UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR

SANTIAGO JAIR CÁRDENAS ESTRELLA

DIRECTOR

Dra. NANCY GIOVANNA BANDA NAVAS, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el señor **Santiago Jair Cárdenas Estrella,** estudiante de la carrera de Medicina Humana, es autor de la tesis **"APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE RECEPCIÓN DEL RECIEN NACIDO, EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA",** la misma que fue dirigida y revisada minuciosamente, por lo que se le autoriza para que la reproduzca y la presente al Tribunal de Grado.

Loja, 23 de noviembre del 2015

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Santiago Jair Cárdenas Estrella,** egresado de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Santiago Jair Cárdenas Estrella.

Firma: .....

Cédula: 1104191075

Fecha: Loja, 16 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Santiago Jair Cárdenas Estrella,** declaro ser autor de la Tesis titulada **"Aplicación del protocolo de manejo de recepción del recién nacido, en el centro obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora"** como requisito para optar al Grado de: MÉDICO GENERAL autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma el autor.

FIRMA:.....

AUTOR: Santiago Jair Cárdenas Estrella.

CÉDULA: 1104191075

DIRECCIÓN Tnte. Maximiliano Rodríguez y Huari.

CORREO ELECTRÓNICO: santiagojair_ce@hotmail.com

CELULAR: 0969268485

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Nancy Giovanna Banda Navas

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo investigativo a quienes desde un principio creyeron en mi al iniciar esta maravillosa carrera, **Lucrecia Estrella** y **George Cárdenas**, por el empeño, dedicación, sacrificio, entusiasmo y fuerza que me brindaron durante todos los años de mi carrera; a mi “pequeño motor”, mi hija **Maely,** quien me dio su cariño y amor para poder culminar no solo con mis estudios de pregrado, sino más aún con mis proyectos, sueños y metas, quien es el motivo principal de seguir adelante y nunca rendirme; a mi bella esposa, compañera y amiga: **Karina,** por brindarme su cariño, amor y paciencia. Te amo. A mis ejes fundamentales de superación, mis hermanas, Marlyss y Nahomi, por estar conmigo en las buenas y malas, siempre apoyándome, las quiero mucho.

Santiago Jair Cárdenas Estrella.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, **George Cárdenas y Lucrecia Estrella**, por darme la vida, darme su cariño y compresión; por depositar su confianza en mí. Gracias por proporcionarme las herramientas indispensables para forjar mi futuro, todo esto se los debo a ustedes.

A mis abuelitos, tíos, primos y amigos que de una u otra manera me han apoyado de manera prominente durante toda mi carrera.

Agradezco de manera especial a la doctora Nancy Banda, Docente del Área de la Salud Humana, quien con su notable conocimiento e incomparable calidad humana dirigió y colaboró en gran medida para lograr elaborar esta tesis.

Y a todas aquellas personas que me brindaron su apoyo.

Santiago Jair Cárdenas Estrella.

a. TÍTULO:

“APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA”

b. RESUMEN

El presente trabajo de tipo descriptivo, analítico y cuantitativo se realizó con el objetivo de conocer el cumplimiento por parte del personal de las normas del protocolo de manejo de recepción del recién nacido por parto normal en el servicio de centro obstétrico del Hospital General Isidro Ayora en lapso Septiembre - Octubre del 2015. Para su ejecución se utilizó una hoja de recolección de datos cuya información se la obtuvo mediante la observación directa de los partos; encontrándose en 72 partos estudiados, las normas que se incumplen son: el no tomar la huella digital de la madre y la impresión del pie del recién nacido, no mantener al recién nacido bajo el periné materno; ya que es una institución docente la atención del parto la realizo el interno rotativo de medicina (68% de partos). Del componente normativo del ministerio del año 2008, se aplica en el 80% de su totalidad, el 12% de las normas se las aplica de manera parcial y el 8% no se aplica.

PALABRAS CLAVES: parto normal, protocolo de manejo del recién nacido de Ecuador.

SUMMARY

The present work of descriptive, analytic and quantitative type was carried out with the objective of knowing the execution on the part of the personnel of the norms of the protocol of handling of reception of the newly born one for normal childbirth in the service of obstetric center of the General Hospital Isidro Ayora in lapse September - October of the 2015. For their execution a leaf of gathering of data was used whose information obtained it to him by means of the direct observation of the childbirths; being in 72 studied childbirths, the norms that you incumplen is: not taking the mother's fingerprint and the impression of the foot of the newly born one, not to maintain to the newly born one under the maternal periné; since it is an educational institution the attention of the childbirth I carry out it the revolving intern of medicine (68% of childbirths). Of the normative component of the ministry of the year 2008, it is applied in 80% of their entirety, 12% of the norms applies them to him of partial way and 8% it is not applied.

KEYWORDS: normal childbirth, protocol of handling of the newly born one of Ecuador.

c. INTRODUCCIÓN

Aunque cada año siguen muriendo en el mundo unos 10,5 millones de niños menores de cinco años, se han logrado ciertos avances con respecto a los años setenta, cuando esa cifra superaba los 17 millones. (Organizacion Mundial de la Salud, 2004)

El número mundial de muertes de menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2013. (Organizacion Mundial de Salud, 2015)

El ex director de la WHO menciona que “Es absolutamente imperativo dar a las madres, a los bebés y a los niños la atención que necesitan (Jong-wook, 2005)”

El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Cerca del 44% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal. (Organizacion Mundial de la Salud, 2014)

Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento y el plan de desarrollo del gobierno propone la reducción de la mortalidad neonatal en un 35%. (Chang Campos, 2008).

Si bien el ecuador ha tenido muchos avances en lo relacionado a la disminución de la muerte materna y disminución de la muerte infantil ya que llama la atención que el 57% de los casos corresponda a la muerte neonatal. (Consejo Nacional de Salud-MSP, 2008)

Las principales causas de mortalidad neonatal están intrínsecamente relacionadas con la salud de la madre y la atención que ésta recibe antes y durante el parto. La asfixia y los traumatismos del nacimiento se deben por lo general a que el trabajo de parto y el alumbramiento en sí no se realizan debidamente, así como a la falta de acceso a los servicios de obstetricia. (Mildred Rosales, y otros, 2007)

El uso de normas para la atención puede ayudar a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal que va a realizar determinada prestación. Tales normas deben basarse en teoría fundamentada y en investigación que tenga una perspectiva de género, interculturalidad, tener visión familiar y comunitaria. (Gutierrez, 2012)

La mayoría de documentos de los protocolos ecuatorianos están encaminados dentro de las estrategias para la reducción de la muerte materna y neonatal en el país y cuya directriz se encamina hacia al personal de salud; desde 1999 como primera norma se aplica a nivel país el Manual de normas para la atención materno – infantil por niveles de complejidad hasta llegar a los últimos trabajos en el Ecuador como son el Plan para la reducción acelerada de la muerte materna y neonatal; Norma y protocolo Materno; Norma y protocolo neonatal y el Manual de estándares, indicadores e instrumentos para ,medir la calidad de la atención materno neonatal. Realizados en el año 2008 y aun en vigencia actual. (El enfoque intercultural en las normas de la salud materna-Ecuador-1994-2009; año 2010)

Las guías son una forma práctica y resumida de los conocimientos científicos adecuados a la realidad de nuestro país, basados en la evidencia científica que están dirigidas al personal sanitario de las entidades públicas, con lo cual se conduce a la atención de calidad. De esta manera se garantiza el derecho a una adecuada atención al binomio madre-recién nacido, además se fortalece la vigilancia y control de su cumplimento en las instituciones del sector salud para que los profesionales de la salud brinden mejores prácticas científicas y humanas para así garantizar embarazos, partos y nacimientos seguros. (Chang Campos, 2008)

Al tratarse del Hospital General Isidro Ayora como el hospital referente de la zona 7 Loja-Zamora-El Oro, debe cubrir con todas las expectativas de los usuarios ya que al ser una casa de salud de tercer nivel es por tal razón que el presente trabajo investigativo tiene como objetivo verificar la aplicación del protocolo de manejo de recepción del recién nacido y con mayor énfasis en determinar las normas que se incumplen y el desempeño del personal de salud en cuanto a las normas y para lo cual se utilizó una hoja de recolección de datos que abarco a las usuarias de dicha unidad.

Obteniendo que el normativo de cumple en un 80% de sus normas mientras que el 12% de dichas normas se las cumple parcialmente y que solamente el 8% no se cumple poniendo importancia que el personal de salud que mayor desempeño tiene en esta norma es el interno rotativo de medicina de pregrado.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. MORTALIDAD NEONATAL

Se define como muerte neonatal aquella “ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo”.

