



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

TÍTULO:

**“Manejo del Protocolo de Recepción del
Recién Nacido en el Centro Obstétrico del
Hospital Julius Doepfner Zamora”**

**Tesis previa a la obtención
del título de Médico General**

AUTORA: Geovanna Mishell Saca Jiménez.

DIRECTORA: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

**LOJA-ECUADOR
2017**

Certificación

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO

Que el trabajo de investigación de grado, titulado “**MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA**”, realizado por la señorita Geovanna Mishell Saca Jiménez, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que cumple con las exigencias técnicas y legales que la institución exige, por lo que, autorizo su presentación al Tribunal correspondiente.

Loja, 10 de octubre de 2017.



Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

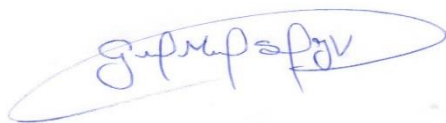
Autoría

Yo Geovanna Mishell Saca Jiménez declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales 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.

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Firma:



Cedula: 1900458678.

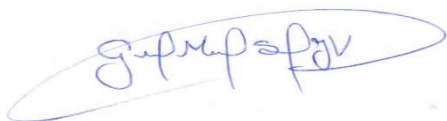
Fecha: Loja, 10 de octubre de 2017.

Carta de autorización

Yo, Geovanna Mishell Saca Jiménez, declaro ser la autora de la tesis titulada: “**MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA**” como requisito para optar por el 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 Nacional de Loja.

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

Loja, 10 de octubre de 2017.



Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez.

Cedula: 1900458678.

Correo electrónico: geovamishu19_@hotmail.com

Dirección: 24 de Mayo y Azuay.

Teléfono Celular: 0992264963

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

Tribunal de grado: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp.

Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo, Esp.

Méd. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc

Dedicatoria

Agradecida con Dios, dedico este trabajo a mi familia quienes me han apoyado a lo largo de estos años transcurridos, a mis padres Alexis y Gloria por educarme con amor, paciencia y orientación constante; gracias por nunca dejar de creer en mí, con todo mi amor.

GEOVANNA MISHHELL SACA JIMÉNEZ

Agradecimiento

Manifiesto mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, que constituye un pilar fundamental en la formación de la juventud, a los docentes de la carrera de Medicina quienes compartieron sus conocimientos y experiencia para ser de mí, una profesional capaz de enfrentar con ética y responsabilidad los obstáculos que se atraviesen en mi vida profesional, de manera especial a la Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán por brindarme su apoyo y sus conocimientos desinteresadamente como directora de esta investigación, guiando acertadamente mi tesis, para poder culminarla con éxito, a los directivos y profesionales del Hospital Julius Doepfner Zamora por su predisposición a colaborar mediante el acceso a información y áreas de dicho hospital, para la realización del presente proyecto de tesis.

GEOVANNA MISHHELL SACA JIMÉNEZ

Índice general

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice general	vii
Índice de tablas	ix
1. Título	1
2. Resumen	2
Summary	3
3. Introducción	4
4. Revisión literaria	6
4.1 Protocolo de manejo de la recepción del recién nacido	6
4.1.1 Normas después del nacimiento	6
4.2 Exploración física del recién nacido	9
4.2.1 Aspecto general	10
4.2.2 Piel.....	10
4.2.3 Cráneo.....	10
4.2.4 Cara	11
4.2.5 Cuello.....	12
4.2.6 Tórax.....	13
4.2.7 Pulmones	13
4.2.8 Corazón.....	14
4.2.9 Abdomen	14
4.2.10 Genitales.....	15
4.2.11 Extremidades.....	16
4.3 Exploración neurológica	16
5. Materiales y métodos	18
6. Resultados	20
7. Discusión	23

8. Conclusiones	25
9. Recomendaciones	26
10. Bibliografía	27
11. Anexos	29
Anexo N°1 Oficio de aprobación del tema de investigación	29
Anexo N°2 Oficio de pertinencia del proyecto de investigación	30
Anexo N°3 Oficio de asignación de directora de tesis	31
Anexo N°4 Oficio para la recolección de datos en el Hospital Julius Doepfner	32
Anexo N°5 Certificación de traducción del idioma inglés del resumen.....	33
Anexo N°6 Historia clínica perinatal.....	34
Anexo N°7 Protocolo de recepción del recién nacido.....	35
Anexo N° 8 Hoja de registro	39
Anexo N° 9 Oficio.....	41
Anexo N° 10 Proyecto de investigación.....	42

Índice de tablas

6.1 Tabla para el primer objetivo: Número de nacimientos suscitados en el periodo enero-junio 2017.....	20
6.2 Tabla para el segundo objetivo: Normas cumplidas por el personal de salud después del nacimiento.....	21
6.3 Tabla para el tercer objetivo: Normas que no se cumplieron por parte del personal de salud después del nacimiento	22

1 Título:

**“Manejo del Protocolo de Recepción del Recién Nacido en el Centro Obstétrico del
Hospital Julius Doepfner Zamora”**

2 Resumen

Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento, la mortalidad neonatal es un indicador sensible que traduce el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad, las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivos específicos; determinar el número de nacimientos suscitados en el Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio 2017, examinar las normas que se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública e identificar las normas que no se cumplieron por parte del personal de Salud, fue de tipo cuantitativo, descriptivo, analítico, retrospectivo y de corte transversal, que permitió observar cuales son las normas del Protocolo de Recepción del Recién Nacido que se cumplen en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora. El universo estuvo conformado por 366 recién nacidos en el periodo enero-junio 2017, del cual se tomó una muestra de 180 recién nacidos. Para su ejecución se utilizó una hoja de recolección de datos cuya información se la obtuvo mediante la observación directa; encontrándose que de los 180 partos estudiados, la norma que más se incumple en esta casa de salud fue la falta de identificación del recién nacido por falta de material, concluyendo que en esta casa de salud el componente normativo neonatal del año 2008, se aplica en el 70% de su totalidad y el 30% de las normas se las aplica de manera parcial.

Palabras Clave: Ministerio de Salud Pública, Protocolo, Hospital Julius Doepfner, Recién Nacido.

Summary

More than half of child deaths in children under the age of one occur at time or around birth, neonatal mortality is a sensitive indicator that translates the degree of development and guarantee of rights in society. The following investigation had as specific objectives; to determine the number of births aroused at the Julius Doepfner Hospital in Zamora in the period of January-June 2017, to review the standards that were met by health personnel/staff according to the Protocol of Reception of Newborns of the Ministry of Public Health and to identify the standards that were not met by the health personnel/staff, it was quantitative, descriptive, analytical, retrospective and cross-sectional type, which allowed us to observe the norms of the Protocol of Reception of the Newborn that are fulfilled in the Obstetric Center of the Julius Doepfner Hospital in Zamora. The universe was conform by 366 newborns during the period of January-June 2017, from which a sample was taken from 180 newborn babies. For its execution a data collection sheet was used, whose information was obtained through direct observation; finding out that from the 180 studied deliveries, the norm that is most violated in this Health House was the lack of identification of the newborn, which concludes that in this House of Health the neonatal normative component of the year 2008, it is applied in a 70% of its entirety and a 30% of the rules are applied in a partial way.

