



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**2005 - 2007**

**Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública**

**CONOCIMIENTO Y APLICACION DE LA GUIA DE ATENCION DE  
ASFIXIA NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL DR. ERNESTO  
SEQUEIRA BLANCO, BLUEFIELDS, RAAS,  
ENERO - DICIEMBRE 2007.**

**Autor: Dra. Lourdes Gutiérrez Nicholson**

**Tutor: Dr. Manuel Alfaro González  
Pediatra, MSC. Epidemiología**

**Bluefields. Febrero 2008**

## *DEDICATORIA*

### *A Dios:*

Por enseñarme el camino de la verdad y los nobles principios con que he aprendido a ver a mis pacientes.

### *A la niñez Nicaragüense y de Región Autónoma Atlántico sur:*

Por haber sido inspiración de nuestra formación como profesionales.

### *A mí esposo e hijas:*

Por estar siempre a mi lado en los momentos difíciles y haber sido el estímulo para alcanzar la meta propuesta en mi vida.

Todos mis compañeros de maestría por todos los buenos momentos que pasamos juntos.

## *“AGRADECIMIENTO”*

Agradezco infinitamente a los Docentes y Tutores por su dedicación a la culminación de esta Tesis.

Muy en especial a la Sra. Gina Gaitán Responsable de Estadísticas del Hospital Ernesto Sequeira, por su valiosa cooperación en la realización de esta Tesis.

A todas aquellas personas que con su ayuda incondicional fue posible concluir este trabajo.

A toda la comunidad educativa del CIES que con paciencia y abnegación supieron transmitir sus conocimientos para hoy ser un profesional de la Salud Pública.

## RESUMEN

El presente estudio es evaluativo con método cuantitativo, del nivel de conocimiento y aplicación de la guía de manejo de las asfixia neonatal, Hospital Ernesto Sequeira Blanco, Enero –Diciembre 2007.

El estudio se realizo a través de una entrevista de conocimiento al personal del Hospital, la aplicación fue a través de una guía de revisión documental de los expedientes clínico.

El método de selección de la muestra se obtuvo atreves de la fórmula para población infinita, con una prevalencia de 50%, con un intervalo de confianza de 95%, y un nivel de precisión de 5%, resultando un valor de 102 personas a entrevistar.

La selección de la muestra fue aleatorio estratificado asignándole un numero a cada persona y posteriormente fueron seleccionado con la técnica del sombrero.

Los principales resultados encontrados refleja que el perfil profesional fueron enfermera auxiliar 50.9%, enfermera profesional 17.6%, el tiempo de laborar fue de seis a diez años y mas de diez años 29.4 %, los componentes de La guía que no tenían dificultades fueron los pasos iniciales 34.3%, el componente que mas dificultades tuvieron fue intubación endotraqueal con 78.4%.

El nivel de conocimientos de los recursos humano fue bueno a regular y fueron las enfermeras auxiliares, el grado de aplicación de la guía del manejo en los expedientes revisado fue incompleto en un 66%.

El nivel de conocimiento según perfil profesional fue el personal médicos que tuvo un mayor nivel de conocimiento y el servicio de mayor nivel de conocimiento fue neonatología y habían recibido más de dos capacitaciones,

Por lo que recomendamos:

Implementar política de estímulo y captación de los recursos humanos de la región.

Implementación de los temas de reanimación pediátrica básica y avanzada dirigidos al personal que atiende la población pediátrica en las unidades de salud de las diferentes comunidades

Implementar política de estímulo a los recursos humanos que están involucrado en la atención del recién nacido sobre todo los que tienen mayor años de servicio con el objetivo de generar cambio en la forma de atención, mejorando calidad y calidez.

Redistribuir al personal mas capacitado a la aérea con mayores dificultades y evitar la rotación interna de los recursos capacitada.

Mejorar los conocimientos y habilidades del personal encargada de la atención, para lograr altos estándares de calidad en la atención de los pacientes.

Evitar en lo mínimo la rotación interna de los recursos humanos sobre todo los de la ruta crítica.

Realizar monitoreo y seguimiento mensual para el cumplimiento de la guía de manejo de las asfixia neonatales, establecidas por el Ministerio de salud.

Registrar en los expedientes clínicos los procedimientos realizados y el cumplimiento de protocolo al personal involucrado en la atención del recién nacido.

## INDICE

<i>Dedicatoria</i> .....	<i>I</i>
<i>Agradecimiento</i> .....	<i>II</i>
<i>Resumen</i> .....	<i>III</i>
I Introducción.....	1
II Antecedentes.....	3
III Justificación.....	5
IV Planteamiento del problema.....	6
V Objetivos.....	7
VI Marco conceptual y de Referencias.....	8
VII Diseño Metodológico.....	15
VIII Resultados.....	19
IX Análisis de Resultados.....	22
X Conclusiones.....	24
XI Recomendaciones.....	25
XII Bibliografías.....	26
Anexos	

## **I. Introducción**

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es probablemente el evento más peligroso que la mayoría de nosotros experimentamos durante la vida. Nunca más nuestro cuerpo será forzado a realizar ajustes fisiológicos tan radicales como los que ocurren inmediatamente después de nacer.

Un 90 % de los recién nacido hacen una transición normal, con poco o ninguna asistencia, aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia para iniciar la respiración al nacer; cerca del 1% necesita medidas mas complejas de reanimación para sobrevivir. (1)

Más de cinco millones de muerte neonatal se presentan por año a nivel mundial, sé ha estimado que la asfixia en el momento del nacimiento es responsable del 19% de esas muertes, es un problema mundial de salud, Y es un fenómeno que ocupa un lugar de suma importancia, por su índice de morbi- mortalidad, y principalmente por las secuelas que deja y el costo que implica. (2)

Según las organización mundial de la salud (OMS), se estima que ocurre un millón de muerte al año por esta causa , teniendo una mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo ,donde hasta el tres por ciento de los nacimientos presentan una asfixia moderada a severa .(3)

En países desarrollados se reportan una incidencia de 0.3 a 1.8 %. En países en vías de desarrollo se encuentra una prevalencia de 6.1 x 1000nv. (4)

En Nicaragua la frecuencia de Asfixia al nacer se reportan un 6.5% de los nacidos vivos, siendo severa en un 2% y moderado el 4.5%. (14)

Con una Letalidad del 31 al 66% de manera general siendo mayor en los Recién nacido pretermino y en los casos en que el episodio de Asfixia se prolonga más de cinco minuto. (14)

El Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields, registra similar tasa de mortalidad infantil ( 35 por 1000 nacidos vivos) que la nacional(41X1000NV), la principal causa son las neonatales y dentro de ellas la asfixia , esto plantea la necesidad de trabajar con estrategias innovadoras que permite mejorar los principales indicadores infantiles, garantizando el seguimiento desde el inicio del embarazo, durante el trabajo de parto, hasta el nacimiento, ofertando un abordaje integral y de esta manera contribuir a la disminución de la morbi mortalidad infantil.( 14)

Por lo que la OMS desde 1992 en su resolución 45.22, estableció la necesidad de no separar el binomio madre e hijo, aumentar el conocimiento sobre las complicaciones que se derivan de las Asfixia en los recién nacido y mejorar la tecnología en la reanimación Neonatal, implementar guía de manejo en todo los niveles de atención. Se considera también que debe de haber una integración obstétrica \_pediátrica durante el trabajo de parto y al nacer. (2)

Ya que es el momento de mayor riesgo donde pueda presentarse la asfixia.