La mortalidad neonatal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socioeconómico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud. Con base a los datos registrados durante el año 2006 la tasa de mortalidad infantil fue de 20.1%, dato por encima de las metas previstas en los objetivos de desarrollo del milenio, Objetivo Del Milenio, para el año 2015. (Consejo Nacional de Salud-MSP, 2008)

1.1 ETIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

Las principales causas de muerte neonatal en el país, son los trastornos respiratorios y la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia. Tanto las infecciones como la asfixia pueden ser prevenidas o tratadas con oportunidad. Se estima la tasa en el país llega al 1,67 por mil nacidos vivos y el 18% de muertes en menores de 1 año. (INEC, 2012)

El alto porcentaje de cesáreas constituyen otro factor de riesgo para los recién nacidos, aunque en situaciones indicadas sea un procedimiento importante para salvar la vida de la madre y del/a recién nacido/a. la mayoría de estas muertes

son institucionales. Además todavía no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa. Algunos de los problemas identificados que dificultan la atención del neonato y por ende la reducción de la muerte neonatal son los siguientes:

- El incumplimiento de normas y protocolos de atención así como la inobservancia de procedimientos elementales como el lavado de manos para la atención del neonato.
- Declaración de defunción tardía o a veces inexistente lo que crea subregistro histórico.
- Los sistemas de información proporcionan información tardía y con limitaciones en la consistencia por mala calidad de los diagnósticos y el poco conocimiento y uso de la CIE (clasificación internacional de enfermedades) y CIAP (clasificación internacional de atención primaria) entre otros.
- Los servicios de pediatría incluyen neonatología pero no existen recursos humanos suficientes ni calificados en todo el país, tampoco están disponibles las 24 horas. (Consejo Nacional de Salud-MSP, 2008)

2. MORBILIDAD NEONATAL

En América Latina, la morbilidad neonatal es un gran problema de salud, específicamente en zonas rurales donde la mayoría de los partos, son asistidos a

domicilio por parteras tradicionales que actúan como comadronas; y por la atención limitada surgen complicaciones. (Mideros Morales, 2008.)

En México se demostró que la morbilidad fue más frecuente en el sexo masculino (53%) y en niños de 2,500 a 3,000 g (60%). Entre los padecimientos más comunes se encontraron: dificultad respiratoria (10%), macrosomia (15%), rotura prematura de membranas (12%), hipotrofia (11%), e hijos de madres con sangre Rh negativo (10%). (Valdez Gonzalez, 2006)

La rotura prematura de membranas (RPM) antes del trabajo de parto es una de las principales causas de morbilidad infecciosa en la madre y el neonato. La administración de antibióticos para las mujeres con rotura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con una reducción de infección neonatal (incluida neumonía) (RR: 0.68, IC 95%: 0.53 a 0.87), uso de agentes tenso activos (RR: 0.83, IC 95%: 0.72 a 0.96), cantidad de neonatos que necesitaron oxigenoterapia durante todo el estudio (RR: 0.88, IC 95%: 0.81 a 0.96). (Consejo Nacional de Salud-MSP, 2008)

3. PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

3.1 NORMAS ANTES DEL NACIMIENTO

ANTES DEL NACIMIENTO.	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional contínuo.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto.	X	X	X
4. Revise la historia clínica, complete o actualice los datos, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
5. Asegúrese de solicitar y tener registro de todos los datos que interesan al Área de Neonatología en la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Coordine con el Área de Obstetricia las acciones pertinentes. Prepare previamente y con suficiente antelación al parto al personal y a los equipos, insumos y medicamentos requeridos. Lávese las manos y antebrazos con agua y jabón mínimo por 2 minutos.	X	X	X
7. Póngase barreras protectoras para el médico y prepare el equipo necesario para el RN.	X	X	X

(Consejo Nacional de Salud, 2008)

3.2 NORMAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO

DESPUÉS DEL NACIMIENTO	NIVEL		
8. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.	X	X	X
9. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.	X	X	X
10. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.	X	X	X
11. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.	X	X	X

(Consejo Nacional de Salud, 2008)

12. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.	X	X	X
13. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.	X	X	X
14. Manténgalo más abajo del periné materno.	X	X	X
15. Cubra al RN con un pañal limpio y caliente.	X	X	X
16. Pince y corte el cordón umbilical **cuando ha dejado de latir.** • NO SE APRESURE. • NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL. • Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
17. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta. • La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.	X	X	X
18. Traslade al RN al área dispuesta de la recepción.	X	X	X
19. Aplique el **ABCDE:**	NIVEL		
.A: Abrir vía aérea • Está libre o no • Colocar en posición de olfateo • De ser necesario, poner un pañal de tela limpio bajo los hombros • Aspirar secreciones; primero boca, luego nariz	X	X	X
B: **Buscar la respiración** Respira o no	X	X	X
.C: **Circulatorio.** Evaluar: • Frecuencia cardiaca (FC) con fonendoscopio y en 6 segundos (multiplicar el valor obtenido por 10). La FC debería ser medida por un segundo reanimador. • Color • Llenado capilar • Pulsos (arteria humeral, precordio)	X	X	X
D: **Drogas:** • Administración de medicamentos y / o drogas a la madre 4 horas antes del parto.	X	X	X
E: **Evaluación** • Evaluar en forma general al paciente • Respuesta al estímulo • Tono • Postura	X	X	X
20. Simultáneamente inicie los cuidados básicos de atención, PACES:	NIVEL		
POSICIONAR: • Establezca una vía aérea permeable, • Mediante la posición de "olfateo" (cabeza ligeramente extendida), • Colocar un pañal bajo los hombros, de ser necesario.	X	X	X

(Consejo Nacional de Salud, 2008)

ASPIRAR la vía aérea, (si es necesario): • Aspire primero la boca y luego la faringe y nariz en busca de secreciones abundantes, sangre, heces, u otras secreciones. • La aspiración de preferencia debe realizarse con una perilla de goma; si las secreciones son muy espesas se aspirará con una sonda de succión 8 Fr. • No aspirar en forma brusca para evitar el reflejo vagal y no por más de 10 segundos. • La presión de aspiración no debe sobrepasar los 100 mmHg (136 cc H20). • No rotar la cabeza del paciente.	X	X	X
CALENTAR: • Suministre calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante)	X	X	X
ESTIMULAR Y SECAR: • Con una manta caliente, frotando brazos, piernas, espalda y sobre todo la cabeza.	X	X	X
21. Evaluar • Después de las acciones iniciales y de cada paso de la reanimación, evaluar la condición del RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardiaca y color. • Si el RN respira, tiene FC mayor de 100 lpm y está rosado, sólo necesita cuidados de observación. • Si el RN presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y FC > 100 lpm, sólo requiere de aspiración. • El RN necesita de reanimación si existe cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardiaca (< 100 lpm), presencia de líquido amniótico meconial (Ver "Reanimación del RN de Alto Riesgo").	X	X	X
22. Valore al RN con la Escala de Apgar (Ver Anexo 2) a los minutos 1 y 5 de vida del RN. **La valoración de Apgar no debe ser utilizada como criterio para iniciar maniobras de reanimación, la misma que se inicia según algoritmo por la presencia de una de las 5 preguntas**			
23. Informe periódicamente a la madre y a su familiar sobre la condición del RN y las acciones que se están llevando a cabo.	X	X	X
24. CUIDADOS DE OBSERVACIÓN • Succionar las secreciones orofaringeas si es necesario con la perilla de goma. • Realizar el examen físico visual de la integridad anatómica (detectar malformaciones congénitas evidentes) y del sexo del RN. • Evitar los estímulos fuertes (ruido, luz, manipulación, etc).	X	X	X
25 . CUIDADOS DE IDENTIFICACION NEONATAL. • Llenar la tarjeta de identificación neonatal haciendo constar: nombre completo e historia clínica de la madre, fecha y hora del nacimiento, sexo del RN, tipo de parto. • Identificar inmediatamente al RN mediante una pulsera en la muñeca o tobillo izquierdo.	X	X	X

(Consejo Nacional de Salud, 2008)

• Tome la impresión del pie izquierdo del RN (huella plantar) y del dedo pulgar materno en la historia clínica de la madre como registro.			
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL	NIVEL		
26. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
27. Lávese las manos minuciosamente.	X	X	X
28. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO	X	X	X
29. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.	X	X	X
30. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.	X	X	X

(Consejo Nacional de Salud, 2008)

4. EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO

La **exploración inicial** del recién nacido debe realizarse lo antes posible tras el parto, para detectar las posibles anomalías y establecer las bases para los estudios posteriores. Las 2 primeras horas tras el nacimiento o hasta que el recién nacido se estabilice, deben controlarse cada 30 minutos la temperatura, el pulso, la frecuencia y tipo de respiración, el color, el tono, la actividad y el nivel de conciencia. En los partos de alto riesgo, esta exploración debe hacerse en el paritorio, y se debe centrar en las malformaciones congénitas y en los problemas fisiopatológicos que puedan interferir en la adaptación cardiopulmonar y metabólica normal a la vida extrauterina. El 3-5% de los recién nacidos presenta malformaciones congénitas. Una vez estabilizada la evolución en el paritorio, se debe realizar una segunda exploración, más detallada, durante las 24 horas siguientes. Si el neonato permanece en el hospital durante más de 48 horas, se debe repetir la **exploración** en las 24 horas **antes del alta** hospitalaria. Si el niño

está sano, la madre debe estar presente en la exploración, y hay que explicarle cualquier variación anatómica por muy pequeña que sea y aparentemente insignificante, ya que puede llegar a preocupar a la familia. Las explicaciones han de hacerse con tacto y habilidad, con el fin de no sembrar una alarma injustificada en unos padres que no estaban preocupados. No se debe dar de alta a ningún niño sin una exploración final, ya que algunas alteraciones, sobre todo los soplos cardíacos, suelen aparecer o desaparecer en el período neonatal inmediato o pueden apreciarse signos de enfermedades que el niño acaba de contraer. Deben controlarse el pulso (normal, 120-160 latidos por minuto), la frecuencia respiratoria (normal, 30-60 respiraciones por minuto), la temperatura, el peso, la talla, el perímetro cefálico y las dimensiones de cualquier anomalía estructural visible o palpable. Si el neonato parece enfermo o tiene un soplo cardíaco audible, se tomará la presión arterial.