Key-words: *Ministry of Public Health, Protocol, Julius Doepfner Hospital, Newborn.*

3 Introducción

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 aún vigentes. (ESTRELLA, 2015)

En Ecuador, al 2011, se registró una tasa de mortalidad materna de 70.4 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 10.1 por cada 1.000 nacidos vivos, según los muestra el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Como respuesta a esta situación, el Gobierno nacional se ha planteado la meta de reducir a 50 la tasa de mortalidad materna y a 6 la tasa mortalidad infantil hasta 2017. (INEC, 2014)

En la actualidad, el país presenta una tendencia a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años lo cual hace pensar que sí se puede, a nivel nacional, cumplir con el 4to Objetivo del Milenio el cual consiste en reducir en dos tercios la mortalidad infantil hasta el 2015. Según los datos de la UNICEF en Ecuador, la formulación y aplicación del Plan de Reducción de la Mortalidad Neonatal como una expresión de la prioridad otorgada por el Ministerio de Salud Pública, ha logrado grandes avances en los últimos años para reducir los índices de mortalidad infantil de niños de 0 a 28 días en el Ecuador. Son los niños y las niñas recién nacidas las que requieren mayor atención en los servicios de salud y medidas que eviten su muerte prematura e innecesaria. (UNICEF, 2015)

A pesar de los esfuerzos que se realizan dentro de todas las instituciones de salud, el número de muertes neonatales, sigue siendo relevante en cuanto a la región, gran parte de

responsabilidad es compartida por los profesionales de la Salud y la falta de equipamiento necesario en las instituciones, para poder manejar correctamente el recibimiento de un recién nacido, es así que por estas y muchas más razones, recae la importancia de realizar un estudio que nos permitirá valorar el correcto manejo de recepción del recién nacido en base a los protocolos brindados por el Ministerio de Salud Pública, y poder realizar las oportunas correcciones para evitar desenlaces fatales en nuestras instituciones de salud, el presente trabajo investigativo tiene como objetivo general observar el cumplimiento en el manejo del Protocolo de Recepción del Recién Nacido en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora y como objetivos específicos; Determinar el número de nacimientos suscitados en el Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio 2017, Examinar las normas que se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública e Identificar las normas que no se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública.

4 Revisión de literatura

4.1 Protocolo de manejo de la recepción del recién nacido

Conjunto de medidas que se realizan para lograr precozmente la homeostasis postnatal y hemodinamia correctas, con la finalidad de prevenir la morbilidad y mortalidad derivada de una potencial lesión tisular hipoxico-isquémica. (CNS, 2008)

4.1.1 Normas después del nacimiento

DESPUÉS DEL NACIMIENTO

8. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.

9. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.

10. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. **NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.**

11. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.

12. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.

13. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.

14. Manténgalo más abajo del periné materno.

15. Cubra al RN con un pañal limpio y caliente.

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.

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.

18. Traslade al RN al área dispuesta de la recepción.

19. Aplique el **ABCDE**:

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.

B: Buscar la respiración

- Respira o no.

C: Circulatorio. Evaluar:

- Frecuencia cardíaca (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, precordial).

D: Drogas:

- Administración de medicamentos y / o drogas a la madre 4 horas antes del parto.

E: Evaluación:

- Evaluar en forma general al paciente.
- Respuesta al estímulo.
- Tono.
- Postura.

20. Simultáneamente inicie los cuidados básicos de atención, PACES:**POSICIONAR:**

- Establezca una vía aérea permeable.
- Mediante la posición de “olfateo” (cabeza ligeramente extendida).
- 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.
- 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 mm Hg (136 cc H2O).

- No rotar la cabeza del paciente.

CALENTAR:

- Suministre calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante).

ESTIMULAR Y SECAR:

- Con una manta caliente, frotando brazos, piernas, espalda y sobre todo la cabeza.

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”).

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 del RN y las acciones que se están llevando a cabo.

24. CUIDADOS DE OBSERVACIÓN

- Succionar las secreciones orofaríngeas 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.).

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.

- 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

26. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.

27. Lávese las manos minuciosamente.

28. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.

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.

30. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en el Registro Civil.

Fuente: (Consejo nacional de Salud, 2008)

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

4.2 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. (CNS, 2008)

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. 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. 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. (CNS, 2008)

4.2.1 Aspecto general.- En cuanto al aspecto general, se debe observar tanto el tono muscular activo como el pasivo, cualquier postura tobillos o de la mandíbula son más frecuentes y menos significativos en los recién nacidos que a cualquier otra edad, para diferenciar rasgos fisiológicos de patológicos. 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. (Kliegman, Behrman, & Jenson, 2013)

4.2.2 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. 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 arnodactilia con contracturas congénita u otros trastornos de la síntesis del colágeno. (Mancilla, Sánchez, Beltramino, & García, 2013)

4.1.3 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. (Patiño, 2012)

4.2.4 Cara.- Se debe observar su aspecto general, con especial atención a las características dismórficas, como el epicanthus, 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) (Manguillo & Arosemena, 2016)

Observar la simetría y desarrollo general de la cara y notar la relación de los ojos, nariz, orejas y boca entre todos ellos. Examinar los ojos en su separación, forma y presencia de inclinación hacia arriba o epicanthus. Esta parte del examen se realiza mejor si el niño está alerta y tranquilo. La apertura espontánea de los ojos se puede lograr desplazando suavemente la cabeza del niño hacia abajo y hacia arriba lentamente. A veces se ve una hemorragia subconjuntival que se resuelve espontáneamente. El lagrimeo no es normal y debe estudiarse. Evaluar en los ojos el tamaño de la pupila, la forma, la simetría y la respuesta a la luz (PIRRL: pupilas iguales, redondas, reactivas a la luz). Controlar los ojos con un oftalmoscopio para ver la presencia o ausencia del reflejo rojo. La ausencia del

reflejo rojo debe estudiarse como una posible indicación de cataratas o tumores. Un niño recién nacido puede fijar y seguir una fuente luminosa; sin embargo, son comunes los movimientos no coordinados como el estrabismo, una apariencia de ojos entrecruzados. Examinar las orejas en su forma, estructura y localización. La cantidad de cartílago del pabellón puede usarse para determinar la edad gestacional. La oreja del recién nacido también es un importante marcador en algunos temas como pérdida auditiva, desarrollo renal y síndromes genéticos. La presencia de mamelones cutáneos o fositas anteriores al trago se han correlacionado con mayor riesgo de anomalías renales. Los pabellones deformes alertan al examinador sobre la necesidad de una evaluación auditiva y estudio renal por imágenes. Las orejas de implantación baja son un hallazgo común en una serie de síndromes genéticos. Evaluar la posición de la oreja dibujando una línea desde el ángulo interno del ojo hacia el ángulo externo y a través de la oreja. El borde superior de una oreja normalmente posicionada debe estar a nivel o por encima de esta línea. Las orejas que se ubican debajo de esta línea imaginaria se consideran de implantación baja. Evaluar la nariz en su forma y permeabilidad. La forma puede estar afectada por la posición del niño en el útero como así también por el proceso del nacimiento. La permeabilidad se controla mejor colocando un objeto de metal frío como un estetoscopio o martillo de reflejos, debajo de cada narina, y observando la presencia de condensación. Examinar los labios en su integridad y también por la presencia de cianosis o hendiduras. Con un dedo enguantado, palpar el paladar duro y blando en busca de la presencia de hendiduras. Al mismo tiempo se controlan los reflejos de búsqueda y succión. Las perlas de Epstein, pequeños quistes blancos conteniendo queratina se encuentran con frecuencia en cada lado de la línea media sobre el paladar. Debe notarse la presencia de dientes natales y el tamaño y forma de la lengua y el mentón (Manguillo & Arosemena, 2016)

