

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN Managua

Instituto Politécnico de la salud

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería



Seminario de graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería con orientación en Obstetricia y Perinatología.

Tema: Atención al recién nacido.

Subtema: Atención de Enfermería brindada al recién nacido, Sala de Labor y Parto, Hospital San José – Diriamba – Carazo, I – II Semestre 2015.

Autores:

Bra: Jessica Yvette de la Rocha Rizo.

Bra: Gabriela Priscila Fernández Flores.

Bra: Ana María Brenes Pérez.

Tutora: Msc: Ivette Pérez Guerrero.

Enero, 2016

ÍNDICE

AGARDECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AVAL.....	ii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. ANTECEDENTES.....	3
IV. PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
VI. OBJETIVOS.....	6
VII.DISEÑO METODOLÓGICO.....	7
1.Tipo de estudio.....	8
2. Área de estudio.....	10
3. Universo.....	10
4. Criterio de inclusión.....	10
5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	11
6. Métodos de recolección de la información.....	12
7. Prueba de jueces y pilotaje.....	13
8.Procesamiento y análisis de la información.....	14
9. Triangulación.....	14-15
10. Consentimiento informado.....	15
11. Variables en estudio.....	16
VIII.Operacionalización de variables.....	17
Operacionalización de variables.....	18-21
IX. Desarrollo del subtema.....	22
1 Características laborales del personal de enfermería.....	23-24
2. Cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la atención inmediata.....	24-33
3. cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la atención mediata.....	33-45

4-Ayudando a bebés a respirar.....	45-55
5. Medidas de prevención de infecciones.....	55-58
X. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	59-76
XI. CONCLUSIÓN.....	77
XII RECOMENDACIONES.....	77-8
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	79-81.
XIV. ANEXOS.....	82

AGRADECIMIENTO

Con todo nuestro esmero y esfuerzo queremos agradecer infinitamente al Dios Eterno que nos ha permitido culminar la carrera universitaria, que ha sido fruto de nuestro empeño durante su desarrollo, también cabe destacar el agradecimiento hacia nuestros padres, esposo e hijos que si bien han sido la fuente de inspiración para continuar bajo este legado tan sublime como lo es el estudio.

A nuestros mentores que han demostrado toda su capacidad e intelecto, siempre tan atentos y comprensivos durante estos 5 años que hemos compartido juntos.

“Las cosas Buenas no se hacen para que los demás las noten...Sino porque así deben de ser”

Jessica Ivette De la Rocha Rizo.

Gabriela Priscila Fernández Flores.

Ana María Brenes Pérez.

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por su infinito Amor y compañía durante este largo camino en nuestros estudios, por sus Bendiciones.

A nuestros Padres porque nos han servido de gran apoyo en medio de nuestras dificultades.

Esposo e hijos, siempre diligentes e inspiradores en cada momento de la vida.

Nuestros Docentes que con todo su intelecto y dedicación nos motivaron a seguir bajo la senda de la excelencia a través de la disciplina y el estudio previo de cada lección impartida.

“El éxito en la vida no se mide por lo que has logrado, sino por los obstáculos que has tenido que enfrentar en el camino”

Jessica Yvette De la Rocha Rizo.

Gabriela Priscila Fernández Flores.

Ana María Brenes Pérez.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD

LUIS FELIPE MONCADA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AVAL PARA ENTREGA DE EJEMPLARES DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Considerando que se han integrado las recomendaciones emitidas por el Honorable Jurado Calificador en la presentación y defensa de Seminario de Graduación. Se extiende el presente AVAL, que les acredita para la entrega de los 3 ejemplares finales empastados al Departamento de Enfermería.

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA

Tema: Atención al recién nacido

Subtema: Atención de Enfermería brindada al recién nacido, Sala de Labor y Parto, Hospital San José – Diriamba – Carazo, I – II Semestre 2015.

Autores: Bra. Jessica Yvette de la Rocha Rizo
Bra. Gabriela Priscila Fernández Flores
Bra. Ana María Brenes Pérez

Tutora: Msc. Ivette Pérez Guerrero

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 15 días del mes de febrero del 2016.

Msc. Ivette Pérez Guerrero

Tutora de Seminario de Graduación

RESUMEN

TEMA: Atención de Enfermería brindada al recién nacido, Sala de labor y parto Hospital San José Diriamba-Carazo I Semestre 2015.