El procedimiento de la exploración del recién nacido requiere paciencia, suavidad y flexibilidad. Por tanto, si el niño está tranquilo y relajado cuando se inicia la exploración, se debe empezar por la palpación del abdomen y la auscultación cardíaca, para pasar después a otras manipulaciones más molestas.

4.1 ASPECTO GENERAL. Hay que observar tanto el tono muscular activo como el pasivo y cualquier postura tobillos o de la mandíbula son más frecuentes y menos significativos en los recién nacidos que a cualquier otra edad. Tales movimientos suelen producirse durante los períodos de actividad del niño, mientras que las sacudidas convulsivas aparecen cuando está tranquilo. El **edema** puede confundirse con una buena nutrición. La presión puede o no dejar fóvea, pero cuando la piel de los dedos de manos y pies está distendida por el

líquido, pierde los pliegues normales. El edema de los párpados suele deberse a la irritación provocada por la administración de nitrato de plata. El edema generalizado puede asociarse con prematuridad, hipoproteinemia secundaria a eritroblastosis fetal grave, anasarca no inmunitario, nefrosis congénita o síndrome de Hurler, o puede ser de causa desconocida. El edema localizado sugiere una malformación congénita del sistema linfático; si está limitado a una o varias extremidades de una niña recién nacida, puede ser la primera manifestación de un síndrome de Turner. (Cárdenas & Cárdenas, 2012)

4.1.1 PIEL. El color rojo oscuro o la lividez violácea del niño que llora, cuyo color se oscurece mucho con el cierre de la glotis antes del llanto enérgico, y la cianosis inocua **(acrocianosis)** de manos y pies, sobre todo cuando las extremidades están frías. El moteado puede asociarse con enfermedades graves o deberse a una fluctuación temporal de la temperatura. La palidez de la insuficiencia circulatoria o de la anemia puede enmascarar una **cianosis** significativa; por otro lado, la concentración relativamente alta de hemoglobina de los primeros días de vida y la delgadez de la piel puede combinarse y producir un aspecto cianótico. La cianosis localizada se distingue de la equimosis por la palidez momentánea que aparece con la presión de la piel cianótica. La misma maniobra permite demostrar la ictericia. La **palidez** puede traducir asfixia, anemia, shock o edema. Los hemangiomas cavernosos son masas profundas, de color azul que después de un parto difícil, se pueden observar petequias diseminadas en el cuero cabelludo o en la cara.

A pesar del nombre que reciben, las **manchas mongólicas** no tienen ningún significado antropológico y suelen desaparecer durante el primer año de vida. El

vérmix, la piel y, sobre todo, el cordón pueden aparecer teñidos de un color amarillento pardusco, si el líquido amniótico se ha coloreado por el paso de meconio antes o durante el parto. Muchos neonatos desarrollan **eritema tóxico y l**a **melanosis pustulosa** que suele persistir durante 2 o 3 días.

La fragilidad y la extensibilidad excesivas de la piel asociadas con hipermovilidad articular hacen pensar en un síndrome de Ehlers - Danlos, un síndrome de Marfan, una aranodactilia con contracturas congénita u otros trastornos de la síntesis del colágeno. (Mejia & Daza, 2011)

4.1.2 CRÁNEO. Se debe registrar el perímetro cefálico de todos los niños en una gráfica. El cráneo puede estar moldeado, sobre todo si el niño es el primogénito y la cabeza ha estado encajada durante bastante tiempo. Los huesos parietales suelen superponerse sobre el occipital y el frontal. Se debe determinar mediante palpación con los dedos las líneas de las suturas y el tamaño y el estado de las fontanelas anterior y posterior. La fusión prematura de las suturas **(sinostosis craneal)** provoca un reborde duro inamovible sobre la sutura y un cráneo de forma anómala. Al nacer, las **fontanelas** varían mucho en tamaño; si son pequeñas, la anterior suele aumentar de tamaño durante los primeros meses de vida. La persistencia de unas fontanelas anterior (normal: 20 ± 10 mm) y posterior excesivamente grandes se ha relacionado con distintos trastornos.

Unas fontanelas que se mantienen pequeñas sugieren microcefalia, craneosinostosis, hipertiroidismo congénito o huesos wormianos, mientras que la existencia de una tercera fontanela, aunque puede verse en niños pre término, hace pensar en la trisomía del cromosoma 21. En el área adyacente a la sutura sagital de los huesos parietales, pueden encontrarse áreas blandas

(craneotabes) en los niños que han estado expuestos a compresión uterina. Una cabeza excesivamente grande (megalencefalia) sugiere hidrocefalia, enfermedades de depósito, acondroplasia, gigantismo cerebral, síndromes neurocutáneos o errores innatos del metabolismo, o puede tratarse de una característica familiar. La deformación plagiocefálica puede ser secundaria a la presión intrauterina ejercida sobre el cráneo y se pone de manifiesto por la existencia de un cráneo asimétrico y unas orejas mal alineadas. Cualquier anomalía importante y persistente en la forma o tamaño del cráneo debe ser estudiada mediante TC craneal. (Nelson, 2008)

4.1.3 CARA. Se debe observar su aspecto general, con especial atención a las características dismórficas, como el epicantus, los ojos excesivamente separados (hipertelorismo) o excesivamente juntos (hipotelorismo), la microftalmía, el surco nasolabial grande y las orejas de implantación baja, que se suelen asociar a diversos síndromes congénitos. La asimetría de la cara puede deberse a una parálisis del VII par craneal, una hipoplasia del músculo depresor de la comisura labial o una postura fetal anómala; cuando la mandíbula se ha mantenido contra el hombro o contra una extremidad durante el período intrauterino, puede presentar una desviación llamativa con respecto a la línea media. La parálisis facial simétrica sugiere ausencia o hipoplasia del núcleo del VII par **(síndrome de Möbius).** (Nelson, 2008)

Ojos. Si se levanta al niño y se inclina suavemente hacia delante y atrás, los párpados suelen abrirse de forma espontánea. Esta maniobra, una combinación de reflejos del laberinto y el cuello, permite una mejor inspección de

los ojos que la separación forzada de los párpados. Las hemorragias conjuntivales y retinianas suelen ser benignas. En la mayoría de los recién nacidos (85%) desaparecen hacia la segunda semana de vida.

Oídos. En ocasiones se observan deformidades del pabellón auricular. Los apéndices cutáneos preauriculares uni o bilaterales son frecuentes; cuando son pediculados, se puede ligar su base con firmeza, lo que provoca una gangrena seca que acaba por desprenderlos.

Nariz. La nariz puede estar ligeramente obstruida por moco acumulado en las estrechas narinas. Los orificios nasales deben ser simétricos y permeables. Puede haber luxación del cartílago desde el surco vomeriano, lo que provoca asimetría de las narinas. La obstrucción anatómica de las vías nasales debida a atresia de coanas unilateral o bilateral produce insuficiencia respiratoria.

Boca. Cuando la boca es normal, no suele encontrarse una dentición precoz formada por dientes congénitos (presentes al nacer) o neonatales (erupción después del nacimiento) en la posición de los incisivos inferiores o en localizaciones aberrantes; estos dientes caen antes de la erupción de los de leche. Hay que inspeccionar el paladar duro y el blando para descartar una hendidura completa o submucosa, y comprobar el contorno para ver si el arco es excesivamente alto o si la úvula es bífida. (Nelson, 2008)

4.1.4 CUELLO. El cuello es relativamente corto. Las alteraciones no son frecuentes, pero pueden encontrarse bocios, higromas quísticos, restos de las

hendiduras branquiales, teratomas, hemangiomas, y lesiones del músculo esternocleidomastoideo que se deben probablemente a traumatismos o a una postura fija dentro del útero, que dan lugar, respectivamente, a un hematoma o a fibrosis. En el tortícolis congénito, la cabeza gira hacia el lado afectado mientras la cara lo hace hacia el lado opuesto. Si no se trata, pueden aparecer plagiocefalia, asimetría facial y hemihipoplasia. La piel redundante o las membranas en las niñas recién nacidas sugieren linfedema intrauterino y síndrome de Turner. Hay que palpar ambas clavículas para descartar posibles fracturas. (Nelson, 2008)

4.1.5 TÓRAX. La hipertrofia mamaria es frecuente y puede aparecer secreción láctea, aunque no se debe exprimir. Hay que buscar pezones supernumerarios, invertidos o excesivamente separados con un tórax en escudo que sugiere un síndrome de Turner. (Nelson, 2008)

4.1.6 PULMONES. Es mucho lo que puede descubrirse observando la respiración. Como la fluctuación es rápida, la frecuencia respiratoria debe medirse durante un minuto completo con el niño en reposo, a ser posible dormido. En estas circunstancias, la frecuencia habitual del recién nacido a término es de 30-40/minuto. Una frecuencia constante superior a 60/minuto durante períodos de respiración regular suele apuntar hacia una enfermedad cardíaca, pulmonar o metabólica (acidosis). La respiración jadeante, a veces junto con movimientos espasmódicos de la boca y la barbilla, son signos importantes de afectación grave del centro respiratorio. La respiración de los recién nacidos es casi completamente diafragmática; durante la inspiración, la parte anterior del tórax suele deprimirse mientras el abdomen sobresale. Si el niño está tranquilo,

relajado y tiene un color bueno, este «movimiento paradójico» no significa necesariamente que la ventilación sea insuficiente. Por otra parte, la respiración dificultosa con retracciones sugiere síndrome de dificultad respiratoria, neumonía, anomalías o trastornos mecánicos de los pulmones. Un débil llanto lastimero persistente o intermitente, silbante o un **quejido** durante la espiración hacen pensar en una posible enfermedad cardiopulmonar grave o sepsis, y obligan a una atención inmediata. Si es benigno el quejido desaparece a los 30-60 minutos tras el nacimiento. El aleteo nasal y las retracciones de los músculos intercostales y del esternón son signos frecuentes de enfermedad pulmonar. Los ruidos respiratorios suelen ser broncovesiculares. La sospecha de enfermedad pulmonar que surge por la disminución de los ruidos respiratorios, la aparición de estertores, retracciones o cianosis obliga a solicitar una radiografía de tórax para confirmar el diagnóstico. (Nelson, 2008)

