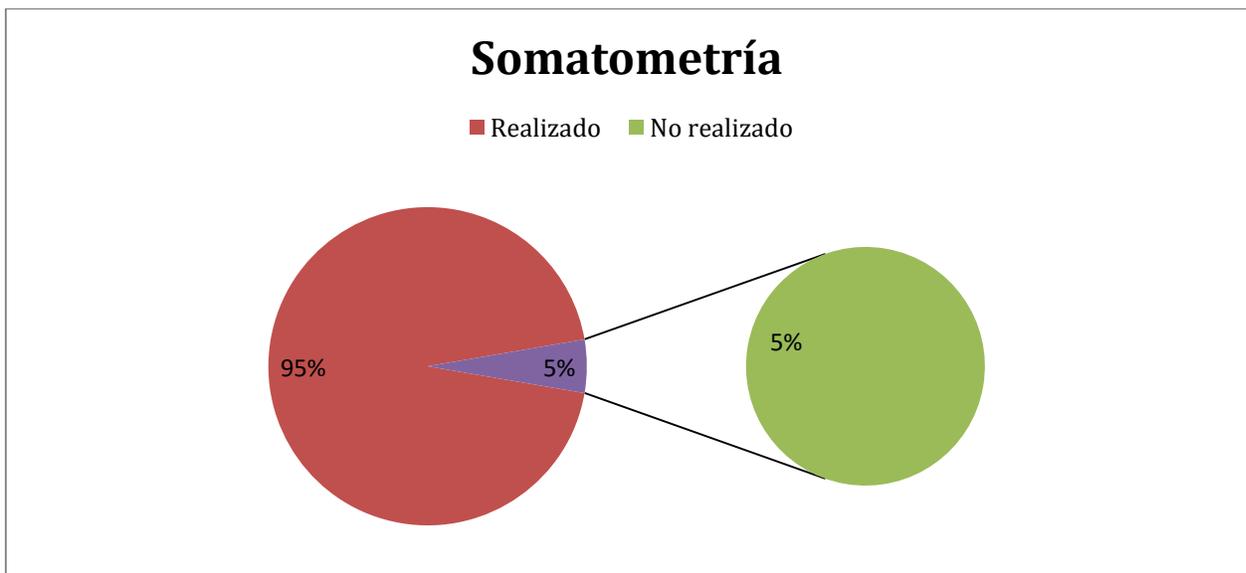
Identificación al nacimiento en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 8:

Somatometría en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 9:

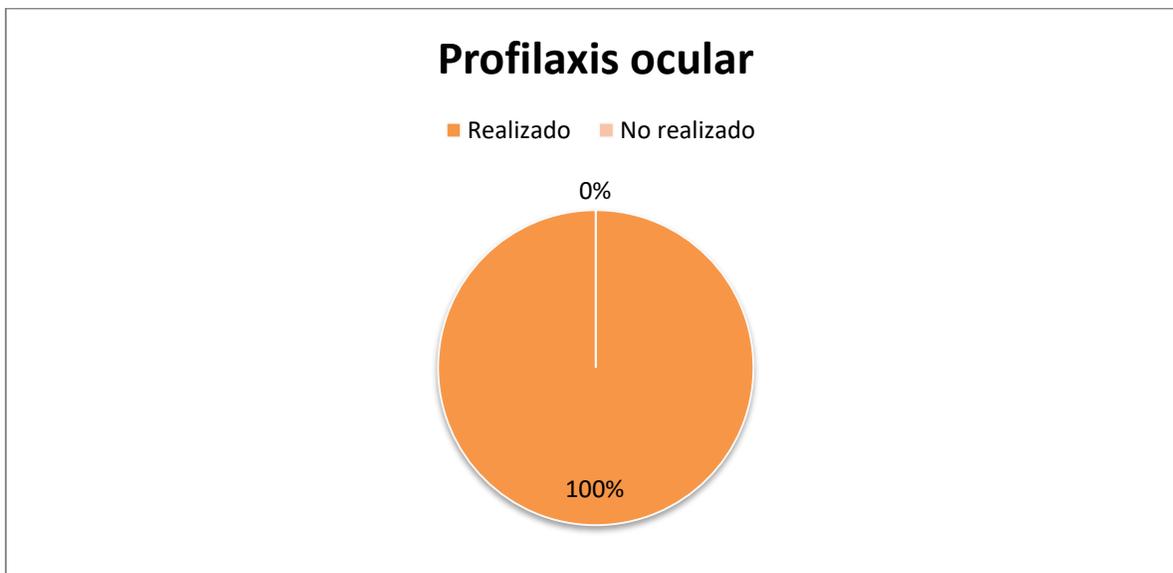
Edad Gestacional en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 10:

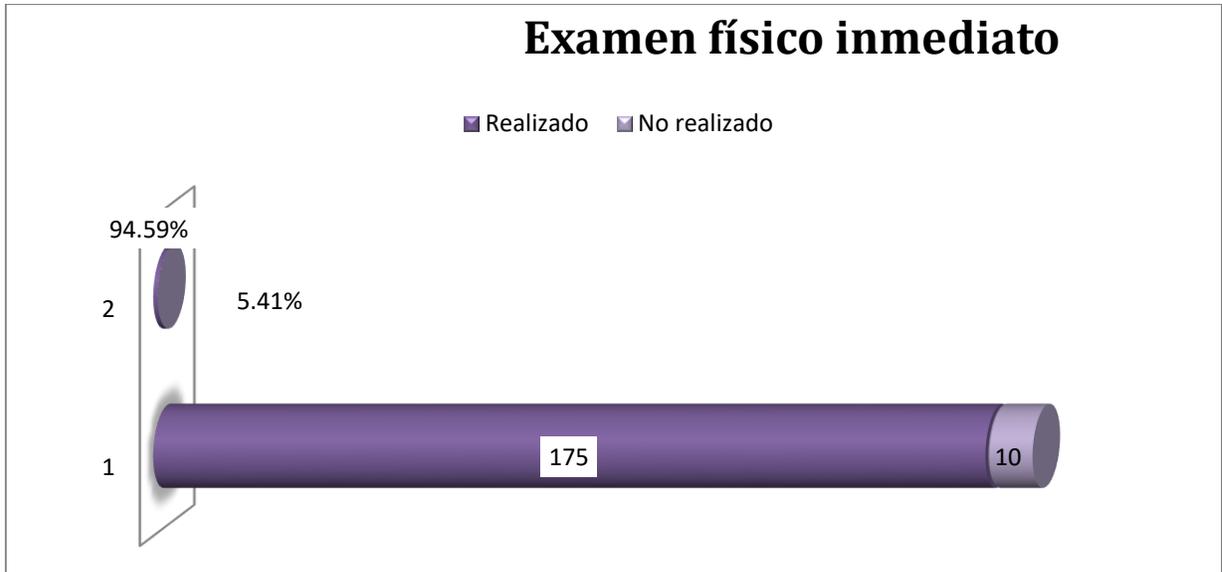
Profilaxis ocular en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 11:

Examen físico inmediato en la atención al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

Gráfico N° 12:

Dictado del Silverman Anderson en la atención inmediata al recién nacido.



Fuente: Tabla N°3

GUIA DE OBSERVACION
Hospital Primario Pastor Jiménez Arostegui Jalapa

Atención inmediata al recién nacido

- ✚ Guía de observación y revisión de expediente clínico sobre el Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, por el personal en salud del departamento de pediatría en el Hospital Bello Amanecer, en el periodo de Enero-Junio 2018

No. Expediente: _____

Perfil Laboral:

Categoría Profesional:

- Médico de base (Pediatra y/o Neonatólogo)
- Médico General
- Médico Servicio social
- Personal no médico

Años de trabajo en el sector salud

- 1-3 Años
- 4-6 Años
- 7 o mas

1. Acerca de la atención en los primeros 5 minutos de vida extra-uterino

Aspiración de secreciones, estipulado en nota lo siguiente:

- Al momento de la expulsión (boca y nariz) _____
- Las veces que fuera necesario _____
- Sostenido a la altura del pubis materno _____

Realizado _____

No realizado _____

Pinzamiento y sección del cordón umbilical, se describe:

- Pinzamiento y sección del condón (1-2 min) _____
- Corte de 10 -15 cm del ombligo _____
- Ligadura del cordón 3 cm de la base _____
- Sección del cordón 0.5 -1 cm de la ligadura _____
- Profilaxis con antiséptico _____
- Protección del cordón con gasas estéril _____

Realizado _____

No realizado _____

Valoración del estado general del recién nacido por el método del APGAR, se refleja puntuación:

- 1er minuto _____
- 5to minuto _____
- Frec. Cardiaca _____
- Irritabilidad refleja _____

Realizado _____

No realizado _____

2. Valoración médica luego de los 5 minutos de vida extra-uterinos

Control térmico del recién nacido, se describe:

- Se cubre y seca al bebe con ropa tibia y estéril
- Se coloca en cuna térmica
- Se verifica la temperatura durante los primeros 5 min de vidas

Realizado _____

No realizado _____

Identificación del recién nacido

- Nota con datos completos
- Huella del recién nacido

Completo_____

Incompleto_____

Somatometría del recién nacido, se refleja:

- Medición de perímetros (cefálico, torácico y abdominal) _____
- Talla del recién nacido _____
- Peso del recién nacido _____
- Graficas peso/edad, perímetro cefálico/edad_____

Realizado_____

No realizado_____

Valoración de la edad gestacional del recién nacido

- Según FUM _____
- Capurro _____

Realizado_____

No realizado_____

Profilaxis ocular del recién nacido

- Si_____
- No_____

Realizado_____

No realizado_____

Examen físico inmediato del recién nacido, se describe:

Manejo de la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo

- Verificación de la permeabilidad anal _____
- Palpación y exploración _____
- Auscultación de tórax _____
- Extremidades inferiores _____

Realizado _____

No realizado _____

Valoración del Silverman Anderson a los 10 minutos de vida

- Si _____
- No _____

Realizado _____

No realizado _____

Nota: Se considerara realizado cuando todos los procedimientos sean descritos en la nota de atención del recién nacido, en caso contrario se considerara como no realizado.