4.2.5 Cuello.- 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. (Mancilla, Sánchez, Beltramino, & García, 2013)

4.2.6 Tórax.- La inspección del tórax incluye la observación de la forma, simetría y calidad de los movimientos torácicos. Los movimientos torácicos asimétricos pueden indicar neumotórax o defectos congénitos. Prestar especial atención en los niños nacidos con líquido amniótico meconial para evaluar los signos de dificultad respiratoria. El tiraje, el quejido y el aleteo nasal, son hallazgos anormales que indican dificultad respiratoria. Una depresión estructural del esternón (pectus excavatum) se considera un hallazgo benigno. Examinar la ubicación y desarrollo de las mamas. Normalmente la distancia entre los pezones es menor al 25% de la circunferencia torácica. Los pezones supernumerarios se ven ocasionalmente en la línea media debajo de los pezones normales; desaparecen habitualmente con el tiempo. En niños blancos, los pezones supernumerarios pueden relacionarse con anomalías congénitas. La palpación de las mamas en un niño de término permite hallar un nódulo de 1-2 cm de tejido mamario mientras que el prematuro no tiene nódulo y la aréola es plana. Las mamas del recién nacido pueden estar agrandadas al nacer por la influencia de hormonas maternas, y pueden segregar un líquido blando conocido como “leche de brujas” (galactorrea). Este hallazgo habitualmente se resuelve en 1-2 semanas. (Askina, 2015)

4.2.7 Pulmones.- 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 bronco vesiculares. 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. (Rudolph, 2014)

4.2.8 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. (Patiño, 2012)

4.2.9 Abdomen.- Evaluar la forma y simetría del abdomen. El abdomen del recién nacido es normalmente redondeado y protuberante en comparación con el tórax. El agrandamiento excesivo o la distensión, requieren estudio. Observar en el abdomen la presencia de peristalsis visible, que es signo de obstrucción, y también masas visibles. Ocasionalmente los recién nacidos pueden tener separación o diastasis de los músculos rectos abdominales entre el xifoides y el ombligo con leve herniación del tejido subyacente. Inspeccionar en el cordón umbilical la presencia de los tres vasos (dos arterias y una vena). En un cordón ancho o agrandado debe evaluarse la presencia de tejido intestinal (onfalocele). Un cordón muy fino o seco se ve frecuentemente en niños con

restricción del crecimiento, mientras que un cordón grueso puede hallarse en niños grandes para su edad gestacional. (UNICEF, 2015)

4.2.10 Genitales.- Se evalúa la presencia de genitales masculinos o femeninos normales. En los niños, examinar el glande del pene notando cualquier agrandamiento o secreción, y la localización del meato uretral. El hipospadias (apertura uretral en la parte baja del glande) es más común que el epispadias (apertura uretral en la parte superior del glande), y tiene menos posibilidad de asociarse a otras anomalías genitourinarias. El prepucio normalmente no es retráctil en el recién nacido y no debe retraerse para el examen. Nótese la presencia de encorvamiento y de cualquier hendidura en el prepucio (circuncisión natural). La longitud normal del pene en el recién nacido de término es de 2,5-3,5 cm. Los cambios en los genitales masculinos se producen dentro de un patrón determinado a medida que progresa la edad gestacional. Observar en el escroto la presencia de tumefacción o hematoma, que puede producirse por traumatismo de parto en una presentación pelviana. La tumefacción escrotal también se produce en casos de torsión testicular (un hallazgo infrecuente), hernia inguinal, sangre (hematoma), o líquido (hidrocele) en el saco escrotal. La presencia de hidrocele (el hallazgo más común) se puede confirmar con la transiluminación del escroto mediante una pequeña linterna o lápiz óptico. El hidrocele transmitirá la luz y hará que el saco escrotal parezca traslúcido. La presencia de sangre o tejido en el saco no transmitirá la luz. La torsión testicular se presenta como un saco escrotal eritematoso y con induración firme mientras que el hidrocele es una colección indolora de líquido. Luego de inspeccionar el escroto, se debe palpar para detectar los testículos que normalmente han descendido dentro del escroto, en el niño de término. La palpación se realiza deslizando el dedo de una mano hacia abajo por la ingle mientras se toma suavemente el saco escrotal con la otra mano en busca del testículo de forma almendrada; luego se realiza en el otro lado. En los genitales de las niñas, se examina el tamaño y localización de las estructuras genitales externas y la posición del meato uretral. Al igual que los genitales masculinos, los femeninos también tienen cambios considerables en el curso de la gestación) y los hallazgos del examen deben ser considerados según la edad gestacional de la niña. Por ejemplo, un clítoris prominente a las 28 semanas puede ser un hallazgo esperable, pero sería anormal en una niña de término. Se puede ver una secreción blanquecina en la apertura vaginal y, en algunas niñas, puede

estar presente un pequeño sangrado los pocos días de vida como resultado de la suspensión de las hormonas maternas. Se considera normal el hallazgo de pólipos himeneales. Como parte del examen de la región genital observar la permeabilidad del ano. No se deben insertar objetos rígidos como un termómetro en el orificio anal para comprobar su permeabilidad. La inspección visual de la apertura anal es suficiente para el examen inicial y hasta el momento en que los síntomas sugieran mayor investigación. Se debe observar también la presencia de mamelones cutáneos o fisuras alrededor del ano (Crocetti & Barone, 2010)

4.2.11 Extremidades.- Examinar brazos y piernas, notar la presencia de masas musculares y comparar la simetría en longitud y desarrollo de cada extremidad. Evaluar el rango de motilidad de cada extremidad. Evaluar las manos, observar la presencia de cresta simiana, dedos supernumerarios (polidactilia), dedos fusionados (sindactilia) o dedos de forma anormal (clindactilia). Evaluar las rodillas y pies en busca de anomalías posicionales o estructurales. La presencia de crestas palmares es útil para determinar la edad gestacional. Colocar al niño en posición prona para inspeccionar la espalda, observando la curvatura de la columna y la presencia de masas, fositas o mechones de pelo a lo largo de la columna. Examinar la asimetría de los pliegues glúteos; los pliegues glúteos asimétricos se encuentran en casos de displasia evolutiva de cadera. Mientras el niño está en posición prona, evaluar el tono ventral del niño y los reflejos de incurvación lateral (Cruz, Crespo, & Raul, 2010)

4.3 Exploración neurológica

A través de toda la valoración, se obtuvo información que contribuye a la evaluación del estado neurológico del niño. Por ejemplo, el llanto, tono y estado se pueden observar al comienzo y durante el examen, en la respuesta del niño a la manipulación. Una evaluación neurológica breve se puede realizar evaluando los reflejos primitivos. (Crocetti & Barone, 2010)

Estos están enumerados en el siguiente cuadro, para una evaluación neurológica más completa normalmente se realiza en recién nacidos con cuadros dismórficos o con complicaciones. (CrocettiI & Barone, 2010)

REFLEJO	DESCRIPCIÓN	DESAPARICIÓN
Moro	En respuesta a un movimiento brusco o sonido fuerte, el niño extiende sus brazos y piernas.	5-6 meses
Búsqueda	Al tocar el ángulo de la boca, el niño se vuelve hacia el estímulo y abre su boca.	3-4 meses
Succión	La colocación de un dedo o un objeto en la boca del niño, provoca la succión.	12 meses
Prensión palmar	Al colocar un objeto o al tocar la palma de la mano, el niño cerrara sus dedos.	12 meses

Fuente: (CrocettiI & Barone, 2010).