4.1.7 CORAZÓN. Hay que localizar el corazón para descartar una dextrocardia. Los soplos transitorios suelen indicar el cierre del conducto arterioso. Aunque las cardiopatías congénitas pueden no ir acompañadas del soplo que aparece más tarde, una parte importante de los lactantes con soplos detectados durante la exploración neonatal rutinaria presenta una malformación subyacente. Cuando cabe la posibilidad de una lesión importante, es esencial realizar un estudio eco cardiográfico y electrocardiográfico. La frecuencia cardíaca oscila normalmente entre 90 latidos/minuto durante el sueño relajado y 180 latidos/minuto en los períodos de actividad. La frecuencia aún mayor de la taquicardia supraventricular (>220 latidos/minuto) se calcula mejor con el electrocardiograma o la monitorización cardíaca que con el oído. Los niños

prematuros tienen una frecuencia cardíaca en reposo de 140-150 latidos/minuto y pueden presentar una bradicardia sinusal de aparición brusca. Se deben palpar los pulsos en las extremidades superiores e inferiores tanto al ingreso como antes del alta, para descartar una posible coartación aórtica. (Nelson, 2008)

4.1.8 ABDOMEN. El hígado se suele palpar, a veces hasta 2 cm por debajo del reborde costal. Es menos frecuente palpar la punta del bazo. En general, con la palpación profunda, se puede determinar el tamaño aproximado y la localización de cada riñón. En ningún otro momento de la vida varía tanto la cantidad de aire del aparato gastrointestinal, ni es tan grande en circunstancias normales. La pared abdominal suele ser blanda (sobre todo en los prematuros) y es frecuente encontrar diastasis de los rectos y hernia umbilical, sobre todo en niños negros. Cualquier masa desconocida se debe estudiar de inmediato con ecografía. Las alteraciones renales son la causa más frecuente de las masas abdominales en los neonatos.

La **distensión abdominal** en el nacimiento o inmediatamente después hace pensar en una obstrucción o una perforación del aparato gastrointestinal, que suele deberse a un íleo meconial; cuando aparece más tarde, sugiere una obstrucción de la porción inferior del intestino, sepsis o peritonitis. Un abdomen excavado en un recién nacido apunta hacia una hernia diafragmática. Los defectos de la pared abdominal a través del ombligo producen onfaloceles y gastrosquisis cuando el defecto está en la parte lateral de la línea media. Los onfaloceles se asocian a otras anomalías y síndromes, como el de Beckwith-Wiedemann, los siameses, la trisomía 18, el mielomeningocele y el ano

imperforado. La **onfalitis** es una inflamación aguda local del tejido periumbilical que puede extenderse hacia la pared abdominal, peritoneo, vena umbilical, vasos portales e hígado, con hipertensión crónica portal posterior. El cordón umbilical debería tener dos arterias y una vena; si sólo hay una arteria, se debe pensar en una anomalía renal oculta. (Nelson, 2008)

4.1.9 GENITALES. Los genitales y las glándulas mamarias suelen responder a las hormonas maternas que atraviesan la placenta y que provocan un aumento del tamaño y secreción de las mamas en ambos sexos y prominencia de los genitales femeninos, a veces con un considerable flujo no purulento y que requieren simplemente observación.

La imperforación del himen puede producir **hidrometrocolpos** y una masa en la parte inferior del abdomen. El escroto normal en caso de nacimiento a término es relativamente grande y su tamaño puede aumentar de forma secundaria al traumatismo en los partos de nalgas o por un hidrocele transitorio. Los testículos deben localizarse en el escroto o palparse en los conductos inguinales. El pene del recién nacido mide 3,5cm +/- 0,4 cm .El prepucio del recién nacido es estrecho y adherente. Un hipospadias o un epispadias deben hacer pensar siempre en una anomalía de los cromosomas sexuales.

La mayoría orina a las 12 horas de vida, y alrededor del 95% de los recién nacidos prematuros y a término lo hace durante las primeras 24 horas. (Quevedo, 2013)

4.1.10 ANO. Durante las primeras 12 horas después del parto, el niño suele expulsar una cierta cantidad de meconio; el 99% de los recién nacidos a término y el 95% de los prematuros lo hacen en las primeras 48 horas. El ano imperforado no siempre es visible y a veces hay que comprobar la permeabilidad introduciendo suavemente el dedo meñique o una sonda rectal. La expulsión del meconio no descarta un ano imperforado, ya que puede existir una fístula que comunique recto y vagina. El hoyuelo o irregularidad en el pliegue cutáneo que a menudo existe en la línea media sacrococcígea puede confundirse con un seno neurocutáneo real o potencial. (Quevedo, 2013)

4.1.11 EXTREMIDADES. Durante la exploración de las extremidades, se deben observar los posibles efectos de la postura fetal para poder explicar a la madre su causa y su naturaleza habitualmente transitoria, sobre todo tras un parto de nalgas. La sospecha de una fractura o de una lesión nerviosa asociada al parto aparece sobre todo al observar la actividad espontánea o estimulada de las extremidades. Hay que examinar con detalle las manos y los pies para descartar polidactilias, sindactilias o patrones anormales de dermatoglifos como el pliegue simiesco. También hay que evaluar las caderas de todos los recién nacidos para descartar una luxación congénita. (Quevedo, 2013)

4.2 EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA. Las enfermedades neuromusculares intrauterinas que se asocian con una limitación de los movimientos fetales provocan un conjunto de signos y síntomas que son independientes de la enfermedad específica. Las deformaciones posturales graves y las contracturas dan lugar a artrogriposis. Otras manifestaciones de enfermedad neuromuscular

fetal son la presentación de nalgas, el polihidramnios, la incapacidad para respirar en el nacimiento, la hipoplasia pulmonar, la luxación de las caderas, los testículos no descendidos, las costillas finas y el pie equinovaro.

Estado de alerta. Podrá ser deducido de su capacidad de mostrar receptividad y reactividad, en su manera de responder o dejar de hacerlo ante un estímulo conocido. Puede evaluarse según: aspecto general, actividad espontanea, respiración, respuesta a estímulos nocivos, como un pinchazo o pellizco en el lóbulo de la oreja o la planta del pie, reflejos arcaicos (succión y observación durante la toma de alimentos). Interesa tanto para descartar patología como para el cuidado normal del RN.

Postura. Normalmente hay predominio de la flexión de extremidades, excepto en los partos podálicos, en los que las extremidades inferiores suelen estar en extensión. La postura de las extremidades es simétrica, salvo en el caso de un reflejo de Magnus espontaneo.

Motilidad espontanea. Aunque limitada por la hipertonía en flexión de extremidades, ocurren a veces de forma incesante, especialmente los antebrazos y piernas, considerándose movimientos anómalos los de otro tipo rítmico estereotipado (pedaleo, masticación) y los muy lentos o duraderos, como torsión del tronco, mano cerrada con dedos extendidos o movimientos lentos de muñecas. Bosteza muy poco y siempre cerrando los ojos.

Motilidad provocada. Al tocarle se obtiene una respuesta poco duradera y con movimiento incompleto. La capacidad de reaccionar a los estímulos externos va madurando en el último trimestre de la gestación. La más precoz es la respuesta al dolor, evidente ya en la semana 28, incluso en el RN dormido. El temblor mentoniano desaparece al estimular la succión, pero puede ser indicio de dolor.

Tono muscular. El tono activo se deduce por inspección de la postura y de los movimientos espontáneos. En cuanto al tono pasivo, debe valorarse el tono axial o del tronco y el tono de las extremidades. El tono axial puede valorarse mediante las maniobras clásicas del lactante de suspensión ventral y dorsal o con la maniobra de incorporación o sentado con ayuda, tomando las manos del niño y llevándolo a la posición de sentado. El tono de las extremidades se valora mediante movimientos pasivos de cada una de ellas.

En las extremidades superiores la maniobra del *muelle del codo* consiste en que, al extender pasivamente el codo, al soltarlo se flexiona de nuevo como movido por un resorte. En la maniobra de la bufanda se lleva su mano hacia el hombro opuesto, y normalmente no llega a tocarlo. En las extremidades inferiores, practicando una abducción de ambos muslos, debe alcanzarse una separación de unos 90 grados, si bien en algún niño puede que no se pase de los 70 o se llegue a los 120. Doblando el muslo al máximo sobre el cuerpo, al extenderle la rodilla, se alcanza un ángulo poplíteo de 90 grados como mínimo. Si se acercan los pies a la oreja homolateral, se obtiene el *ángulo talón-oreja*, que casi nunca sobrepasa los 90 grados. La flexión pasiva del pie sobre la pierna llega a formar un ángulo de 0 grados. Para diferenciar el temblor grueso del maxilar inferior y extremidades de

las descargas mioclonicas se inmoviliza la extremidad en flexión, lo que detiene el temblor. Además, las mioclonias no se modifican con estímulos externos y se suelen acompañar de pérdida de conciencia, manifestada por ausencia de llanto.