A pesar de la gran deficiencia tecnológico en los países en vías de desarrollo con la implementación de cursos de Reanimación neonatal la aplicación de guía de manejo de recién nacido, estas estrategia han contribuida a reducir la mortalidad infantil y es una herramienta en la atención del recién nacido y permite unificar criterio de calidad y así contribuir a la reducción de la mortalidad infantil, tiene dos años de estar implementando en nuestro centro hospitalario y no se ha realizado estudios de evaluación, el presente estudio pretende generar información sobre el nivel de conocimiento del personal con la finalidad de diseñar políticas que permite definir estrategia orientado a disminuir las brechas y brindar una mejor atención de calidad del binomio madre e hijo.(1,2)

## **II. ANTECEDENTES**

Las guías nacionales para reanimación de adulto se recomendaron por primera vez en 1966, por parte de la Academia Nacional de Ciencias. En 1978 se constituyo un grupo de trabajo de reanimación pediátrica formado por el comité de cuidado cardiaco de emergencia de la AHA. El grupo no tardo en concluir que la reanimación de recién nacidos requería un énfasis diferente al de la reanimación de adultos, siendo muy importante enfocarse más en la ventilación que en la desfibrilacion cardiaca. La especialidad de neonatología surgía en ese tiempo y, en 1985, la Academia Americana de Pediatría y la American Heart Association en conjunto desarrollaron un programa de entrenamiento con el objetivo de enseñar los principios de la reanimación neonatal. (8)

La estrategia primero comprendió el entrenamiento de un profesorado nacional que consistió en por lo menos un equipo de un medico y una enfermera de cada estado, al final de 1998 mas de un millón de profesionales de la salud habían sido entrenados en la técnica de reanimación neonatal. (9,10)

La primera investigación sobre asfixia al nacer fue realizada en 1953 por Virginia apgar, quién contribuyo con la escala para la evaluación del grado de asfixia peri natal y adaptación a la vida extrauterina, luego en 1963 en Italia se realizaron investigaciones y el Dr.A.Masi y el Dr. M. Maggi, los cuales se basan en la labor que realiza el medico y su iniciativa ante el problema de este tipo. (11)

Hay un estudio en los Estados unido sobre prevalencia de Asfixia al nacer el cual indica que se dan 60 mil caso anuales, de los cuales fallecen aproximadamente unos cinco mil recién nacidos.(3)

Hay un estudio de investigación sobre competencia del personal de salud en la atención del recién nacido en el ministerio de salud de Benín, Jamaica y Rwanda, Marzo 2004, pag .3-10. (26)

En América latina a través de estudios demuestran que los recién nacido de bajo peso al nacer se deprimen al minuto de su nacimiento , persistiendo a los cinco minutos esto demuestra que la asfixia es mas grave cuando menor es el peso al nacer constituyendo uno de los principales factores de riesgo.(12,13)

En Nicaragua hay estudios sobre factores de riesgo asociado a la asfixia neonatal no sobre evaluación de conocimiento de la guía de manejo de asfixia neonatal.

En 1991 en el Hospital Gaspar García Liviana en Rivas, el Dr. Marcelino Aviles Sánchez, el cual era un estudio de tipo analítico, retrospectivo y de corte transversal que pretendía identificar el comportamiento de asfixia en ese centro. (5)

En 1992 en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en León, la Dra. Guadamuz Aviles, realizo un estudio que describen los factores de riesgo y las complicaciones de los niños que nacieron con Asfixia neonatal severa. (6)

En 1999 en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en León, el Dr. Jaime Cuadra García, realizó un nuevo estudio sobre complicaciones y patología asociado en recién nacido con Asfixia neonatal Severa. (7)

En el Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco de la ciudad de Bluefields, tiene dos años de Implementar una guía de manejo de la asfixia neonatal.

No se han realizado estudio de evaluación de conocimiento de la guía para determinar brechas e incidir, por lo que se considera que es de vital importancia el estudio ya que han pasado dos años que el Ministerio de Salud implemento las guía de manejo y no ha habido estudio de evaluación de conocimiento y aplicación de la guía.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de salud, en conjunto con el apoyo de organismos Internacionales ha asumido el compromiso de la implementación de estrategias para disminuir la mortalidad infantil, entre ellos la guía de manejo de las Asfixia neonatales.

Ni el hospital ni el SILAIS de la RAAS cuenta con estudios previos acerca de evaluación de conocimiento de la guía de manejo de las asfixias neonatales.

El Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields, registra tasa de mortalidad infantil ( 35 por 1000 nacidos vivos) similar al nacional, la principal causa son las neonatales y dentro de ellas la asfixia , esto plantea la necesidad de trabajar con estrategias innovadoras que permite mejorar los principales indicadores infantiles, el Hospital tiene dos años de estar implementando la estrategia y se realizo la primera etapa que fue la capacitación al personal de salud de la ruta critica y no se ha realizado estudios de evaluación, el presente estudio pretende generar información sobre el nivel de conocimiento del personal con la finalidad de diseñar políticas que permite definir estrategia orientado a disminuir las brechas y brindar una mejor atención de calidad del binomio madre e hijo.

## **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La pregunta del estudio es la siguiente:

¿Cual es el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de atención del recién nacido con Asfixia neonatal del personal, Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Enero a Diciembre 2007?

Otras preguntas:

¿Cuáles son las características de los recursos humanos involucrados en la atención?

¿Cuáles es el nivel de conocimiento y capacitación de los recursos humano sobre la guía de atención de los recién nacido con Asfixia neonatal?

¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de los componentes de la guía establecida?

## **V. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de atención del recién nacido con Asfixias neonatal del personal, Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco Bluefields, RAAS, Enero a Diciembre 2007.

Objetivos específicos:

1. Describir cuales son las características de los recursos humanos involucrados en la atención.
2. Valorar el nivel de conocimientos y capacitación de los recursos humano sobre la guía de atención del recién nacido con asfixia neonatal.
3. Analizar el grado de cumplimiento y aplicación de los componente de la guía establecida en la atención del recién nacido.

## **VI. MARCO DE REFERENCIA**

Las guías nacionales para reanimación de adulto se recomendaron por primera vez en 1966, por parte de la Academia Nacional de Ciencias. En 1978 se constituyó un grupo de trabajo de reanimación pediátrica formado por el comité de cuidado cardiaco de emergencia de la AHA. El grupo no tardó en concluir que la reanimación de recién nacidos requería un énfasis diferente al de la reanimación de adultos, siendo muy importante enfocarse más en la ventilación que en la desfibrilación cardiaca. La especialidad de neonatología surgió en ese tiempo y, en 1985, la Academia Americana de Pediatría y la American Heart Association en conjunto desarrollaron un programa de entrenamiento con el objetivo de enseñar los principios de la reanimación neonatal. (15,16)

La estrategia primero comprendió el entrenamiento de un profesorado nacional que consistió en por lo menos un equipo de un médico y una enfermera de cada estado, al final de 1998 más de un millón de profesionales de la salud habían sido entrenados en la técnica de reanimación neonatal. (17)

La ciencia que respalda el programa ha tenido una evolución significativa. Mientras que los principios del ABCD (vía aérea, respiración, circulación, drogas) de la reanimación han sido el estándar por varias décadas, los detalles de cómo y cuándo realizar cada uno de los pasos y diferencias para recién nacido versus niños grande o adulto, han requerido cambios y evaluación constantes. La AHA ha dirigido este proceso de evaluación a través de la convocatoria periódica, cada 5 a 8 años, a las conferencias internacionales cardiopulmonar y emergencia cardiaca (RCP\_CCE) para establecer guías para reanimación en todos los grupos de edades y para todas las causas de paro cardiopulmonar. (18)

La Academia finalmente se unió a este proceso en 1992 para desarrollar guías para reanimación de niños y recién nacido.