Según la OMS, (2000) Todo personal de salud garantizará la atención adecuada y completa a todo recién nacido, de acuerdo a cada una de sus necesidades, priorizando su estado completo de salud por lo tanto cada personal de atención debe de cumplir estrictamente con las técnicas necesarias y tener el conocimiento adecuado. La presente investigación se realizó en el Hospital San José Diriamba-Carazo en la Sala de labor y parto, al personal de enfermería que brinda los cuidados al recién nacido, tiene un tipo de estudio prospectivo, de corte transversal, descriptivo, cuantitativo, contiene universo, utilizando los instrumentos para la recopilación de la información, guía de observación y revisión del expediente clínico. Se concluyó que en la sala de labor y parto se brindó la atención de enfermería al recién nacido, encontrándose en el análisis de los resultados un 100% de la antigüedad laboral se encuentran las enfermeras materno infantil y ciencias de la enfermería. En los cuidados de la atención inmediatas encontrándose en un 100% el secado, valoración Apgar y pinzamiento del cordón, por lo tanto en la atención mediata se cumplieron su mayoría en un 100% de igual manera en la atención ayudando a bebés a respirar se cumplió en un 100% excepto el lavado de mano en un 78% y en la medida de prevención de infecciones se cumplieron un 100% excepto un recién nacido por cuna en un 96%. Por lo tanto se recomienda a las autoridades de la institución que se brinden capacitaciones, monitoreo al personal de enfermería sobre la atención al recién nacido de igual manera recomendar que se registren en el expediente clínico de manera correcta con cual se evidenciará el trabajo realizado.

Autoras:

Jessica Yvette de la Rocha Rizo.

Gabriela Priscila Fernández Flores.

Ana María Brenes Pérez.

I. INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2000, representantes de organismos internacionales de Washington, discutieron la situación de la atención de la salud de los recién nacidos en todo el mundo y coincidieron en que se vienen realizando programas de supervivencia infantil durante 30 años y programas de maternidad sin riesgos durante otros años, la salud del recién nacido no encaja ni en uno ni en otro grupo y con frecuencia no se tiene en consideración en las políticas y programas. El objetivo de estas es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del recién nacido desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida postnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas, rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia medica actuales mejorando la calidad asistencial y la seguridad del recién nacido.

Según la OMS, (2005) Nicaragua, ha logrado reducir un 50% las tasas de mortalidad del menor de Cinco años en el período 1990 – 2006 (tasa 72 x 1000 nacidos vivos a 35 x 1000 nacidos vivos), La mayoría de las muertes neonatales son evitables llevando a cabo intervenciones eficaces y basadas en evidencias para la atención de los recién nacidos.

La presente investigación se realizó en la Sala de labor y parto, en el Hospital San José del Departamento de Carazo Municipio de Diriamba con el personal de Enfermería que labora en la sala. La investigación permitió evaluar la atención de Enfermería brindada al recién nacido de manera inmediata y mediata, ayudando a bebé a respirar y prevención de infecciones.

II. JUSTIFICACIÓN

Los cuidados del recién nacido deben ser complementarios debido a que son muy delicados y pueden presentar una complicación fácilmente, se deberán cumplir estrictamente con las normas y brindar una adecuada atención, teniendo un apropiado manejo de las actividades evitará un posible daño y de esta manera se reduce la muerte neonatal.

Esta investigación es importante porque permitirá evaluar la atención de Enfermería brindada al recién nacido en la sala de Labor y Parto, siendo de prioridad para el servicio hospitalario porque son vulnerables a presentar complicaciones, será de gran utilidad para el personal de Enfermería porque contribuirá a reforzar conocimientos y poder detectar las debilidades acerca de la atención del recién nacido para poder fortalecer la calidad del cuidado y contribuir a disminuir la mortalidad neonatal.

La investigación se realizó sobre la atención que brinda el personal de Enfermería al recién nacido, aplicando los instrumentos como la guía de observación y la revisión del expediente clínico. Permitirá a las investigadoras ampliar sus conocimientos sobre el tema de investigación y así obtener un mejor desempeño al brindar una atención integral al recién nacido, aplicando los conocimientos adquiridos.

Para la realización de la presente investigación servirá de referente al analizar la problemática en la atención que brinda el personal de Enfermería al recién nacido que se da a nivel institucional.

III. ANTECEDENTES

Según la OMS, (2002) Se estima que una de las acciones principales que debe realizar el personal de Enfermería es la atención inmediata y mediata al recién nacido aplicando las normas de atención correctamente, ya que es una de las principales causas de mortalidad. En los países menos desarrollados se dan con mayor incidencia.