Reflejos clásicos. Prácticamente todos están presentes, aunque de difícil exploración. El estilorradial no es constante, el tricipital puede no observarse en los primeros días de la vida y los abdominales son dudosos. El reflejo plantar en extensión ha sido motivo de discusión; la respuesta típica en Babinski es patológica, pero en condiciones normales muchos niños extienden el dedo gordo, si bien de forma incompleta y sin el fenómeno del abanico de los otros dedos (pseudo-Babinski).

Respuestas primarias o arcaicas. Constituyen la conducta reactiva neonatal puramente refleja con finalidad (automatismos) o aparentemente sin ella (sinergias) y como consecuencia de la falta de inhibición por parte de un cortex aun inmaduro. En conjunto, aunque el desencadenante sea de distinta causa, se engloban en los llamados reflejos propios del RN. A continuación se describen someramente algunos: reflejo de succión, vivo, explorado introduciendo un dedo en la boca; reflejo de búsqueda de Peiper o de los puntos cardinales de A. Thomas; reflejo de deglución, presente a partir de las 33-34 semanas; reflejo nasal, con respuesta de estornudos; reflejo del abrazo de Moro o reflejo de los brazos en cruz (también manifiesto en las extremidades inferiores, como Moro inferior o signo de aplauso podálico); reflejo de prensión palmar, enérgico, al contacta un objeto con la palma de la mano, es similar en la planta del pie; reflejo de enderezamiento de la cabeza, al colocar en decúbito prono, no constante;

reflejo espinal al friccionar la columna vertebral; reflejo o automatismo de la marcha automática o primaria (al sostenerle en posición vertical sujeto de los hombros y los pies apoyados en una superficie sólida, da o esboza algunos pasos); reflejo tónico del cuello de Magnus-Klein (extensión de los miembros del lado hacia el cual se vuelve la cara y flexión en el opuesto).

Automatismos. Unos son alimentarios (succión, de los puntos cardinales, de búsqueda) y otros de defensa: la respuesta de retirada, consistente en la flexión de la pierna o giro de la cabeza, huyendo de un estímulo molesto aplicado a la planta del pie o lóbulo auricular; el reflejo espinal (Carbonell, Pérez del Pulgar), friccionando el raquis del niño del coxis al cérvix, se extienden las cuatro extremidades y se emite orina; el reflejo de incurvacion del tronco (Galan): al friccionar la región paravertebral de arriba abajo el raquis se curva con concavidad hacia el lado estimulado. Los automatismos de postura y modificaciones del tono preparan la futura bipedestación y marcha: manteniendo al RN en sedestacion, la cabeza tiende a caer hacia adelante, si bien el niño hace intentos para enderezarla y a veces lo consigue por un momento. Respuesta de enderezamiento o del imán de las extremidades inferiores: teniendo el niño las piernas flexionadas, se aplica una presión sobre la planta de los pies con los pulgares, retirando después las manos lentamente; el RN responde con extensión de las piernas, como si tuviera los pies pegados a los dedos del examinador. Reflejo del paso del brazo: en decúbito prono con la cara contra la cama, el lactante gira la cabeza a un lado y va desplazando la extremidad superior del lado del rostro hasta colocarla junto a su boca, llegando a introducir la mano en la boca para succionar.

Sinergias. Destacan: respuesta de Magnus-Klein o reflejo tronco-flexor asimétrico del cuello; el reflejo tónico-flexor de la mano (mal llamado reflejo); el reflejo tónico-flexor del pie, equivalente al anterior, pero sin valor madurativo; la respuesta de Moro, de origen propioceptivo cervical y, probablemente, también vestibular.

e. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

El trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, descriptivo y analítico porque nos permitió conocer el número, y cuáles son las normas que se han omitido, posteriormente se analizaron las posibles normas que no se aplicaron.

ÁREA DE ESTUDIO

El trabajo investigativo se realizó en el Hospital Isidro Ayora, específicamente en servicio de Centro Obstétrico de dicha institución en el periodo Septiembre – Octubre del año 2015.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo fueron todos los recién nacidos por parto vaginal de madres adolescentes y adultas del servicio de Centro Obstétrico del Hospital Isidro Ayora de la provincia de Loja. Y para lo cual se evidencia un universo de 3629 partos en dicha área en el año 2012 (Anuario INEC 2012) y que mediante la fórmula estadística nos da una muestra de 72 pacientes; que para el muestreo se recolectaron los datos por conveniencia del investigador en los espacios disponibles y que no interfieran con el horario académico del investigador en los meses de septiembre y octubre del año 2015.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El método empleado durante la investigación fue la observación directa, y la técnica utilizada fue de tipo documental ya que nos basamos en el formato del protocolo del MSP y haciendo modificaciones que nos permitan hacer un “check list”. Anexo 1

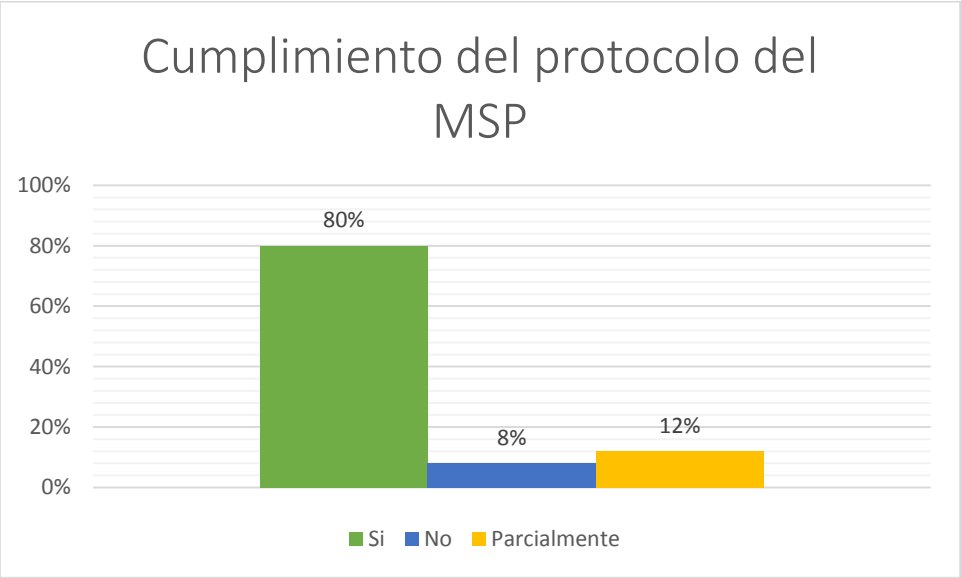
PLAN DE TABULACIÓN

Se realizó en base a las variables establecidas en función de los objetivos planteados. Los resultados serán presentados mediante cuadros estadísticos

f. RESULTADOS

NORMAS QUE SE APROBARON EN EL 100% POR PARTE DEL PERSONAL

Tabla N 1

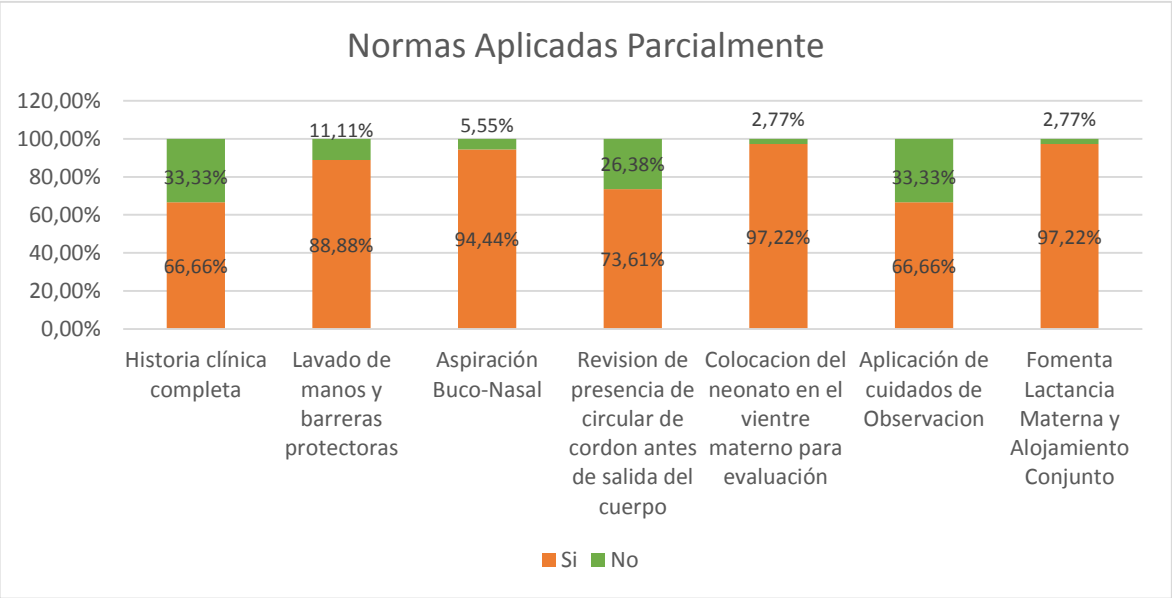


Fuente de elaboración: hoja de recolección de datos – Chek list
Elaboración: Jair Cárdenas E.