EL curso de Reanimación neonatal consiste en siete lecciones. Sin embargo usted trabajara solo con aquellas apropiadas a su nivel de responsabilidad. Las responsabilidades de la reanimación varían de un hospital a otro. (18)

**Fisiología singular del recién nacido:**

La transición de la vida fetal a la vida extrauterina se caracteriza por una serie de fenómenos fisiológicos únicos: los pulmones pasan de estar ocupados por líquido a estar ocupado por aire, el flujo sanguíneo pulmonar aumenta de manera sustancial, los cortocircuitos intracardiacos y extracardiacos revierten inicialmente su dirección y, posteriormente, se cierran. Estas consideraciones fisiológicas inciden en las intervenciones de reanimación del recién nacido. (19)

**Que recién nacido requieren de reanimación:**

Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia para iniciar la respiración al nacer, cerca del 1% necesita medidas mas complejas de reanimación para sobrevivir .En contrasté, al menos un 90% de los recién nacidos, hace la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina sin ninguna dificultad y requiere de poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular. (20)

**Anticipación de la necesidad de reanimación:**

La anticipación, la preparación adecuada, la evaluación exacta y el inicio rápido, son los pasos cruciales para que la reanimación neonatal sea efectiva.

(21)

**Comunicación:** la preparación apropiada para un parto de alto riesgo exige de comunicación entre las personas que atienden a la madre y los responsables de la reanimación del recién nacido. (21)

### **Preparación para el parto:**

**Personal:** en todo parto debe estar presente personal capaz de iniciar la reanimación .por lo menos una persona con este tipo de entrenamiento debe ser el responsable únicamente de la atención del recién nacido. (21)

**Equipo:** los partos se deben realizar en un ámbito limpio y calido con todo el equipo y los fármacos de reanimación en condiciones de ser usados de inmediato ,el personal debe utilizar guantes y otras barrera de protección apropiadas al manipular a recién nacido o equipo contaminado.(21)

### **Evaluación:**

Hay que evaluar de forma simultánea y mediante una inspección visual rápida un conjunto inicial de signos (meconio en el líquido amniótico o en la piel, llanto o respiraciones, tono muscular, color, gestación a término o pretermino).

El recién nacido que responde energicamente al medio extrauterino y que nació a termino, puede permanecer con la madre para recibir atención de rutina (calor, despeje de la vía aérea, secado).

Las indicaciones de evaluación adicional bajo una fuente de calor radiante y posible intervenciones;

Meconio en el líquido amniótico o en la piel

Respuesta ausente o débil

Cianosis central persistente

Nacimiento pretermino

La evaluación adicional del recién nacido se basa en la triada de respiración, frecuencia cardiaca y color. (22)

### **Asfixia:**

Se define como la restricción de suministro de oxígeno al feto (hipoxemia), acumulación de dióxido de carbono (hipercapnia), retención de hidrogeniones (acidosis).Desde el punto de vista operacional la asfixia es definida como el retraso en iniciar la respiración al nacimiento. (23)

Existen cuatro mecanismo básico para la producción de asfixia durante el trabajo de parto o en el proceso de nacimiento o inmediatamente después de este, puede ocurrir antes del parto (20%), durante el trabajo de parto y el parto(70%)y en el posparto(10%).

Asfixia Fetal, por interrupción del flujo sanguíneo, a nivel del cordón umbilical, ejemplo; comprensión del cordón durante el trabajo de parto.

Asfixia Fetal, por alteración del intercambio de oxígeno a través de la placenta, ejemplo; desprendimiento de placenta normalmente inserta (DPPNI).

Asfixia Neonatal, por perfusión inadecuada de la cara placentaria materna, ejemplo; hipotensión materna.

Asfixia Neonatal, por fracaso en la expansión pulmonar incapacidad del neonato para responder ante el medio ambiente (adaptación cardio pulmonar fallida). (24)

### **Fisiopatología de la Asfixia:**

Los cambios fisiológicos que ocurren en la asfixia se presenta en una secuencia de eventos bien definidos, al ocurrir la privación de oxígeno en el feto o neonato, sobreviene un periodo inicial de respiraciones rápidas. Si la asfixia continua cesan los movimientos respiratorios, la frecuencia cardiaca comienza a disminuir, el tono muscular disminuye gradualmente, este periodo de apnea es conocido como apnea primaria.

En la mayoría de los casos, la estimulación táctil y la exposición al oxígeno durante la apnea primaria inducirán a que se restablezca la respiración en el recién nacido. (25)

Si la hipoxia continua, el feto desarrolla respiraciones profundas y jadeantes, la frecuencia cardiaca continua descendiendo, la presión arterial comienza a disminuir y el feto pierde gradualmente el tono neuromuscular. La respiración se hace progresivamente débil hasta que se presenta un ultimo bloque y llegar a apnea secundaria, durante este periodo la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la tensión de oxígeno continua descendiendo produciéndose acidosis metabólica con disminución de pH e hipoxia fetal, de no ser asistido rápidamente niño puede fallecer

Como resultado de la hipoxia fetal, el recién nacido puede presentar apnea primaria o secundaria al momento del nacimiento, las cuales son indistinguible clínicamente. (25)

## **Factores de riesgos:**

### **1. Factores maternos**

### **2. Factores sociales económicos y culturales**

Edad materna menor de 15 y mayor de 35 años, Multiparidad, periodo ínter genésico corto, infertilidad prolongada asociada a primípara añosa,

Diabetes materna, preeclampsia, eclampsia, gestación posttermino, embarazo prolongado mayor de 42 semana, infecciones materna, anemia o iso inmunización, gestación múltiple, pequeño para la edad gestacional, madre drogadicta, cansancio materno. (16)

### **3. Factores Fetales:**

Recién nacido pretermino: menor de 37 semanas de gestación con peso menor de 2500 gramos,

Recién nacido a término de bajo peso,

Grande para edad gestacional

### **Evaluación Inmediata del recién nacido**

En el puntaje de apgar se puede verificar rápida y sencilla la valoración cardiorrespiratoria y neurológica al instante de nacer, el apgar no se usa para valorar si un recién nacido necesita reanimación, si no para la valoración del estado general del recién nacido, ya que al primer minuto tiene valoración de diagnostico y a los cinco minuto como valor pronostico.

El puntaje valora cinco puntos, los cuales son los siguientes:

Movimiento respiratorio.

Frecuencia cardiaca.

Tono muscular.

Irritabilidad

Coloración de la piel. (16)

Existen cuatro de ellos que se pueden valorar por simple observación, mientras que la frecuencia cardíaca se evalúa por palpación del cordón umbilical o del precordio, o bien se emplea la auscultación.

Para apgar es importante tener presente tres escalas de movilidad:

Apgar 7- 10 Neonatos vigorosos.

Apgar 4- 6 Asfixias moderado.

Apgar 1- 3 Asfixias severa. (3)

**Neonato con apgar de 7 o mayor de 7:** generalmente son vigoroso no requieren de reanimaron y a veces y un periodo leve de oxigeno lo cual ayudara a disminuir la resistencia vascular pulmonar. (3)

**Asfixia Leve o moderada:** con frecuencia cardíaca mayor de 100 por minuto, cianosis, esfuerzo respiratorio débil .Estos requieren estimulación y administración de oxigeno al 100% con mascara facial respondiendo a estas medidas y comienza la respiración espontánea .Indica depresión moderada si desciende la frecuencia cardíaca y persiste la cianosis se deberá realizar la intubación endotraqueal y ventilación a presión positiva de inmediato. (3)

**Asfixia Grave o severa:**

Frecuencia cardíaca menor de 80 por minuto, palidez, apnea o esfuerzo respiratorio aislado.Estos neonatos requieren intubación y expansión de pulmón si el equipo no esta disponible, la ventilación con bolsa y mascarilla suele ser adecuada. (3)

**Los componentes de la guía son:**

**1. Revisión de los principios de la reanimación:**

Objetivos:

Conocer los factores de riesgo que pueden ayudar a predecir que recién nacido requiere de reanimación.

Equipo y personal necesario para reanimar a un recién nacido.