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Las 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). (ESTRELLA, 2015)

5 Materiales y Métodos

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, analítico, retrospectivo y de corte transversal que permitió analizar cuáles fueron las normas del Protocolo de Recepción del Recién Nacido que no se cumplen en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora.

5.2 Área de estudio

La presente investigación se realizó en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora.

5.3 Universo

El universo estuvo conformado por 366 recién nacidos del Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio 2017.

5.4 Muestra

Se calculó una muestra significativa de este universo, para ello se utilizó un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada del 50%.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N= Total de la población 366 recién nacidos del Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio 2017.

- $Z_{\alpha/2}$ = Nivel de confianza de 95% (1,96)²
- p = Proporción esperada 50%
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%)

Obteniéndose una muestra clínica de 180 recién nacidos, para el muestreo se recolectaron los datos por conveniencia del investigador en los espacios disponibles, que no interfieran con el horario académico del investigador en los meses de enero-junio del año 2017.

5.5 Procedimiento y Técnicas

Para la ejecución del estudio y aprobado el proyecto de tesis por parte de la coordinación de la carrera, se solicitó la autorización de la directora del Hospital Julius Doepfner Zamora (ANEXO 4-9). Posterior a ello se asigna como directora de tesis a la Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, quien ha ido supervisando los avances de este trabajo investigativo. El método que se utilizó para la presente investigación fue la observación directa mediante el registro documental de cada uno de los recién nacidos (ANEXO 6), se utilizó como base el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública (ANEXO 7), y se recolectó la información mediante una hoja de datos de nuestra propia autoría (ANEXO 8). Los análisis de datos se realizaron en base a las variables establecidas en función de los objetivos planteados. Los resultados son presentados mediante cuadros estadísticos, utilizando el programa Excel. Se realizó comparaciones con la bibliografía (Marco teórico) a criterio de los autores y con ello se plantearon respectivamente las conclusiones y recomendaciones.

6 Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo: Determinar el número de nacimientos suscitados en el Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo Enero-Junio 2017.

Tabla N° 1

Número de nacimientos suscitados en el Hospital Julius Doepfner Zamora en el período enero-junio 2017

MES	N° NACIMIENTOS	PORCENTAJE
ENERO	66	18%
FEBRERO	77	21%
MARZO	68	19%
ABRIL	61	17%
MAYO	53	14%
JUNIO	41	11%
TOTAL	366	100%

Fuente: Datos recolectados en el Hospital Julius Doepfner Zamora

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Se evidencia que en el Hospital Julius Doepfner durante el periodo enero-junio se producen 366 nacimientos, de los cuales el 18% (n=66) sucedieron en enero, 21% (n=77) sucedieron en febrero, el 19% (n=68) sucedieron en marzo, 17% (n=61) sucedieron en abril, el 14% (n=53) sucedieron en mayo y 11% (n=41) sucedieron en junio.

6.2 Resultados para el segundo objetivo: Examinar las normas que se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública.

Tabla N° 2

Normas que se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública

NORMAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO	N°	%
Dejar de Pujar	172	96%
Aspiración nariz y boca	180	100%
Verificación dedos	180	100%
Cordón Umbilical flojo	180	100%
Pinzamiento cordón umbilical ajustado	180	100%
Sostén del cuerpo con una mano	180	100%
Mantener bajo periné materno	180	100%
Cubrir pañal limpio y caliente	180	100%
Pinzamiento cordón deje de latir	173	96%
Apego Precoz	154	86%
Traslado RN área de recepción	180	100%
Aplicar ABCDE	180	100%
Cuidados Básicos PACES	180	100%
Evaluar	180	100%
APGAR	180	100%
Informar condición recién nacido	141	78%
Observación	180	100%
Identificación Neonatal	134	74%
Eliminar materiales desecho	173	96%
Lavado de Manos	180	100%
Lactancia Materna precoz	167	93%
Registro de Procedimientos	180	100%
Registro oportuno nacimiento	180	100%

Fuente: Datos recolectados en el Hospital Julius Doepfner Zamora

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Se evidencia que de las 23 normas después del nacimiento, del total de 180 nacimientos, 16 normas se cumplen al 100%, tanto el pinzamiento del cordón umbilical cuando deje de latir y la eliminación correcta de los desechos se cumplen en un 96% (n=173).

6.3 Resultados para el tercer objetivo: Identificar las normas que no se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública.

Tabla N° 3

Normas que no se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública

NORMAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO	N°	%
Dejar de Pujar	8	4%
Aspiración nariz y boca	0	0%
Verificación dedos	0	0%
Cordón Umbilical flojo	0	0%
Pinzamiento cordón umbilical ajustado	0	0%
Sostén del cuerpo con una mano	0	0%
Mantener bajo periné materno	0	0%
Cubrir pañal limpio y caliente	0	0%
Pinzamiento cordón deje de latir	7	4%
Apego Precoz	26	14%
Traslado RN área de recepción	0	0%
Aplicar ABCDE	0	0%
Cuidados Básicos PACES	0	0%
Evaluar	0	0%
APGAR	0	0%
Informar condición recién nacido	39	22%
Observación	0	0%
Identificación Neonatal	46	26%
Eliminar materiales desecho	7	4%
Lavado de Manos	0	0%
Lactancia Materna precoz	13	7%
Registro de Procedimientos	0	0%
Registro oportuno nacimiento	0	0%

Fuente: Datos recolectados en el Hospital Julius Doepfner Zamora

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Se evidencia que de las 23 normas después del nacimiento, del total de 180 nacimientos, la norma que más se incumplió fue la identificación neonatal con un 26% (n=46), seguido por la información sobre la condición del recién nacido en un 22% (n=39) y el apego precoz presentó un 14% (n=26).

7 Discusión

El nacimiento de un recién nacido sano y vigoroso de término es de las situaciones más frecuentes y placenteras de la profesión médica. Es necesario en la mayoría de los casos evitar la intervención excesiva que será perjudicial para el recién nacido y la familia. Por otro lado, es fundamental garantizar el cumplimiento de una atención de calidad. El 10% de los recién nacidos requiere algún tipo de apoyo para lograr una adaptación adecuada y el 1% reanimación avanzada. Como la mayoría de los embarazos y partos son normales, es en ellos que con más frecuencia se producen complicaciones por lo que es importante que el nacimiento en nuestro país se desarrolle en centros asistenciales preparados para reanimación inmediata de calidad por un pediatra o el personal de salud presente.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar cuáles son las normas del protocolo de recepción del recién nacido que en mayor porcentaje se cumplen por los profesionales de la salud, y cuáles son las normas que se están incumpliendo en mayor cantidad, dentro del Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora durante el periodo enero-junio del 2017. Para el presente trabajo de investigación se utilizó como unidad de estudio a 180 recién nacidos, tomados durante el periodo de enero-junio 2017.