En el área de centro obstétrico las normas que se cumplieron fueron la preparación del área dispuesta para el parto; sostiene el resto del cuerpo del bebe mientras se desliza hacia afuera; el personal de salud corta el cordón umbilical cuando deja de latir; el personal de salud traslada al recién nacido a el área dispuesta para su evaluación; evalúa Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida; aplicación de reanimación y colocación de pulsera y llenado de tarjeta de identificación.

NORMAS APLICADAS PARCIALMENTE POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD

Tabla N 2

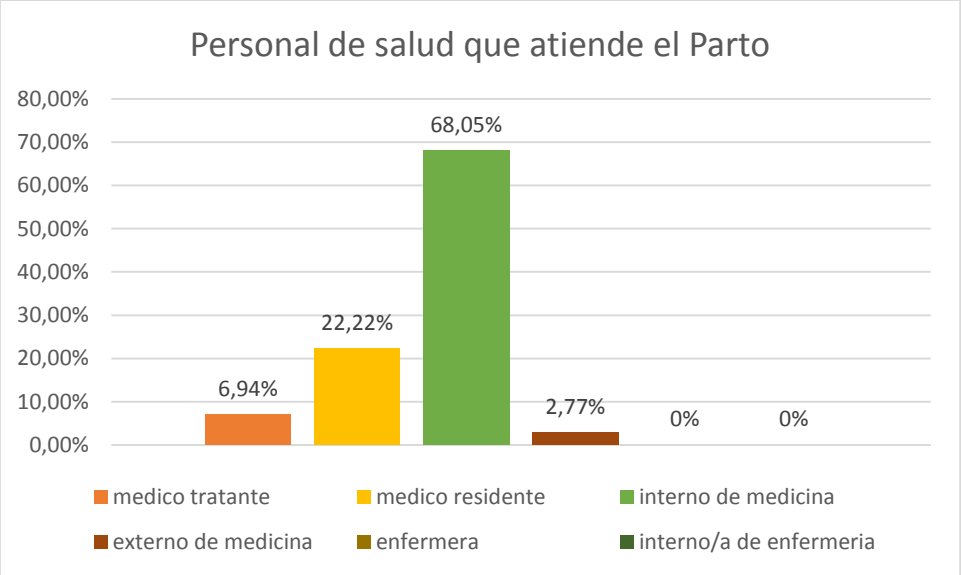


Fuente de elaboración: hoja de recolección de datos – Chek list
Elaboración: Jair Cárdenas E.

Podemos notar que de las siguientes tablas el cumplimiento de la norma está dada en el 97,22% en cuanto a las normas de fomentar lactancia materna y revisión previa de circular de cordón. El lavado de manos y colocación de barreras protectoras se cumple en el 88,88% y el 11,11% que no cumplió la norma es atribuido a la presentación de partos en fase expulsiva.

PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE EL PARTO

Tabla N 3

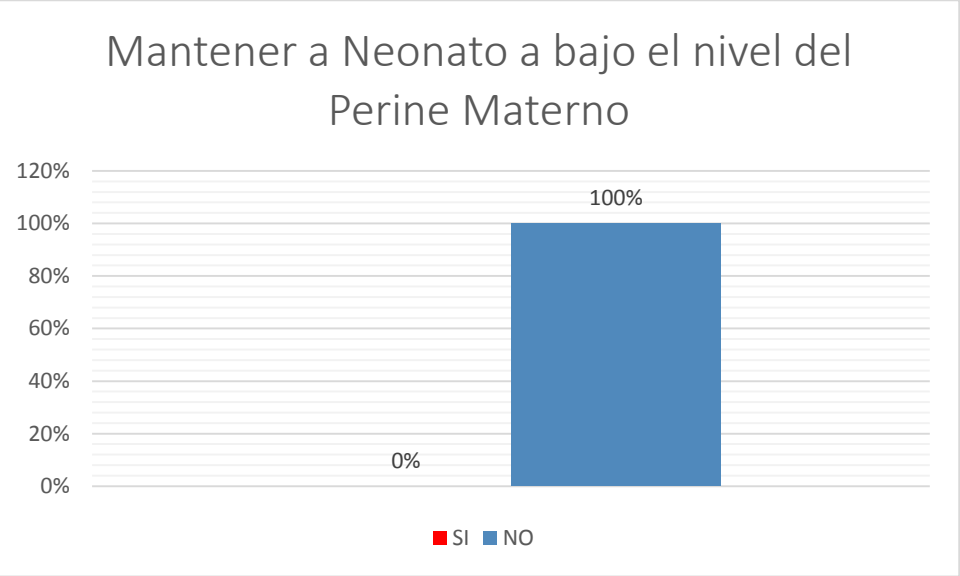


Fuente de elaboración: hoja de recolección de datos – Chek list
Elaboración: Jair Cárdenas E.

En la figura se observa que el 68% de partos es atendido por internos rotativos de medicina sin la supervisión de un médico, teniendo en cuenta que es una institución de carácter docente; con un 22,22% ocupa el segundo lugar los médicos residentes del servicio de ginecología-obstetricia y neonatología en el caso de estudiantes de medicina de que atienden el parto bajo supervisión de un médico especialista que corresponde al 2,77%.

El PERSONAL DE SALUD MANTIENE AL NEONATO BAJO EL NIVEL DEL PERINE MATERNO PARA CORTAR EL CORDON UMBILICAL

Tabla N 4

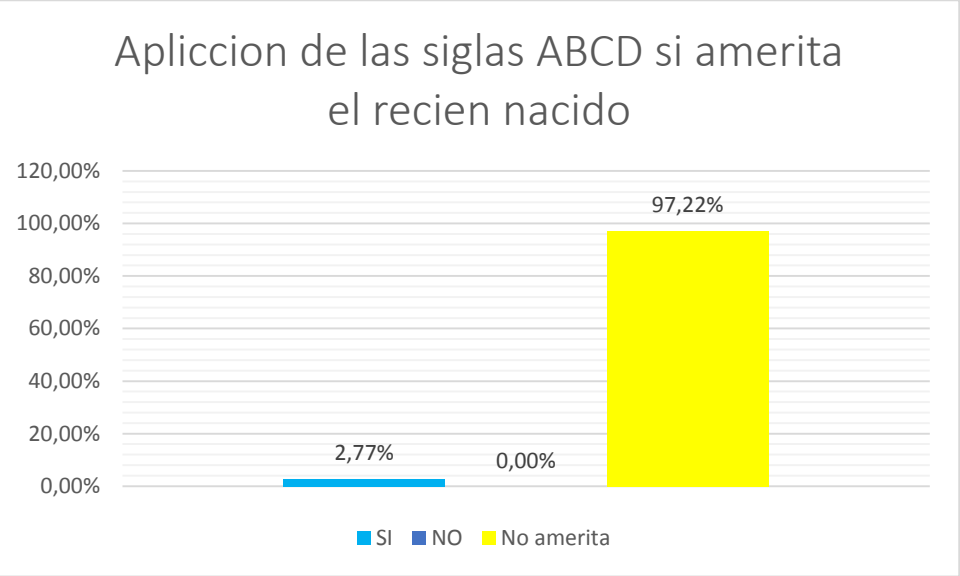


Fuente de elaboración: hoja de recolección de datos – Chek list
Elaboración: Jair Cárdenas E.

El 100% del personal de salud no siguió la norma de mantener al recién nacido bajo el nivel del periné de la madre.

APLICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS SIGLAS ABCD SI AMERITA EL RECIÉN NACIDO;

Tabla N 5

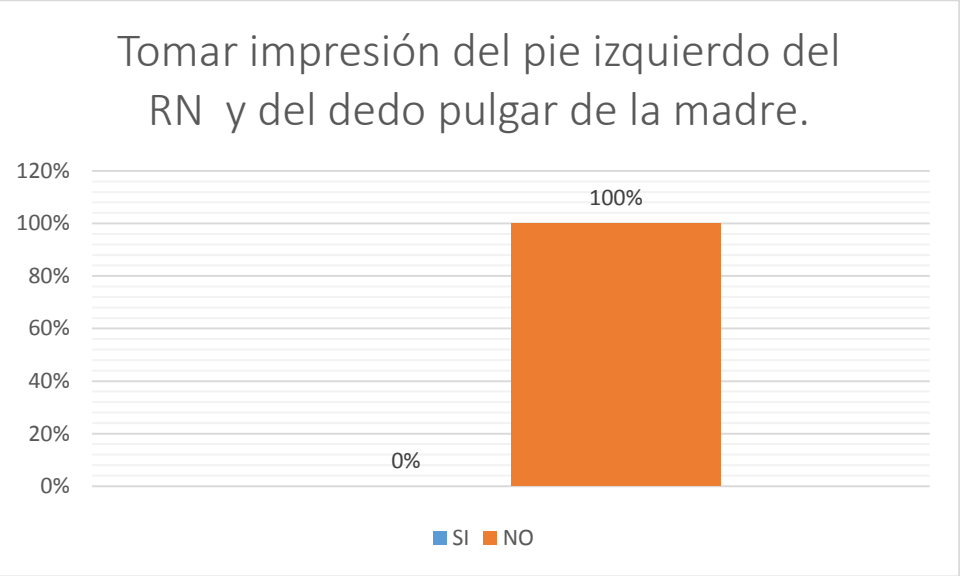


Fuente de elaboración: hoja de recolección de datos – Chek list
Elaboración: Jair Cárdenas E.