Diagrama de flujo que muestra todos los pasos a seguir durante la reanimación. (1)

**2. Pasos iniciales de la Reanimación:**

Decidir que recién nacido requiere de reanimación.

Despejar la vía aérea y suministrar los pasos iniciales de la reanimación.

Reanimar al recién nacido cuando hay meconio presente en el líquido amniótico.

Dar oxígeno a flujo libre en caso necesario. (1)

**3. Uso de bolsa y máscara.**

Cuando suministrar ventilación con bolsa y máscara

Colocación correcta de la máscara sobre la cara del recién nacido

Como evaluar el éxito de la ventilación con bolsa y máscara

Funcionamiento de cada tipo de bolsa

Como probar y detectar problema en cada tipo de bolsa. (1)

**4. Masaje cardíaco:**

Cuando iniciar el masaje cardíaco durante la reanimación.

Como suministrar el masaje cardíaco.

Como coordinar el masaje cardíaco y la ventilación a presión positiva.

Cuando suspender el masaje cardíaco. (1)

## **5. Intubación endotraqueal:**

Cuando se requiere de la intubación endotraqueal

Como determinar si el tubo endotraqueal se encuentra en la traquea

Como utilizar el laringoscopio para introducir el tuboendotraqueal

Como preparar el equipo necesario para la intubación endotraqueal. (1)

## **6. Medicamento:**

Cuando administrar medicamento durante la reanimación

Como administrar adrenalina a través del tubo endotraqueal la vena umbilical

Como y cuando administrar expansores de volumen por vía intravenosa durante la reanimación.

Como y cuando administra bicarbonato de sodio para corregir la acidosis metabólica durante la reanimación. (1)

## **VII. Diseño Metodológico**

### **Tipo de estudio**

El presente estudio es evaluativo, con método cuantitativo del conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal, del personal que labora en el Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco.

El estudio se realizó en el Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco, RAAS, que es de referencia regional, cuenta con 271 trabajadores y 123 camas censables, los servicios que ofertan son: pediatría, Ginecología, ortopedia, cirugía, anestesiología, Imaginología y emergencia las 24 horas.

El personal que labora en la atención de paciente entre médicos Especialista, general, enfermera profesional, auxiliar de Enfermería y Licenciada en obstetricia es un total de 140 recursos.

**Universo:** El personal que labora en el Hospital en la atención directa con paciente, médicos Especialista, general, enfermera profesional, auxiliar de Enfermería y Licenciada en obstetricia es un total de 140 recursos.

### **Muestra:**

El número de la muestra se obtuvo a través de fórmula para población finita con una prevalencia de 50%, con un intervalo de confianza de 95%, y un nivel de precisión de 5% resultando en un valor de 102 personas a entrevistar.

El método para la selección de la muestra fue aleatorio estratificado asignándole un número a cada persona y posteriormente fueron seleccionados con la técnica del sombrero.

### **Unidad de análisis**

La unidad de análisis es el personal de salud encuestada que está involucrado en la atención directa, durante el mes de enero a Diciembre del 2007.

Y los expedientes clínicos de los recién nacidos con asfixia neonatal durante el mismo periodo para valorar aplicación de la guía.

**Criterio de selección:**

**Criterio de inclusión:**

Personal que están involucrado en la atención directa de paciente del Hospital Ernesto Sequeira Blanco.

Recién nacido que presenta asfixia neonatal que nacieron entre enero-Diciembre 2007.

El registro de expediente que tenga información estadística completo.

**Criterio de exclusión:**

Medico especialista que no es de la especialidad de pediatría.

Expediente clínico con información estadística incompleta

**Variables por objetivo**

**Objetivo:**

**Características de los recursos humanos que laboran en el HRESB.**

**Variable**

- Perfil profesional.
- Servicio en que trabajan.
- Tiempo de trabajar.

**Objetivo:**

**Valorar el nivel de conocimientos y capacitación de los recursos humano sobre la guía de atención del recién nacido con asfixia neonatal.**

**Variable**

- Nivel de conocimientos de los componentes de la guía.
- Numero de Capacitaciones.

**Objetivo:**

**Analizar el grado de cumplimiento de los componente de la guía establecidas en la atención del recién nacido.**

**VARIABLES**

- Aplicación de los componentes.

**Fuente y obtención de los datos:**

La fuente de información fue primaria y secundaria

**Primaria:**

A través de una entrevista al personal que están involucrado en la atención, en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco, durante el mes de enero a Diciembre 2007.

**Secundario:**

La revisión de los expedientes clínicos de los recién nacido con asfixia neonatales durante el mismo periodo.

**Técnica e instrumento de recolección de datos:**

Instrumentos de recolección fue a través de la aplicación de 1 cuestionario a los recursos humanos y el llenado de una ficha de recolección de datos del expediente clínico de los niños con asfixia neonatal. Ambos instrumentos fueron aprobados mediante pruebas de validación efectuadas por la encargada de atención integral la niñez.

**Procesamiento de la información:**

Para el procesamiento y análisis de la información se uso el paquete estadístico EPI-info.version 3.3.2 se creo una base de datos con el programa con el cual se realizó el análisis , Para la evaluación de los conocimientos de los componente se asignó una nota cuantitativa en una escala de 1 a 6 con las siguientes equivalencias:. Excelente: puntaje de seis respuesta

Bueno: son cuatro a cinco respuestas

Regular: son tres

Deficiente: son uno a dos o nulo.

De cada uno de los componente de la guía.

Para la evaluación de la aplicación de la guía se asignó una nota cuantitativa en una escala de 1 a 7 con las siguientes equivalencias

Completa: cumplen de 4 a 7/ de los componentes

Incompleta cumple 3 o menos de tres.

Los resultados se presento en tablas y gráficos a través del programa de Office 2007y Microsoft Word y power point.

### **Análisis de los datos:**

Se realizo el análisis de los datos a través de frecuencia simple para todas las variables, además se realizo el análisis cruzado de algunas variables. Nivel de conocimiento con perfil profesional.

Nivel de conocimiento con número de capacitación.

Nivel de conocimiento con servicio que trabaja.

Nivel de conocimiento con años de trabajar.

Numero de capacitación con perfil profesional

### **Trabajo de campo o terreno:**

Se solicitó autorización por escrito al Director del hospital para realizar las entrevistas, revisión documental del estudio, expedientes clínicos.

### **Consideraciones éticas**

Dentro de los aspectos éticos se tomaron en cuenta, conversar previamente con el personal para lograr una entrevista con consentimiento informado y así que se logró entrevistar a todos los propuestos en la muestra.

Para evitar los posibles sesgos o limitaciones durante las entrevistas tomamos en cuenta el lugar y el ambiente externo, se realizaron en lugares diferentes conforme accedía el entrevistado, algunos fuera de horas laborables, y siempre a solas sin intervención de terceros, estas condiciones fueron según lo dispuesto por el entrevistado.

Así que se logró entrevistar a todos los propuestos. El estudio contó con la anuencia y apoyo de las autoridades superiores del hospital y la jefa del servicio Neonatología, Labor y parto, Quirófano, y emergencia del Hospital Ernesto Sequeira Blanco.

## VIII.Resultados

De Enero a Diciembre del 2007, se realizo una entrevista de conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal, a ciento dos recursos que trabajan en los diferentes servicios de hospital y se analizo la aplicación de la guía en los expedientes clínicos, encontrando:

El perfil profesional de los recursos humanos que trabajan fueron auxiliar de enfermería 50.9%(52), enfermera profesional 17.6% (18), licenciada enfermería 13.7% (14), seguido de medico general 14.7% (15) y especialista 2.9% (3).

Ver anexo cuadro no1

El tiempo que tienen los recursos humanos de estar trabajando fue mas de diez años 29.4%(30), seis a diez años 29.4%(30), de uno a cinco años 24.5%(25) menos de un año 16.6%(17).