Dentro de las normas después del nacimiento, se obtuvo que, del total de 180 nacimientos, 16 de las 23 normas se cumplen al 100%, seguido por el pinzamiento del cordón umbilical cuando deje de latir y la eliminación correcta de los desechos en un 96% (n=173). En un estudio realizado en la ciudad de Lima en el año 2014 por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Chuquimarca, 2014), del total de 634 partos estudiados, se determinó que pinzamiento del cordón umbilical cuando deje de latir, traslado del recién nacido al área de recepción, apego precoz, uso del APGAR, junto con la evaluación del recién nacido fueron las normas que se cumplieron en un 100%, seguido de otras normas que no cuentan en los protocolos del Ministerio de Salud Pública. Dentro del ámbito nacional, en un estudio realizado en la ciudad de Riobamba, por la Universidad Nacional de Chimborazo en año 2013 (Mora, 2012), se determinó que del total de 176 partos, se

cumplen 18 de las 23 normas establecidas en un 100%, sin haber una diferencia significativa con el resto de normas cuyo promedio es del 90%.

Dentro del incumplimiento de las normas después del nacimiento, se obtuvo que, del total de 180 nacimientos, la norma que más se incumplió fue la identificación neonatal con un 26% (n=46), seguido por la información sobre la condición del recién nacido en un 22% (n=39), además el apego precoz presentó un 14% (n=26); datos similares a los encontrados en un estudio realizado en la ciudad de Bogotá en el año 2016 por la Pontificia Universidad Javeriana (Garza, 2016) total de 144 partos estudiados, se determinó el apego precoz y el brindar información sobre la condición del recién nacido, se incumplieron en un 22% cada uno, dentro del ámbito nacional, el estudio realizado en la Universidad Nacional de Loja (ESTRELLA, 2015), coincide con los datos obtenidos en la presente, siendo la identificación neonatal, el que mantiene el mayor porcentaje de incumplimiento.

8 Conclusiones

Con los resultados obtenidos, se pudo formular las siguientes conclusiones:

- Que en el Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio de 2017 en el centro obstétrico se suscitaron 366 nacimientos.
- En cuanto a las 23 normas que establece el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública, después del nacimiento son 16 normas que se cumplen en su totalidad, por parte del personal de Salud del Hospital Julius Doepfner Zamora.
- Las normas que presentan mayor porcentaje de cumplimiento por los profesionales de salud son uso de barreras de protección y equipo necesario, aspiración nariz y boca, verificación de dedos, pinzamiento oportuno de cordón umbilical envuelto en el cuello del recién nacido, cubrimiento con pañal limpio y caliente, traslado del Recién Nacido al área de recepción, aplicación del ABCDE, cuidados básicos PACES, evaluación, aplicación del APGAR, observación del recién nacido y el lavado de manos.
- Son 7 normas que no se cumplen en su totalidad, muchas de éstas se cumplen parcialmente en algunos de los casos, siendo la mayor de éstas, la falta de identificación del recién nacido por falta de material, falta de información sobre la condición del recién nacido, hacer hincapié en la lactancia materna y fomentar el registro oportuno de los recién nacidos en el registro civil.

9 Recomendaciones

En base a las conclusiones se pudieron formular las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere al MSP realizar actualizaciones continuas del componente materno-infantil, así como continuar con la elaboración de protocolos y normas que resguarden la salud de los recién nacidos y sus madres.
- Se recomienda al Hospital Julius Doepfner Zamora implementar el uso de identificación del recién nacido al nacimiento, así como informar oportunamente sobre la condición del recién nacido a sus familiares, hacer hincapié en la lactancia materna y fomentar el registro oportuno de los recién nacidos en el registro civil.
- Se sugiere utilizar la información de la presente investigación para mejorar el desempeño del personal de salud del el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora en cuanto a las normas que se realizan de forma parcial.
- Se sugiere que la Universidad Nacional de Loja a través del Hospital Julius Doepfner Zamora, fomente la tutoría y la capacitación constante del personal de salud sobre las normas que maneja el Protocolo de Recepción del Recién Nacido.

10 Bibliografía

- Askina, D. F. (2015). Evaluación física del Recién Nacido, Parte 2: Inspección. *Revista de Pediatría*, 8-16.
- Breilh, J., Granda, E., & Campaña, A. (2012). *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito: LILACS.
- Cáceres, J. M. (2015). *Cumplimiento protocolo de recepción recién nacido*. Guayaquil.
- Chile, M. d. (2014). *MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN ALC Y ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN*. Santiago: OPS.
- Chuquimarca, A. (2014). *Recién Nacido, características del nacimiento*. Lima.
- CNS. (2008). RECEPCIÓN DEL RECIEN NACIDO. En CNS, *COMPONENTE NORMATIVO NEONATAL* (págs. 36-48). QUITO.
- Crocetti, M., & Barone, M. A. (2010). *OSKI COMPENDIO DE PEDIATRIA*. Mexico: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO.
- Cruz, M., Crespo, J., & Raul, B. (2010). *COMPENDIO DE PEDIATRIA*. Barcelona: S.A. PUBLICACIONES MEDICAS ESPAXS.
- ESTRELLA, S. J. (2015). *APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA*". Loja.
- Garza, C. U. (2016). *CUIDADOS DE NEONATOLOGÍA*. Bogotá.
- Gómez, A., & Santín, J. (2013). MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL. *Salud Pública en primer nivel*, 13-16.
- INEC. (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales- Nacimientos y Defunciones*. Quito: INEC.
- Kliegman, R., Behrman, R. E., & Jenson, H. B. (2013). *Nelson, TRATADO DE PEDIATRÍA*. Barcelona: Elsevier.
- Lozano, R., & Naghavi, M. (2012). *Índice de Mortalidad Infantil, mortalidad fetal y mortalidad perinatal*. Atlanta: Atlanta GA.
- Lucio, R., & Villacrés, N. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud pública México*, 53-60.

- Manajares, M. (2014). Manejo del Recién Nacido en el Área de Ginecología y Obstetricia. *Atención Hospitalaria*, 35-42.
- Mancilla, E. P., Sánchez, I., Beltramino, D., & García, A. C. (2013). *Meneghello. Pediatría*. Madrid: Panamericana.
- Manguillo, F., & Arosemena, C. (2016). Enfermedades Hereditarias. *Revista Chilena de Pediatría*, 24-27.
- Mora, J. (2012). *Manejo del Recién Nacido según protocolo del MSP*. Riobamba.
- Morales, J. M. (2015). RECEPCIÓN EN NEONATOLOGIA. *Revista Boliviana de Pediatría*, 49-54.
- OMS. (2015). *Informe Mundial de Salud*. Buenos Aires: Miranda.
- OPS. (2014). *Mortalidad Infantil*. Bogotá: Marruecos.
- Ospina, J. (2013). Recién Nacido, normativa actual. *Revista Colombiana de Pediatría*, 17-29.
- Patiño, A. (2012). Enfermedades del Recién Nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 14-16.
- Perez, M., & Sosa, J. (2014). Recepción del Recién Nacido, realidad nacional. *Revista Argentina de Pediatría*, 12-16.
- Rudolph, C. D. (2014). *PEDIATRÍA DE RUDOLPH*. BARCELONA: Interamericana de España.
- Schnitzler, E. (2016). *Mortalidad y morbilidad neonatal*. Buenos Aires: NotaEditorial.
- Tang, M., González, N., & Lugo, L. (2015). ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 13-24.
- UNICEF. (2015). Una Promesa Renovada. *Mortalidad Neonatal*, 13-16.