El 2,77% de los recién nacidos necesita la revisión de la vía área y una nueva aspiración de secreciones y el 97,22% no requiere de esta medida ya que no presento complicación alguna

EL PERSONAL DE SALUD TOMA UNA IMPRESIÓN DEL PIE IZQUIERDO DEL RECIÉN NACIDO Y DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE

Tabla N 6



Fuente de elaboración: hoja de recolección de datos – Chek list
Elaboración: Jair Cárdenas E.

El 100% del personal de salud incumple con la norma de tomar la impresión del pie izquierdo del recién nacido y del dedo pulgar de la madre y que se pudo relacionar con la falta de material e información acerca de esta norma.

g. DISCUSIÓN

La presente investigación titulada: **“APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE RECEPCION DEL RECIEN NACIDO, EN EL CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA”** se estudiaron 72 partos normales. Donde se pudo observar que las normas que más se incumplieron fueron el no colocar el neonato bajo el nivel del periné materno y la no toma de la huella plantar y del pulgar materno como identificación. Las normas que se incumplieron con menor porcentaje fueron el llenado completo de la historia clínica perinatal, el lavado de manos, colocación de barreras de protección por parte del personal de salud, revisión de la presencia de circular de cordón antes de la expulsión del cuerpo y la aplicación de cuidados hacia el neonato posterior al parto. Además el mayor porcentaje partos vaginales atendidos fueron los internos rotativos sin la supervisión de un médico residente o tratante.

Un estudio realizado **en el área de Centro Obstétrico del Hospital Isidro Ayora en el año 2011 sobre el cumplimiento de la norma y protocolo del MSP en la atención del parto normal**. Se constató que de las normas estipuladas en el componente normativo neonatal el 84% fueron cumplidas, el 8% no fueron cumplidas y el 8% se cumplió de forma parcial. (Gutierrez, 2012). Comparando con nuestro trabajo investigativo se cumple con las normas en el 80%, el 12% fueron cumplidas parcialmente y el 8 de las normas fueron incumplidas.

Analizando la problemática antes mencionada en comparación con la presente investigación constatamos que para el cumplimiento total del protocolo de manejo,

es indispensable la exclusión de los partos en fase expulsiva ya que en estos casos es donde hubo fallas en cuanto a la aplicación del normativo. Es un punto a tratar y de tal manera tomar de decisiones en pro del mejoramiento de la aplicación del protocolo en el departamento de estudio.

En otro estudio denominado **Cumplimiento de la norma técnica de atención del recién nacido en hospitales del nivel I y III de Barranquilla y Soledad. COLOMBIA.** Cuyas instituciones estudiadas son de lineamiento docente, los resultados mostraron que la Participación en la atención del parto es: auxiliares de enfermería (98.6%), Médico general (58.1%), gineco-obstetra (17.6%) y pediatra (17.1%). (Mildred Rosales, y otros, 2007)

En contraste con el estudio en **México, en el cual se evalúa la calidad de la aplicación de las normas para la atención**, en una casa de salud de carácter docente donde se implementó una técnica denominada como “Sombra”, que es muy similar en nuestro estudio y mostro que el tipo de personal que atendió el parto fue el médico adscrito en un 4%; el partero 4%; el médico residente en el 52% y el 40% el médico interno de pregrado. (Durán Gonzalez, Pavón León, & Gogeascochea Trejo, 2007)

En otro trabajo investigativo **realizado en la provincia del Azuay en el Hospital de Gualaceo en el periodo mayo 2010 – febrero 2011 denominado Morbilidad y Mortalidad materno – fetal y calidad de atención**. Mencionan que la atención del parto está dada por el medico u obstetriz en el 99,5% de los casos. (Cárdenas & Cárdenas, 2012)

En comparación con nuestro estudio tenemos que el personal de salud que atiende el parto es el interno rotativo 68% y cuya atención se realizó sin la supervisión de un médico residente o especialista, el 22,22% realiza el médico residente y el 6,94% el médico tratante y 2,77% la realizaron estudiantes de medicina bajo la tutela de un medico especialista.

En un trabajo de investigación realizado en México. En una unidad de alta especialidad evaluaron de forma simultánea, la congruencia, legibilidad y datos completos en la tarjeta de identificación de los recién nacidos, y se encontró que la identificación fue realizada en un 72%, pero hubo errores como letra no legible, falta de congruencia de datos e incongruencia entre la tarjeta y la pulsera que identificaba al paciente. Al momento de revisar en los recién nacidos las tiras de identificación solo un 73% las portaban. (Salazar, y otros, 2009).

En el estudio anteriormente citado sobre el cumplimiento de la norma en hospitales de nivel I y II en Colombia. Mencionan que la identificación oportuna del neonato se realizó en el 50% de los partos. (Mildred Rosales, y otros, 2007)

Dentro del normativo neonatal del MSP existe la norma donde menciona 3 ítems para la Identificación del recién nacido: llenado de tarjeta de identificación, colocación de pulsera; toma de huella plantar y dedo pulgar de la madre. En nuestro estudio el llenado de la tarjeta de identificación estaba completa en el 100%, los recién nacidos portaban su pulsera en un 100% pero el registro del pulgar materno y huella plantar del recién nacido no se realizó.

h. CONCLUSIONES

Al terminar el trabajo investigativo y en relación a los objetivos planteados con anterioridad, se concluye:

- Que el personal de salud cumple con el 80% del normativo de manejo del recién nacido.

- Que las normas que se incumplen en su totalidad son Mantener bajo el nivel de periné materno posterior al nacimiento del neonato y tomar la huella del pie izquierdo del recién nacido y del dedo pulgar de la madre, normas que están estipuladas en el componente normativo del año 2008.

- Que el personal de salud que atiende la mayor cantidad de partos es el interno rotativo de medicina en el 68% y cuya atención no está dirigida por un médico residente o especialista ya que es parte del aprendizaje del interno de pregrado, teniendo en cuenta que es una institución de carácter docente.

- De las normas que se cumplen parcialmente son el llenado completo de la historia clínica perinatal, lavado de manos, colocación de barreras de protección por parte del personal de salud, revisión de la presencia de circular de cordón antes de la expulsión del cuerpo y la aplicación de cuidados hacia el neonato posterior al parto.

i. RECOMENDACIONES

- Se sugiere utilizar la información de la presente investigación para mejorar el desempeño del personal de salud del Hospital Isidro Ayora en cuanto a las normas que no se aplican y las que se realizan de forma parcial.
- Se recomienda la tutela de un médico general o especialista que supervise el desempeño del interno de medicina durante el parto.
- Se recomienda la implementación de solución anti-bacterial emergente para un manejo más rápido solo cuando el parto llegue a él aérea de centro obstétrico en fase expulsiva y de esta manera mayor agilización en la colocación de material de protección en el personal sanitario en referencia a los partos antes mencionados.
- Se sugiere que la Universidad Nacional de Loja a través del Hospital Isidro Ayora, fomente la tutoría en cuanto al manejo del recién nacido y conocimiento de las adecuaciones en las normas del componente neonatal del ministerio en el área de centro obstétrico.
- Se recomienda realizar nuevos estudios encaminados en ver el cumplimiento de las normas en otras áreas del Hospital Isidro Ayora
- Se sugiere la implementación por parte del departamento de centro obstétrico en conjunto con el servicio de neonatología de un normativo o protocolo de manejo institucional en cuanto a los partos en fase expulsiva que acuden al área de centro obstétrico y emergencia.

j. BIBLIOGRAFÍA

Cárdenas, M., & Cárdenas, J. (2012). *Morbilidad y mortalidad materno neonatal y calidad de atencion en el Hospital Moreno Vasquez de gualaceo durante el periodo mayo 2010 - febrero 2011.* Cuenca: Universidad de Cuenca - Facultad de ciencias medicas.

Castaño Castrillon, e. a. (2011). Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el. *Universidad de Manizales*, 3.

Chang Campos, C. (1 de Agosto de 2008). *Componente Normativo Neonatal.*

Consejo Nacional de Salud. (2008). *Componente Normativo Neonatal.*

Consejo Nacional de Salud-MSP. (2008). *Plan Nacional de Reduccion Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.*

Coronel, J. (2012). *Cumplimiento y aplicacion de la norma del parto por cesarea, de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayorade la ciudad de Loja en el periodo abril a octubre 2011 .* Loja: Universidad Nacional de loja.

Durán Gonzalez, L., Pavón León, P., & Gogeascochea Trejo, M. d. (2007). Calidad de la atencion del parto en un hospital universitario. *Revista del Instituto de ciencias de las salud Universidad Veracruzana Xalapa*, 7-13.

Garcia Salazar, M., Bermúdez, L. C., Flores, L. G., López, G. J., Torreblanca, O. M., & Sánchez, I. P. (2009). Apego a las medidas de seguridad en el procedimiento de identificacion inequivoca del recin nacido. *Revista de enfermeria del instituto mexicano del seguro social*, 129-132.

Gutierrez, G. (2012). *Cumplimimiento de la aplicacion de la norma y protocolo materno establecidos poer el ministerio de salud publica en la atencion del parto normal, de las usuarias atendidas en el hospital regional isidro ayora de la ciudad de Loja.* Loja: Universidad Nacional Loja.

INEC. (2012). *Anuario de estadisticas vitales: Nacimientos y Defunciones .*

Jong-wook, L. (2005). *¡ Cada madre y niño contaran¡ Informe sobre la salud en el mundo.* Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.

Mejia, J., & Daza, P. (2011). Semiologia Neonatal. *Revista Gastrohnup*, S15-S27.