Ver anexo cuadro no2

De los componente de la guía que mas Conocían fue pasos iniciales 34.3% (35), seguido de principio de la reanimación y masaje cardiaco 24.5% (25) respectivamente, medicamento 19.6% (20) y intubación endotraqueal 9.8% (10), y los que no conocía ninguno de los componentes fue el1.2%(2).

Ver anexo cuadro no3

De los componentes de la guía de manejo de las asfixia el que mas le dificulta a los recursos humanos fue intubación endotraqueal 78.4% (80), masaje cardiaco 49% (50) y uso de bolsa y mascara 39.2% (40), medicamento 21.5% (22) y los que no tenían dificultad con ninguno de los componentes fue 3.9%(4).

Ver anexo cuadro no4

El nivel de conocimiento de los recursos humanos fue bueno 50.9%(52) y regular 27.4% (28), excelente19.6 % ( 20) y deficiente1.9% (2).

Ver anexo cuadro no5

La aplicación de la guía de manejo en los expedientes revisados fue incompleta 66% (40) y completa34% (20).

Ver anexo cuadro no6

El perfil profesional según el nivel de conocimiento fueron 18 medico con un nivel de conocimiento excelente en un 100%, y licenciada de enfermería un nivel de conocimiento excelente 14.2%(2) y buena en un 85.7%(12).

Las enfermeras auxiliares tuvieron un nivel de conocimiento regular el 53.8%(28), bueno en un 42.3% (22) y deficiente en un 3.8%(2).

Las enfermeras profesional el nivel de conocimiento en un 100%(18) fue buena.

Ver anexo cuadro no 7

El nivel de conocimiento según los años de estar trabajando, de los treinta recursos que tenían mas de diez años de laborar un 93.3%(28) tenían conocimiento regular y bueno a deficiente 3.3%(1) respectivamente.

Los que tenían entre seis a diez años el nivel de conocimiento fue bueno en un 63.3%(19), excelente en un 33.3%(10), deficiente 3.3%(1).

Ver anexo cuadro no8

El nivel de conocimiento según el servicio donde trabajan, los servicios que se destacaron fueron neonatología en un 50%(10) con un nivel de conocimiento excelente, seguido de Labor y parto y emergencia en un 25% (5) respectivamente.

Los servicios que tuvieron un nivel de conocimiento bueno fueron pediatría en un 19.2%(10), quirófano y emergencia 15.4%(8) respectivamente, labor y parto en un 13.4%(7), y Ginecobstetricia 11.5%(6), cuidado intensivo 9.6%(5), neonatología 7.6%(4), ortopedia, medicina 3.8% (2) respectivamente.

Los servicio que tuvieron un nivel de Conocimiento regular fueron ortopedia y cirugia en 25%(7), medicina interna y Ginecobstetricia 21.4%(6),

Quirófano en 10.7%(3), emergencia, pediatría, cuidado intensivo 10.7%(2) respectivamente, Medicina interna y ortopedia en un 50%(1) respectivamente tuvieron un nivel de conocimiento deficiente.

Ver anexo cuadro no9

El nivel de conocimiento según el número de capacitaciones recibidas por el personal, pudimos observar que los que tienen tres a cuatro capacitaciones fueron 12 con conocimiento excelente a bueno 50%(6) respectivamente.

De una a dos capacitación el 52.2%(46) bueno, regular en un31.8%(28), excelente 15.9%(14) y dos fueron los que no recibieron capacitación y su nivel de conocimiento fue deficiente.

Ver anexo cuadro no10

El servicio que ha recibido mayor número de capacitaciones de tres a cuatro fueron neonatología en un 33.3%(49), labor y parto en un 25%, pediatría y emergencia 16.6%(2), respectivamente y quirófano 8.3%(1),

Los que recibieron de una a dos capacitación fueron emergencia 14.7%(13), Ginecología 13.6%(12), neonatología, pediatría, quirófano11.3%(10) respectivamente, seguida de labor y parto y cirugía10.2%(9), 9 medicina.

Los dos servicios que no han recibido ninguna capacitación fueron ortopedia y medicina en un 50%(1) respectivamente.

Ver anexo cuadro no11

## **IX. Análisis de los resultados**

En el presente estudio de conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal aplicado al personal de atención directa de paciente del Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, encontramos que dentro del perfil profesional que predominó fueron las enfermeras auxiliares en un 50.9%, similar comportamiento tienen los hospitales a nivel nacional y a nivel del ministerio de salud, otro fenómeno es que a pesar de contar con una universidad y tener recursos jóvenes que se están capacitando no hay oportunidad de trabajo y por el salario bajo, los recursos de enfermería que han sido preparados por el Ministerio de salud de la Región han emigrado a otro país en busca de mejores oportunidades, el gobierno regional debe implementar una política de captación de estos recursos ofertándoles mejores oportunidades de trabajo.

El tiempo de trabajar de los recursos humanos fue entre seis a diez años y más de diez años en un 29.4%, esto nos demuestra que son recursos añosos. Similares fue el resultado en un estudio de investigación sobre competencia del personal de salud en la atención del recién nacido en el ministerio de salud de Benín, Jamaica (26). Donde hasta el 40 % de los recursos tenían entre seis a diez años similar comportamiento.

En la guía de manejo los componentes que no tenían dificultades fueron pasos iniciales en un 34.4% y principio de la reanimación en 24.5%, debido a que solo un 30% de los partos en la atención del recién nacido es atendido por médico donde la mayoría son atendidas por las auxiliares y es rutinario realizar los pasos iniciales que comprende el cuidado inicial del recién nacido por lo que considero que es un factor que influye a que no tengan dificultades en pasos iniciales.

Y lo contrario fue el componente de intubación donde el 78.4% del personal tenían dificultades, en la guía establece que el personal del equipo de reanimación debe estar adiestrado y tener la habilidad para intubación y al menos una persona calificada ya que es uno de los procedimientos más difíciles y muy delicados, lo contrario en pasos iniciales ya que es el procedimiento que realiza diario el personal de enfermería en la atención del recién nacido.

El nivel de conocimiento fue bueno 50.9% y regular 27.4%, lo contrario en un estudio de investigación sobre competencia del personal capacitado en la atención del recién nacido en

el ministerio de salud de Benín, Jamaica y Rwanda. (26) donde el 89.5% del personal tenían conocimiento inapropiado a pesar de tener mas de seis años de estar laborando estos datos del estudio están relacionado con las capacitaciones que se han implementado en los ultimo dos años por el hospital y la ONG que han apoyado, sobre todo las aéreas de mayor prioridad como es neonatología, labor y parto y emergencia donde el 50% tenían un nivel de conocimiento excelente.

A pesar de tener un nivel de conocimiento bueno según los expedientes clínico el 66% del personal no consignan en los expediente los procedimiento realizado en la reanimación a la hora de atención de los recién nacido con asfixia este factor es debido a que no hay monitoreo continuo, ni seguimiento para el cumplimiento de las normas establecidas, Otro factor es la cultura organizacional y la resistencia al cambio, el paradigma de los cambios sobre todo en el personal que tienen mas años de laborar,

El persona médicos en un 18% tienen mayor nivel de conocimiento, Es debido a que tienen mayor nivel de preparación que el resto del personal, aunque hay una escasez de estos recursos en el hospital.

Los que tienen menos años de laborar tenían un nivel de conocimiento excelente a bueno, uno de los factores es que entre mas años menos estudian el personal y el paradigma de la resistencia al cambio, similar fue en un estudio de investigación sobre competencia del personal capacitado en la atención del recién nacido en el ministerio de salud de Benín, Jamaica y wanda. (26)

Los servicios que tienen mayor nivel de conocimiento son Neonatología, labor y parto, emergencia, esta relacionado con el número de capacitaciones que han recibido el personal, ya que son las aéreas priorizadas por el ministerio de salud, y otro factor es que son los recursos que son permanentes.