11 Anexos

Anexo N°1: Oficio de aprobación del tema de investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0070 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Geovanna Mishell Saca Jimenez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 29 de mayo de 2017

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE PROYECTO DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se **APRUEBA** su tema de trabajo de tesis denominado "**MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA**", por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo



Anexo N°2: Oficio de pertinencia del proyecto de investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0027.2 DCM-FSH-UNL

PARA: Geovanna Mishell Saca Jimenez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 30 de junio de 2017

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **“MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA”**, de su autoría, que su tema es pertinente, de acuerdo al informe de la Dra. Marcia Mendoza, puede continuar con el trámite respectivo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.



**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

**C.c.- Archivo
NOT**

Anexo N°3: Oficio de asignación de directora de tesis.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0032 CCM-FSH-UNL

PARA: Marcia Mendoza Merchán.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 11 de Julio de 2017

ASUNTO: SE DESIGNA DIRECTORA DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha designado como Directora de tesis, tema, **"MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA"**, autoría de la Srta. Geovanna Mishell Saca Jimenez.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo



TereO.

Recibido

Anexo N°4: Oficio para la recolección de datos en el Hospital Julius Doepfner.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0005-2 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Ruth Siguenza
DIRECTORA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 12 de Junio de 2017

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseando le éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Geovanna Mishell Saca Jimenez**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se le otorgue el acceso al libro de registros de partos que se encuentra dentro del centro obstétrico, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. Marcia Mendoza, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo
NOT

Anexo N°5: Certificación de traducción del idioma inglés del resumen.



Líderes en la Enseñanza del Inglés


Prof. Joan Lizette Morales Abad.
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada ""MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA"" autoría de la Srta. Geovanna Mishell Saca Jiménez con cédula 1900458678, egresada de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de Octubre de 2017


Prof. Joan Lizette Morales Abad.
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



Anexo N°7: Protocolo de recepción del recién nacido.

DESPUÉS DEL NACIMIENTO

8. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.

9. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.

10. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. **NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.**

11. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.

12. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.

13. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.

14. Manténgalo más abajo del periné materno.

15. Cubra al RN con un pañal limpio y caliente.

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.

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.

18. Traslade al RN al área dispuesta de la recepción.

19. Aplique el **ABCDE**:

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.

B: Buscar la respiración

- Respira o no.

C: Circulatorio. Evaluar:

- Frecuencia cardíaca (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, precordial).

D: Drogas:

- Administración de medicamentos y / o drogas a la madre 4 horas antes del parto.

E: Evaluación:

- Evaluar en forma general al paciente.
- Respuesta al estímulo.
- Tono.
- Postura.

20. Simultáneamente inicie los cuidados básicos de atención, PACES:**POSICIONAR:**

- Establezca una vía aérea permeable.
- Mediante la posición de “olfateo” (cabeza ligeramente extendida).
- 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.
- 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 mm Hg (136 cc H₂O).
- No rotar la cabeza del paciente.

CALENTAR:

- Suministre calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante).

ESTIMULAR Y SECAR:

- Con una manta caliente, frotando brazos, piernas, espalda y sobre todo la cabeza.

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”).

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 del RN y las acciones que se están llevando a cabo.

24. CUIDADOS DE OBSERVACIÓN

- Succionar las secreciones orofaríngeas 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.).

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.
- 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

26. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.

27. Lávese las manos minuciosamente.

28. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO

CONJUNTO.

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.

30. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en el Registro Civil.

Fuente: (Consejo nacional de Salud, 2008)

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Anexo N°8: Hoja de registro.

PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO	Ginecólogo	Residente	Interno medicina	Enfermera	Interno enfermería
NORMAS DESPUES DEL NACIMIENTO			SI	NO	NO AMERITA
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					
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 el ABCDE(Abrir vía aérea, Buscar la respiración, Circulación, Drogas, Evaluación)					
Inicio simultaneo de PACES (Posicionar, Aspirar, Calentar, Estimular, Secar) Evaluación posterior a la reanimación					
Valoración de Apgar al minuto y 5 minutos de vida del RN					
Información a la madre y familiar sobre condición del recién nacido					
Cuidados de observación					
Llenado de tarjeta de identificación neonatal					

Identificar al RN mediante una pulsera en la muñeca o tobillo izquierdo			
Tomar la huella plantar del recién nacido y del dedo pulgar de la madre			
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL	SI	NO	NO AMERITA
Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho			
Lavarse las manos minuciosamente			
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			

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Anexo N° 9: Oficio.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Zamora, 13 de junio de 2017.

Dra. Ruth Siguenza.

DIRECTORA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA

Ciudad.

De mi consideración:

Yo, Geovanna Mishell Saca Jiménez, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, solicito a usted muy comedidamente se me autorice el acceso a las áreas del servicio de ginecología y neonatología así como el acceso a historias clínicas, libro de registro de partos y base de datos de la institución mismas que me servirán para el desarrollo del Tema de tesis denominado **“MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA”** el cual se llevará a cabo durante el mes de Junio del presente año.

Por la atención favorable que se sirva dar a la presente en base a su ilustrado criterio, y segura de contar con su aceptación le reitero mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

**Geovanna Mishell Saca Jiménez
1900458678**

Anexo N° 10: Proyecto de investigación.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

PROYECTO DE TESIS

**“Manejo del Protocolo de Recepción del Recién
Nacido en el Centro Obstétrico del Hospital Julius
Doepfner Zamora”**

AUTORA: Geovanna Mishell Saca Jiménez

LOJA – ECUADOR

2017

1 Título:

**“Manejo del Protocolo de Recepción del Recién Nacido en el Centro Obstétrico del
Hospital Julius Doepfner Zamora”**

2 Problematización

En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal representa el 60% de las muertes de la niñez menor de un año y el 36% de la mortalidad de los menores de cinco años. En los últimos veinte años, más del 80% de los niños menores de cinco años que fallecen son menores de un año. De estas muertes infantiles, más del 70% son muertes neonatales. Desde 1998 hasta la fecha, las tasas de mortalidad neonatal permanecen casi inalteradas, siendo de 20 x 1000 nacidos vivos en el año 98 y 16 x 1000 nacidos vivos en el 2007, habiendo logrado únicamente un descenso del 20%. (UNICEF, 2015)

El tema principal del Estado Mundial este año es la supervivencia infantil. La tasa de mortalidad en menores de 5 años o la Supervivencia Infantil es un indicador que permite inferir el nivel de pobreza y el grado de acceso de la población a los servicios básicos tales como educación, salud, nutrición, agua y saneamiento. Más aún es una evidencia certera de las prioridades y valores de la sociedad y sus gobernantes. (Lucio & Villacrés, 2011)

Por primera vez en la historia reciente, la cifra total de muertes anuales entre las niñas y niños menores de cinco años, a nivel mundial, fue inferior a los 10 millones. Hay una reducción sustancial de un 60% en la tasa de mortalidad infantil desde 1960. Sin embargo, a pesar de los progresos, el mundo tiene mucho camino por recorrer pues todavía se debe reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de menores de cinco años para cumplir con uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. (UNICEF, 2015)