Mideros Morales, R. (2008.). *Normativa Tecnica Nacional de Atencion de Parto Vertical.* Octava Version.

Mildred Rosales, A., Alvarez Manduca, K., delgado rivero, l., Hemer Narvaez, m., madero, j., & Silva, D. (2007). Cumplimiento de la norma tecnica de atncion del recin nacido en hospitales de nivel I y II de barranquilla y soledad. *Saluduninorte - Universidad del Norte de Colombia*, 52-63.

Nelson. (2008). *Tratado de Pediatria.* ESpaña: Elsevier. Capitulo 94.

Organizacion Mundial de la Salud. (9 de Enero de 2004). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de Capitulo 1. Sobrevivir a los primeros cinco años de vida: http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index2.html

Organizacion Mundial de la Salud. (1 de Septiembre de 2014). *Organizacion mundial de la Salud*. Obtenido de Reduccion de la Mortalidad en la niñez: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/

Organizacion Mundial de Salud. (1 de Mayo de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Objetivos de Desarrollo del Milenio: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/

Quevedo, L. (2013). *El pediatra eficiente* (7ma Edicion ed., Vol. 1). Bogotá: Panamericana. Capitulo 7.

Valdez Gonzalez, R. (2006). Origen de la Morbilidad Neonatal. *Inbiomed*, 215-217. Obtenido de Origen de la morbilidad neonatal: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35917&id_seccion=407&id_ejemplar=3710&id_revista=40

Cruz Hernández, M. (2009). Medicina fetal y neonatal. *Nuevo Tratado de Pediatría*, 47-56

k. ANEXOS

Personal que atiende el parto	Md. Tratante	Md. Residente	Int. Medicina	Est. Medicina	Enfermera	Int. Enfermería
NORMAS ANTES DEL NACIMIENTO	SI		NO		NO AMERITA	
Lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón mínimo por 2 minutos						
ponerse barreras protectoras y preparar el equipo necesario para el RN						
Normas después del nacimiento						
Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pedir a la mujer que deje de pujar						
Aspirar la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.						
Verificar con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical						
Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslizarlo por encima de la cabeza del bebé						
Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, pinzarlo dos veces y cortarlo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello						

Sostener el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.			
Mantenerlo más abajo del periné materno			
Cubrir al RN con un pañal limpio y caliente			
Pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir			
Colocar al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras se seca al bebé por completo y evalúa su respuesta			
Trasladar al RN al área dispuesta de la recepción.			
Aplicar la nemotecnia ABCDE(Abrir vía área, Buscar la respiración, Circulatorio, Drogas, Evaluación)			
Inicio simultaneo de nemotecnia PACES (Posicionar, Aspirar, Calentar, Estimular, Secar)			
Evaluación posterior a la reanimación			
Valoración de Apgar al 1 minuto			
Valoración de Apgar a los 5minuto			
Información a la madre y familiar sobre condición del recién nacido			
Aplicación de cuidados de observación (succión de secreciones si amerita, examen físico visual, evitar estímulos fuertes)			
Llenado de tarjeta de identificación neonatal			
Identificación mediante una pulsera			

Toma de huella plantar del recién nacido y del dedo pulgar de la madre			
Tareas posteriores al procedimiento inicial			
Eliminar los materiales de desecho			
Lavarse las manos después de la atención del parto			
Fomentar lactancia materna precoz y alojamiento conjunto			
Registro de procedimientos en la historia clínica			
Instruir a la madre sobre la importancia del registro oportuno en el Registro Civil			

Anexo 2

Variables:

Variable Independiente: Aplicación del protocolo del recién nacido

Variables dependientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES
Tipo de personal de salud que atiende el parto	El tipo de función que desempeña el personal sanitario dentro del área	Cualitativa Médico tratante Médico residente Interno de medicina Externo de medicina Enfermera Interna de enfermería	Proporción
HC completa	La historia clínica perinatal llenada completamente.	Si, No	Media, rango
Preparación de instalaciones	Preparación de las instalaciones para el parto.	Si, No	Media, rango
Lavado de manos	Asepsia previa recepción del neonato	Si, No	Media, rango
Colocación de barreras protectoras para el personal	Colocación de bata limpia y guantes estériles.	Si, No	Media, rango
Aspiración de líquido amniótico meconial	Previa salida de la cabeza se realiza aspiración del líquido de la cavidad oro-faríngea del neonato.	Si, No	Media, rango
Revisión de la existencia de circular de cordón	Revisión con los dedos acerca de la existencia o no de circular de cordón antes de la expulsión del resto del cuerpo	Si, No	Media, rango

Revisión de la existencia de circular de cordón ajustado al cuello	Revisión de la existencia de circular de cordón y si este se encuentra tenso pinzarlo dos veces y cortarlo entre las pinzas antes de desenrollarlo	Si, No No amerita	Media, rango
Mantener al bebe bajo el periné materno	Mantenerlo al neonato bajo el nivel al que se encuentra el periné materno	Si, No	Media, rango
Cortar el cordón umbilical	Pinzar y cortar el cordón umbilical cuando este ha dejado de latir.	Si, No	Media, rango
Colocar al bebe sobre el abdomen de la madre	Colocar al neonato en el abdomen de la madre para secarlo y evaluar respuesta	Si, No	Media, rango
Trasladar al RN al área dispuesta	Trasladar al Recién Nacido al área dispuesta para su evaluación	Si, No	Media, rango
Aplicación de siglas ABCDE	Aplicación de normas en siglas si amerita el neonato A: Revisar vía aérea, si se encuentra libre, colocar en posición de olfateo, aspiración de secreciones	Si, No No amerita	Media, rango
	B: buscar respiración	Si No No amerita	Media, rango
	C: Evaluar frecuencia cardiaca, color, llenado capilar, pulsos	Si, No No amerita	Media, rango
	D: Drogas; si ha existido la administración de medicamentos o drogas a la madre 4 horas antes del parto	Si, No No amerita	Media, rango
	E: Evaluación: en forma general, respuesta al estímulo, tono y postura.	Si, No No amerita	Media, rango

Inicio de cuidados para reanimación si lo amerita	POSICIONAR: Establezca una vía aérea permeable, Mediante la posición de “olfateo” (cabeza ligeramente extendida),	Si, No No amerita	Media, rango
	Colocar un pañal bajo los hombros, de ser necesario. ASPIRAR la vía aérea, (si es necesario): Aspire primero la boca y luego la faringe y nariz en busca de secreciones abundantes, sangre, heces, u otras secreciones. No aspirar en forma brusca para evitar el reflejo vagal y no por más de 10 segundos.	Si, No No amerita	Media, rango
	No rotar la cabeza del paciente.	Si, No No amerita	Media, rango
	CALENTAR: Suministre calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante)	Si, No No amerita	Media, rango
	ESTIMULAR Y SECAR: Con una manta caliente, frotando brazos, piernas, espalda y sobre todo la cabeza.	Si, NO No amerita	Media, rango
	Evaluar la condición del RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardiaca y color; el RN respira, tiene FC mayor de 100 lpm y está rosado, sólo necesita cuidados de observación	Si, No No amerita	Media, rango

	El RN necesita de reanimación si existe cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardiaca (< 100 lpm), presencia de líquido amniótico meconial	Si, No No amerita	Media, rango
Aplicación de Escala de Apgar	Aplicación de la escala de APGAR en la cual se evalúa entrada de aire, quejido espiratorio, cianosis y retracciones, y se lo realiza al 1min	Si, No	Media, rango
	Evaluación posterior a los 5 min de vida.	Si, No	Media, rango
Aplicación de cuidados de observación	Aplicación de cuidados si lo amerita el neonato, como succión de secreciones oro faríngeas, examen físico (detectar malformaciones) y el sexo del RN, evitar estímulos fuertes.	Si, No	Media, rango
Identificación del neonato	Llenar la tarjeta de identificación neonatal.	Si, No	Media, rango
	Identificar al RN con una pulsera.	Si, No	Media, rango
	Tomar impresión del pie izquierdo del RN (huella plantar) y del dedo pulgar de la madre.	Si, No	Media, rango
Fomentar lactancia materna precoz y alojamiento conjunto	Fomentar la lactancia materna lo más pronto posible y llevar al neonato hacia alojamiento conjunto.	Si, No	Media, rango

ÍNDICE

PORTADA..... i

CERTIFICACIÓN ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

a. TÍTULO:..... 1

b. RESUMEN..... 2

SUMMARY..... 3

c. INTRODUCCIÓN..... 4

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA 7

1. MORTALIDAD NEONATAL..... 7

1.1 ETIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD NEONATAL..... 7

2. MORBILIDAD NEONATAL..... 8

3. PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO10

3.1 NORMAS ANTES DEL NACIMIENTO 10

3.2 NORMAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO 10

4. EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO..... 13

4.1 ASPECTO GENERAL. 14

4.1.1 PIEL..... 15

4.1.2 CRÁNEO. 16

4.1.3 CARA. 17

4.1.4 CUELLO. 18

4.1.5 TÓRAX 19

4.1.6 PULMONES. 19

4.1.7 CORAZÓN. 20

4.1.8 ABDOMEN. 21

4.1.9 GENITALES. 22

4.1.10 ANO. 23

4.1.11 EXTREMIDADES 23

4.2 EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA 23

e. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 29

f. RESULTADOS 31

g. DISCUSIÓN 37

h. CONCLUSIONES 40

i. RECOMENDACIONES 41

j. BIBLIOGRAFÍA 42

k. ANEXOS 44

ÍNDICE 51