El hospital tiene una particularidad que es la alta rotación de los recursos humanos por escasez de estos y por los subsidios prolongados de los recursos de enfermería.

## **X. Conclusiones**

1. Los Recursos humanos involucrado en la atención del recién nacidos son auxiliar de enfermería, tienen entre seis a diez años y mas de diez años de estar laborando en el servicio.
2. El componente que mas manejan es pasos iniciales y el que mayores dificultades tienen es intubación endotraqueal.
3. El nivel de conocimiento es bueno a regular y son las enfermeras auxiliares.
4. El servicio que tiene un mayor nivel de conocimiento fue neonatología y han recibido mayor número de capacitaciones.
5. En los expedientes clínicos no cumplen con la aplicación de la guía de manejo del recién nacido por parte del personal medico.

## **XI. Recomendaciones**

### **Gobierno Regional Comisión de salud:**

Implementar política de estímulo y captación de los recursos humanos de la región a través de la diferenciación salarial.

Implementación de los temas de reanimación pediátrica básica y avanzada dirigidos al personal que atiende la población pediátrica en las unidades de salud de las diferentes comunidades

### **Dirección y Recursos humano del Ministerio de salud:**

Implementar política de estímulo a los recursos humanos que están involucrado en la atención del recién nacido sobre todo los que tienen mayor años de servicio con el objetivo de generar cambio en la forma de atención, mejorando calidad y calidez.

Redistribuir al personal mas capacitado a la aérea con mayores dificultades y evitar la rotación interna de los recursos capacitada.

### **Docencia del Hospital:**

Implementar política de capacitación y actualización de los recursos humanos que están involucrado en la atención del recién nacido.

Mejorar los conocimientos y habilidades del personal encargada de la atención de pacientes, para lograr altos estándares de calidad en la atención de los pacientes.

**Jefa de enfermería:** evitar en lo mínimo la rotación interna de los recursos humanos sobre todo los de la ruta crítica.

### **Jefe de sala de neonatología:**

Realizar monitoreo y seguimiento mensual para el cumplimiento de la guía de manejo de las asfixia neonatales, establecidas por el Ministerio de salud.

### **Personal médicos:**

Registrar en los expedientes clínicos los procedimientos realizados y el cumplimiento de protocolo al personal involucrado en la atención del recién nacido.

## **XII. BIBLIOGRAFIA**

1. Guías internacional para reanimacion neonatal, American Hearth Association, American academia of pediatrics.2002 capitulo 1, 2,3.Pág. 1-92.
2. Díaz Ag. Y col. sistema informático peri natal, Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano .CLAP. OPS/OMS, Montevideo Uruguay, Publicaciones científicas clan, Pág., 1203 enero 1990.
3. Jornal pediátrico. Asfixia Peri natal. Volumen cinco. Agosto 1998.
4. Nelson tratado de pediatría 12 ediciones. Cap. Prematurez y bajo peso al nacer. Capitulo 2,3. Pág. 130-150
5. Dr. Marcelino Avilés Sánchez, Identificar el comportamiento de asfixia en el Hospital Gaspar García Liviana de Rivas, junio a Diciembre de 1991.
6. Dra. Guadamuz Avilés, factores de riesgo y las complicaciones de los niños que nacieron con Asfixia neonatal severa. En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, En León en enero a Diciembre de 1992.
7. Dr. Jaime cuadra García, complicaciones y patología asociado en recién nacido con Asfixia neonatal Severa, En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, En León en enero a Diciembre del año de 1999.
8. Udaeta mora, Reanimación neonatal, Capitulo 7.Pág. 41-51
9. Guidelines for cardiopulmonary resuscitations and emergency cardiac care: Emergency cardiac care committee and sub committees, American Hearth Association, part V: JAMA 2000; 268:2251—2261.

10. Saugstad OD, practical aspect of resuscitating asphyxiated newborn, Euro j Pediatric 2000, page 157.
11. Díaz del castillo Ernesto, Asfixia Neonatal Resucitación del recién nacido. Cáp48, Pág., 326\_330.
12. Meneguello julio, tratado de pediatría, 4ta edicion, volumen1, 1998  
Pág, 210-217.
13. Gordón y Avery, Neonatología fisiopatología del, recién nacido., 3era edición 1994.
14. Ministerio de salud, de Nicaragua, Guía para el manejo del Neonato,  
Pág 191-210.
- 15 Guidelines for cardiopulmonary resuscitations and emergency cardiac care: Emergency cardiac care committee and sub committees, American Hearth Association, part V: JAMA 2000; 268:2251—2261.
16. UNICEF, Diez pasos para un parto seguro. 1992
17. Botero Jaime. Gineco obstetricia 4ª edición 1992, Pág. 210-212
18. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists Relationship between perinatal factors and neurologic outcome. En: Poland RL, Freeman KR, editors. Guidelines for perinatal (3.ª Ed.). Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1992; 221-224.
19. The Australian and New Zealand Perinatal Societies The origins of cerebral palsy -a consensus statement. Med J Aust 1995; 162: 85-90. [Medline]

20. Martín-Ancel A, Garcia-Alix A, Gaya F, Cabañas F, Burgueros M, Quero J Multiple organ involvement in perinatal asphyxia. *J Pediatr* 1995; 127: 786-793. [Medline]
21. Figueroa J, Roca A, Lopez A, De la Rosa C, Jimenez R Secuelas neurologic as en la encefalopatía hipóxico-isquemia. *An Esp. Pediatr* 1992; 36: 115-120[Medline]
- 21 Little WJ On the influence of abnormal parturation, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child especially in relation to deformities. *Trans Obste Soc. London* 1861; 293-344.
- 22.. García-Alix A, Quero J conocimiento sobre Asfixia intraparto y daño cerebral. Mitos y realidades. *An Esp. Pediatr* 1993; 39: 381-384. [Medline]
23. Blair E, Stanley FJ Intrapartum asphyxia: a rare cause of cerebral palsy. *J Pediatr* 1988; 112:515-519.[Medline]
24. Stanley FJ The etiology of cerebral palsy. *Early Hum Develop* 1994; 36: 81-88.
25. Low JA, Galbraith RS, Muir DW, Killen HL, Pater EA, Karchmar EJ Motor and cognitive deficits after Intrapartum asphyxia in the mature fetus. *Am J Obsté Gynecol* 1988; 158: 356-361. [Medline]
26. Proyecto de Garantía de calidad, Resultado de la investigación sobre competencia del personal capacitado en la atención del recién nacido en el ministerio de salud de Benín, Jamaica y Rwanda, Mayo 2004, pagina 3-10.

# **ANEXOS**

Tabla I

Conocimiento y Aplicación de la Guía de manejo de la Asfixia Neonatal, Perfil profesional,  
Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco,  
Enero - Diciembre 2007

Perfil Profesional	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar de enfermería	52	50.9
Enfermera profesional	18	17.6
Medico general	15	14.7
Medico Especialista	3	2.9
Licenciada enfermería	14	13.7
Total	102	100

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

Tabla II.

Conocimiento y Aplicación de la Guía de Manejo de la Asfixia Neonatal, Tiempo de laborar,  
Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco  
Enero - Diciembre 2007

Tiempo de laborar	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	17	16.6
De 1ª 5 años	25	24.5
6 a 10 años	30	29.4
Mas de 10 años	30	29.4
Total	102	100

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

Tabla III.

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal,  
componente que más conocen,  
Hospital Ernesto Sequeira Blanco  
Enero - Diciembre 2007

Componentes	Frecuencia	Porcentaje
Principios de la reanimación	80	78.4
Pasos iniciales	100	98
Bolsa y mascara	60	58.8
Masaje cardiaco	50	49
Intubación endotraqueal	10	9.8
Medicamento	40	39.2

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

Tabla IV.