Según el Estado Mundial de la Infancia la tasa de mortalidad en menores de 5 años más alta del mundo es de 270 por mil nacidos vivos en Sierra Leona y la más baja es de 3 por mil nacidos vivos y corresponde a Suecia, Singapur, Andorra, Islandia, Liechtenstein y San Marino. (Breilh, Granda, & Campaña, 2012)

En el caso del Ecuador, informó la Representante de UNICEF, la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 24 por mil nacidos vivos, inferior a la de Perú (25) y Bolivia (60) y superior a la de Venezuela (21) y Chile (9). El Ecuador está ubicado en el puesto 101 entre 189 países con un nivel de desarrollo medio. (UNICEF, 2015)

En la actualidad, el país presenta una tendencia a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años lo cual hace pensar que sí se puede, a nivel nacional, cumplir con la meta # 4 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio la cual consiste en reducir en dos tercios la mortalidad infantil hasta el 2015. Según los datos de la UNICEF en Ecuador, la formulación y aplicación del Plan de Reducción de la Mortalidad Neonatal como una expresión de la prioridad otorgada por el Ministerio de Salud Pública, ha logrado grandes avances en los últimos años para reducir los índices de mortalidad infantil de niños de 0 a 28 días en el Ecuador. Son los niños y las niñas recién nacidas las que requieren mayor atención en los servicios de salud y medidas que eviten su muerte prematura e innecesaria. (UNICEF, 2015)

A pesar de los esfuerzos que se realizan dentro de todas las instituciones de salud, el número de muertes neonatales, sigue siendo relevante en cuanto a la región, gran parte de responsabilidad es compartida por los profesionales de la Salud y la falta de equipamiento necesario en las instituciones, para poder manejar correctamente el recibimiento de un recién nacido. (UNICEF, 2015)

Por el momento, se han actualizado periódicamente las guías y protocolos para el recibimiento del recién nacido acoplados para la realidad ecuatoriana, basándose en estudios internacionales y nacionales, con el fin de disminuir por completo la tasa de muerte neonatal. Es aquí donde radica la importancia de la correcta aplicación de los protocolos brindados por el Ministerio de Salud Pública, cuyo único destino es cuidar y proteger la vida del neonato mediante el uso correcto de estas normas; al igual que existe el énfasis de tener todas las posibilidades de cuidar al recién nacido durante el parto y los

posteriores días, el mal uso o manejo de las normas, pueden producir perjuicios fatales, que se traducen en el mantenimiento de una alta tasa de mortalidad. (UNICEF, 2015)

Es importante destacar que el esfuerzo de la sociedad ecuatoriana en su conjunto, a través de una gran alianza pública y privada es determinante para la reducción de la mortalidad de menores de 5 años. La inversión adecuada y oportuna, la contratación de recursos humanos, el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento, pueden hacer la diferencia. (UNICEF, 2015)

3 Justificación

Aunque en los últimos decenios se ha avanzado notablemente en la reducción del número de defunciones infantiles en todo el mundo, el descenso de las tasas de mortalidad neonatal ha sido lento, pese a que gran parte de estas muertes pueden prevenirse. Se calcula que además de los 2.9 millones de niños y niñas que mueren en el primer mes de vida a nivel mundial, hay 2.6 millones de mortinatos, es decir niños que mueren durante el último trimestre de la gestación o durante el parto, según el Plan de Acción Todos los Recién Nacidos. Los datos reportados señalan que también, mueren anualmente unas 287.000 mujeres por complicaciones en el embarazo y el parto, y que son los bebés de bajo peso los que mayores riesgos de muerte corren. (Lucio & Villacrés, 2011)

En Ecuador, al 2011, se registró una tasa de mortalidad materna de 70.4 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 10.1 por cada 1.000 nacidos vivos, según lo muestra el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017. Como respuesta a esta situación, el Gobierno nacional se ha planteado la meta de reducir a 50 la tasa de mortalidad materna y a 6 la tasa mortalidad infantil hasta 2017. (INEC, 2014)

Es así que por estas y muchas más razones, recae la importancia de realizar un estudio que nos permitirá valorar el correcto manejo de recepción del recién nacido en base a los protocolos brindados por el Ministerio de Salud Pública, y poder realizar las oportunas correcciones para evitar desenlaces fatales en nuestras instituciones de salud.

4 Objetivos

Objetivo General:

- Observar el cumplimiento en el manejo del Protocolo de Recepción del Recién Nacido en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora.

Objetivos Específicos:

- Determinar el número de nacimientos suscitados en el Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio 2017.
- Examinar las normas que se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública.
- Identificar las normas que no se cumplieron por parte del personal de Salud según el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública.

5 Esquema de marco teórico

1. Protocolo de manejo de la recepción del recién nacido

1.1 Normas después del nacimiento

2. Exploración física del recién nacido

2.1 Aspecto general

2.2 Piel

2.3 Cráneo

2.4 Cara

2.5 Cuello

2.6 Tórax

2.7 Pulmones

2.8 Corazón

2.9 Abdomen

2.10 Genitales

2.11 Extremidades

3. Exploración neurológica

6 Metodología

6.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación será de tipo cuantitativo, descriptivo, analítico, retrospectivo y de corte transversal que nos permitirá analizar cuáles son las normas del Protocolo de Recepción del Recién Nacido que no se cumplen en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora.

6.2 Área de estudio

La presente investigación se realizará en el Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora.

6.3 Universo

El universo estará conformado por todos los recién nacidos del Centro Obstétrico del Hospital Julius Doepfner Zamora en el periodo enero-junio 2017.

6.4 Muestra

Mediante fórmula estadística se tomará como muestra clínica a los recién nacidos de madres cuyos partos se susciten durante el periodo enero-junio 2017.

6.5 Procedimiento y Técnicas

El método que se utilizará para la presente investigación será la observación directa mediante el registro documental de cada uno de los recién nacidos, se utilizará como base el Protocolo de Recepción del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública, la historia clínica perinatal y se recolectará la información mediante una hoja de datos de nuestra propia autoría.

6.6 Fase Pre analítica

- Oficio dirigido a la directora del Hospital Julius Doepfner Zamora, para el permiso y acceso a la información necesaria.
- Recolección de datos de los recién nacidos.

6.7 Fase Analítica

- Procesar los datos recolectados de los recién nacidos.
- Tabulación de los datos recolectados.
- Realización de tablas y gráficas de los datos tabulados.
- Análisis de los datos obtenidos.

6.8 Fase Post analítica

- Registro Interno de trabajo.
- Presentación y aprobación por parte del Director de Tesis.
- Reporte de Resultados finales.

6.9 Análisis de datos

Con los resultados obtenidos se trabajara con tablas y gráficos, utilizando el programa Excel. Se realizará comparaciones con la bibliografía (Marco teórico) a criterio de los autores y con ello se planteara respectivamente las conclusiones y recomendaciones.

7 Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Recién nacido	Bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea.	Género	Cuantitativa	Ordinal	Hombre
					Mujer
Recepción del recién nacido	Conjunto de medidas que se realizan para lograr precozmente la homeostasis postnatal y hemodinamia correctas, con la finalidad de prevenir la morbilidad y mortalidad derivada de una potencial lesión tisular hipóxicoisquémica.	Protocolo de recepción del recién nacido	Cualitativa	Ordinal	Normas antes del nacimiento
					Normas durante el nacimiento
					Normas después del nacimiento

8 Cronograma

#	ACTIVIDAD	2017															
		MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración y Presentación del Tema																
2	Formulación del Problema																
3	Aproximación al Problema																
4	Revisión Bibliográfica																
5	Marco Teórico																
6	Presentación del Anteproyecto al Tutor																
7	Recolección de Datos																
8	Procesamiento y análisis de datos																
9	Entrega del informe final																

9 Presupuesto

	ITEM	VALOR
1	Transporte y salida de campo	200
2	Materiales y suministros	190
3	Material bibliográfico y fotocopias	150
4	Varios e imprevistos	110
	VALOR TOTAL	650

10 Bibliografía

- Breilh, J., Granda, E., & Campaña, A. (2012). *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito: LILACS.
- INEC. (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales- Nacimientos y Defunciones*. Quito: INEC.
- Lucio, R., & Villacrés, N. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud pública México*, 53-60.
- UNICEF. (2015). Una Promesa Renovada. *Mortalidad Neonatal*, 13-16.

1 Anexos

Anexo N°1: Historia clínica perinatal.

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS												FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		ALEA BETA		ESTUDIOS				Lugar del control prenatal																		
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____												da mes año			blanca		si		ninguno primaria				Lugar del parto aborto																		
DOMICILIO: _____ TELEF. _____												EDAD (años)			indígena		no		secund. univers.				Lugar del parto aborto																		
LOCALIDAD: _____												< de 15 / > de 15			negra		si		años en el mayor nivel				N° identificación																		
FAMILIARES PERSONALES												OBSTETRICOS			gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR																
TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave												ULTIMO PREVILO			3 espont. anexo/MS		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1° sem.		muertos 1° sem.		EMBARAZO PLANEADO																
PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FUM, EMB, EG CONFIABLE												FUMACT, FUMAPS, DROGAS, ALCOHOL, V.D.			PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL		FRACASO METODO ANTICONCEP.																
CERVIX, GRUPO, Rh, Toxoplasmosis, Hb <20 sem, FOLICULOS, Hb ≥20 sem, 076 - Diag. y Tratamiento												SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento			SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento																
CONSULTAS ANTERIORES												CONSULTAS ANTERIORES			CONSULTAS ANTERIORES			CONSULTAS ANTERIORES			CONSULTAS ANTERIORES			CONSULTAS ANTERIORES																	
PARTO ABORTO												HOSPITALIZ. en EMBARAZO			CORTICOIDES ANTEPARTO			INDUC. OPER.			ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO			EDAD GEST. al parto			PRESENTACION SITUACION			TAMANO FETAL ACORDE			ACOMPANANTE								
NACIMIENTO												TERMINACION			INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION			ENFERMEDADES			HTA previa			HTA inducida			infecc. ovular			infecc. urinaria			HEMORRAGIA								
POSICION PARTO												DESGARROS			OCITOCICOS			PLACENTA			LIGADURA CORDON			MEDICACION			anest. local			anest. region.			anest. gen.			transfusión			diagn. especifico		
RECIEN NACIDO												P. CEFALICO			EDAD GESTACIONAL			PESO E.G.			APGAR			REANIMACION			FALLECE en LUGAR de PARTO			ATENCION PARTO			NEONATO			P. UTERINO					
DEFECTOS CONGENITOS												ENFERMEDADES			TAMIZAJE NEONATAL			EGRESO RN			EGRESO MATERNO			REFERIDO			REFERIDO			REFERIDO			REFERIDO								
EGRESO RN												EGRESO MATERNO			REFERIDO			REFERIDO			REFERIDO			REFERIDO			REFERIDO			REFERIDO											

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los percentiles (P10, P25 y P90) graficados.

Anexo N°2: Protocolo de recepción del recién nacido.

DESPUÉS DEL NACIMIENTO
8. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.
9. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.
10. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.
11. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
12. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.
13. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.
14. Manténgalo más abajo del periné materno.
15. Cubra al RN con un pañal limpio y caliente.
16. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir. <ul style="list-style-type: none"> • NO SE APRESURE. • NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL. • Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.
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. <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.
18. Traslade al RN al área dispuesta de la recepción.
19. Aplique el ABCDE :
A: Abrir vía aérea <ul style="list-style-type: none"> • 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.
B: Buscar la respiración <ul style="list-style-type: none"> • Respira o no.

C: Circulatorio. Evaluar:

- Frecuencia cardíaca (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, precordial).

D: Drogas:

- Administración de medicamentos y / o drogas a la madre 4 horas antes del parto.

E: Evaluación:

- Evaluar en forma general al paciente.
- Respuesta al estímulo.
- Tono.
- Postura.

20. Simultáneamente inicie los cuidados básicos de atención, PACES:**POSICIONAR:**

- Establezca una vía aérea permeable.
- Mediante la posición de “olfateo” (cabeza ligeramente extendida).
- 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.
- 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 mm Hg (136 cc H₂O).
- No rotar la cabeza del paciente.

CALENTAR:

- Suministre calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante).

ESTIMULAR Y SECAR:

- Con una manta caliente, frotando brazos, piernas, espalda y sobre todo la cabeza.

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”).

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 del RN y las acciones que se están llevando a cabo.

24. CUIDADOS DE OBSERVACIÓN

- Succionar las secreciones orofaríngeas 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.).

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.
- 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

26. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.

27. Lávese las manos minuciosamente.

28. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO

CONJUNTO.

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.

30. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en el Registro Civil.

Fuente: (Consejo nacional de Salud, 2008)

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Anexo N°3: Hoja de registro.

PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO	Ginecólogo	Residente	Interno medicina	Enfermera	Interno enfermería
NORMAS DESPUES DEL NACIMIENTO			SI	NO	NO AMERITA
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					
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 el ABCDE(Abrir vía aérea, Buscar la respiración, Circulación, Drogas, Evaluación)					
Inicio simultaneo de PACES (Posicionar, Aspirar, Calentar, Estimular, Secar) Evaluación posterior a la reanimación					
Valoración de Apgar al minuto y 5 minutos de vida del RN					
Información a la madre y familiar sobre condición del recién nacido					
Cuidados de observación					
Llenado de tarjeta de identificación neonatal					

Identificar al RN mediante una pulsera en la muñeca o tobillo izquierdo			
Tomar la huella plantar del recién nacido y del dedo pulgar de la madre			
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL	SI	NO	NO AMERITA
Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho			
Lavarse las manos minuciosamente			
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			

Autora: Geovanna Mishell Saca Jiménez

Anexo N° 9: Oficio.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Zamora, Día....., Mes....., Año.....

Dra. Ruth Siguenza
DIRECTORA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, Geovanna Mishell Saca Jiménez, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, solicito a usted muy comedidamente se me autorice el acceso a las áreas del servicio de ginecología y neonatología así como el acceso a historias clínicas, libro de registro de partos y base de datos de la institución mismas que me servirán para el desarrollo del Tema de tesis denominado **“MANEJO DEL PROTOCOLO DE RECEPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA”** el cual se llevará a cabo durante el mes de Junio del presente año.

Por la atención favorable que se sirva dar a la presente en base a su ilustrado criterio, y segura de contar con su aceptación le reitero mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

**Geovanna Mishell Saca Jiménez
1900458678**