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia Neonatal,  
Componente con mayor dificultad,  
Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco  
Enero - Diciembre 2007

Componente	Frecuencia	Porcentaje
Uso de bolsa y mascara	42	41.1
Masaje cardiaco	52	50.9
Intubación endotraqueal	92	90.1
Medicamento	62	62

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

Tabla V.

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal,

Nivel de Conocimiento

Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco,

Enero - Diciembre 2007.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	20	19.6
Bueno	52	50.9
Regular	28	27.4
Deficiente	2	1.9
Total	102	100

**Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007**

Tabla VI.

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal

Grado de Aplicación de los componentes

Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco,

Enero - Diciembre 2007.

Grado aplicación	Frecuencia	Porcentaje
Completa	20	34
Incompleta	40	66
Total	60	100

**Fuente:** expediente clínico de Asfixia Neonatal, HRESB, Enero- Diciembre 2007.

Tabla VII.

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal

Nivel de Conocimiento Según perfil profesional

Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco

Enero-Diciembre 2007.

Nivel conocimient	Medico general		Medico Especialista		Auxiliar enfermería		Licenciada		Enfermera profesional	Total		
	No	%	N0	%	N0	%	N0	%		N0	%	
Excelente	15	(100%)	3	(100%)			2	(14.2%)		20	(19.6%)	
Bueno					22	(42.3%)	12	(85.7%)	18	(100%)	52	(50.9%)
Regular					28	(53.8%)				28	(27.4%)	
Deficiente					2	(3.8%)				2	(1.9%)	
<b>Total</b>	<b>15</b>		<b>3</b>		<b>52</b>		<b>14</b>		<b>18</b>	<b>102</b>	<b>(100%)</b>	

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

Tabla VIII

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal,  
 Nivel de conocimiento y Tiempo de Trabajar  
 Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco,  
 Enero -Diciembre 2007.

Nivel conocimiento	Menos de un año		1ª 5 años		6ª 10 años		Mas de 10años		Total	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
Excelente			10(40%)		10(33.3%)				20(19.6%)	
Bueno	17(100%)		15(60%)		19(63.3%)		1 (3.3%)		52(50.9%)	
Regular							28(93.3%)		28(27.4%)	
Deficiente					1(3.3%)		1(3.3%)		2(1.9%)	
Total	17		25		30		30		102(100)	

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

**Tabla IX.**

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal  
Nivel de conocimiento del servicio  
Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco  
Enero - Diciembre 2007.

Servicio	Excelente		Bueno		Regular		Deficiente		total
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%	
Neonatología	10	(50%)	4	(7.6%)					14(13.7%)
Labor y parto	5	(25%)	7	(13.4%)					12(11.7%)
Emergencia	5	(25%)	8	(15.4%)	2	(7.1%)			15(14.7%)
Quirófano			8	(15.4%)	3	(10.7%)			11(10.7%)
Pediatría			10	(19.2%)	2	(7.1%)			12(11.7%)
Cuidado intensivo			5	(9.6%)	2	(7.1%)			7(6.8%)
Medicina interna			2	(3.8%)	6	(21.4%)	1	(50%)	9(8.8%)
Ortopedia y cirugía			2	(3.8%)	7	(25%)	1	(50%)	10(9.8%)
Ginecobstetricia			6	(11.5%)	6	(21.4%)			12(11.7%)
total	20		52		28		2		102(100%)

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

Tabla X.

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal,  
 Nivel de conocimientos y número de capacitaciones recibidas  
 Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco,  
 Enero -Diciembre 2007.

Nivel conocimiento	ninguna	1ª 2	3ª 4	total
Excelente		14(15.9%)	6(50%)	20(19.6%)
Bueno		46(52.2%)	6(50%)	52(50.9%)
Regular		28(31.8%)		28(27.4%)
Deficiente	2(100%)			2(1.9%)
Total	2	88	12	102(100)

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

**Tabla XI.**

Conocimiento y aplicación de la guía de manejo de la asfixia neonatal,  
Número de capacitaciones y servicio que trabajan  
Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco,  
Enero- Diciembre2007

servicio	Ninguna capacitación	Una a dos	Tres a cuatro	Total
Neonatología		10(11.3%)	4(33.3%)	14(13.7%)
Pediatría		10(11.3%)	2(16.6%)	12(11.7%)
Labor y parto		9(10.2%)	3(25%)	12(11.7%)
Emergencia		13(14.7%)	2(16.6%)	15(14.7%)
Cuidado intensivo		7(7.9%)		7(6.8%)
Quirófano		10(11.3%)	1(8.3%)	11(10.7%)
Medicina interna	1(50%)	8(9%)		9(8.8%)
Cirugía y ortopedia	1(50%)	9(10.2%)		10(9.8%)
Ginecobstetricia		12(13.6%)		12(11.7%)
total	2	88	12	102(100%)

Fuente: Entrevista del personal de salud de HRESB, Enero- Diciembre 2007

## Operacionalización de las variables

<b>Variables</b>	<b>Concepto</b>	<b>valores</b>
Perfil profesional	Nivel de estudio al que ha llegado el individuo en la profesión Conocimiento de enseñanza alcanzada.	Licenciada obstetricia Enfermera profesional Auxiliar de Enfermería Medico general Especialista
Servicio en que trabajan	Lugar donde trabaja durante horas laborales.	Neonatología Labor y parto Quirófano Emergencia Pediatría Ortopedia y cirugía Medicina interna Ginecobstetricia
Tiempo de trabajar en el Hospital	Es el período de tiempo que tiene cada recursos de estar trabajando en el hospital Ernesto segueira Blanco.	De un 1ª 5 años 6 a 10 años y Más de 10 años.

<p>nivel de Conocimiento De los componente de la guía de manejo de la asfixia neonatal</p>	<p>Averiguar por el intelecto la naturaleza y relaciones de las cosas Y tener una amplia visión de la asfixia neonatal.</p>	<p>Excelente: son las 5 respuestas          Bueno: son 3.y 4 respuesta          Regular : son 2          Deficiente: son 1 o ninguna respuesta          De cada uno de los componente de Laguia.</p>
<p>Numero de Capacitaciones recibidas el personal de la guía de manejo de la asfixia neonatal.</p>	<p>Enseñanza recibida por el personal adiestrado sobre la guía de manejo de la asfixia neonatal.</p>	<p>Ninguna          1 a 2          3ª 4          Mas de 4</p>
<p>Cumplimiento de los componentes de la guía de manejo de la asfixia neonatal.</p>	<p>Es la forma de ejecutar las enseñanzas de la Reanimación neonatal en los recién nacido con asfixia neonatal.</p>	<p>Completa:          Cumplen de 4 a 6 de los componentes.           Incompleta: cumple 3 o menos de tres</p>



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**Instrumento N0 2**

Guía de revisión documental.

**I. Los pasos iniciales en la atención del recién nacido**

Posicionar. Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Secado. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Estimular. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Aspirado si es necesaria. Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Aplico vit k si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Profilaxis oftálmicas si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Destino si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

En caso de reanimación avanzada

Se uso bolsa y mascara si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Se dio ventilación con presión positiva Por 20seg. Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Se necesito de ventilación con presión positiva masaje cardiaca.

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Se intubo. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Numero de tubo \_\_\_\_\_

Se uso de adrenalina si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Dosis. \_\_\_\_\_

Se ingreso a una aérea de mayor vigilancia: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

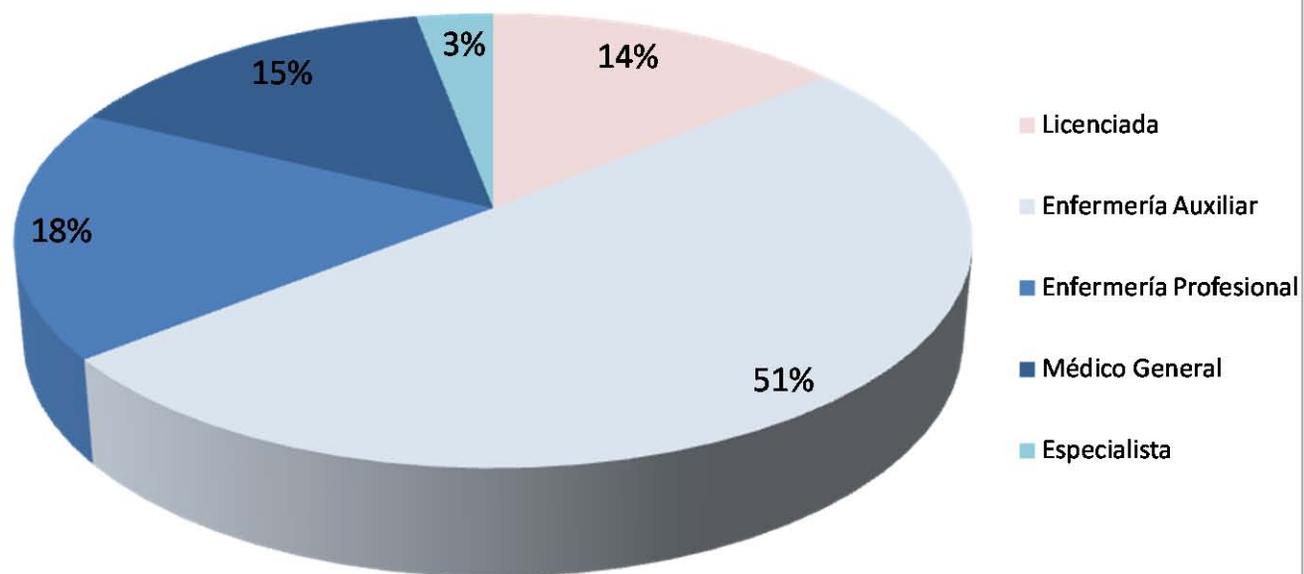
Se dejo con líquido intravenosos si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Se dejo en nada por vía oral si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

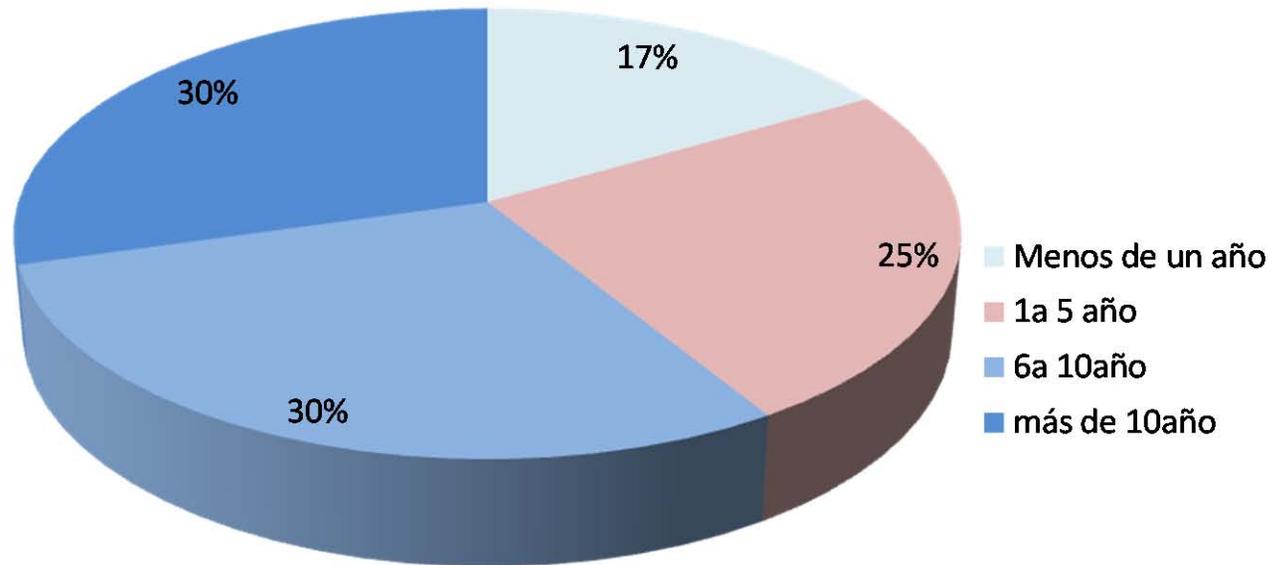
Vigilancia cada dos horas si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Balance hídrico y diuresis horaria si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**Tiempo de trabajar HRESB, Enero-Diciembre 2007**  
**gráfico: 1**



**Tiempo de trabajar HRESB, Enero-Diciembre 2007**  
**gráfico:2**

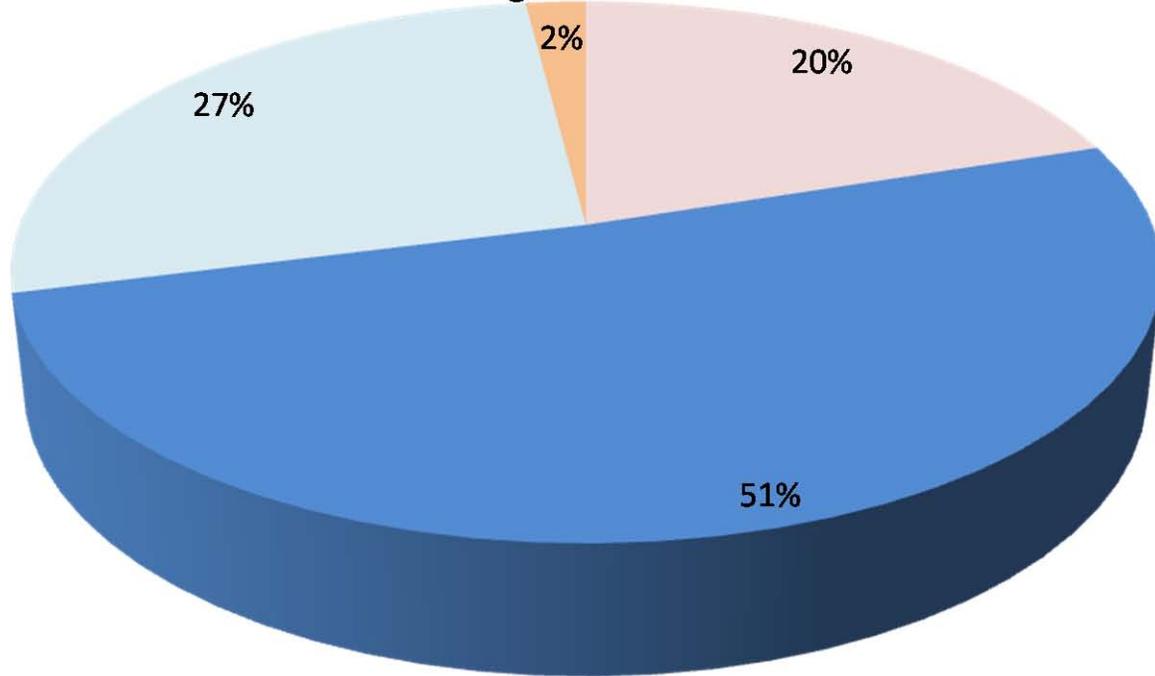


### Nivel de conocimiento de los recursos HRESB

Enero-Diciembre 2007

gráfico: 3

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente



Nivel de conocimiento del servicio que trabajan, HRESB,  
Enero-Diciembre 2007  
gráfico: 4