A nivel internacional, en Botucatu, Brasil, estudio realizado, evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) reflejan que la mayoría de recién nacidos, nacen en una unidad hospitalaria de nivel secundario (52,0%), de término (77,0%) y parto vaginal (61,0%). Al nacer, 31,6% tienen bajo peso y 92,0% reciben índice de Apgar igual o superior a siete en el quinto minuto de vida.

Nicaragua como parte de América latina con bajo crecimiento económico sigue siendo un problema infortunado, las complicaciones neonatales se ha presentado con frecuencia, ya que el Ministerio de Salud ha luchado con implementar nuevas técnicas para disminuir las muertes neonatales, ya que la tasa más elevada se ha presentado en los países más pobres.

La atención de Enfermería deberá ser brindada de manera especializada en cada unidad de salud priorizando aquellos recién nacidos que están en riesgo de sufrir una complicación, de manera que cada personal deberá de estar capacitado al presentarse cualquier suceso para contribuir a salvar vidas. En el Hospital San José del municipio de Diriamba en la sala de labor y parto no se ha realizado ninguna investigación acerca de los cuidados que brinda el personal de Enfermería en la atención del recién nacido.

A nivel nacional se buscó información sobre estudios enfocados en la atención al recién nacido, el cual no se encontró ningún estudio realizado con dicho tema, por lo tanto es el primer estudio que se realizó en el Hospital, San José – Diriamba – Carazo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS (2002), Una de las principales causas de muertes se encuentra en los recién nacidos por complicaciones que presenta la madre y son secuelas para el mismo, de esta manera se ha estado implementando nuevas técnicas para ir reduciendo la mortalidad. La gran mayoría de los fallecimientos por complicaciones que se presentan es la gran causa de muerte de los recién nacidos, se producen con mayor frecuencia en países sub desarrollados, comúnmente existen grandes problemáticas que comprometen la vida del recién nacido.

Se decidió realizar dicho estudio en el Hospital San José de Diriamba-Carazo, se procedió a visitar a la directora, solicitando el permiso y dándole a conocer el tema, de manera inmediata nos autorizó el permiso expresando que el tema es de mucha importancia ya que no se estaba supervisando al personal del área de labor y parto si brindaban de manera correcta la atención al recién nacido.

Implementamos técnicas para evaluar el cuidado de Enfermería en la atención del recién nacido en el Sala de labor y parto, de esta manera se tomaron consideraciones necesarias para establecer la realización de la misma, siendo de gran importancia evaluar el manejo que realiza el personal de Enfermería en la atención brindada al recién nacido

Desde ahí es donde se surgirán las interrogantes. ¿Cómo se efectúa la atención que brinda el personal de Enfermería al recién nacido en la sala de labor y parto en el Hospital San José Diriamba-Carazo?

V. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles serían las características Socio-Laboral que tiene el personal de Enfermería que brinda los cuidados al recién nacido?
2. ¿Cuáles serán los cuidados de Enfermería brindados al recién nacido en la atención inmediata?
3. ¿Cuáles serán los cuidados de Enfermería brindados al recién nacido en la atención mediata?
4. ¿Cuál sería la atención de Enfermería en ayudar a los bebés a respirar?
5. ¿Cuáles serían las medidas de prevención de infecciones utilizados en el recién nacido por el personal de Enfermería?

VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la atención de Enfermería brindada al recién nacido, sala de Labor y Parto.
Hospital San José – Diriamba – Carazo I Semestre 2015.

Objetivo Específicos:

1. Caracterizar en el aspecto Socio-Laboral al personal de Enfermería que brinda los cuidados al recién nacido.
2. Identificar los cuidados de Enfermería brindada al recién nacido en la atención inmediata.
3. Identificar los cuidados de Enfermería brindada al recién nacido en la atención mediata.
4. Determinar la atención de Enfermería ayudando a los bebés a respirar.
5. Determinar las medidas de prevención de infecciones utilizadas en el recién nacido por el personal de Enfermería.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

Según Hernández, Fernández & Baptista (1997) Se define preliminarmente desde la etapa de identificación y formulación del problema; cada etapa del proceso de investigación provee de elementos que sirven para su selección definitiva.

Se realizó según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información. La primera etapa de esta investigación se realizó formulando un tema, se acudió al centro Hospitalario San José Diriamba-Carazo para identificar el problema en el área de labor y parto en la atención al recién nacido, planteándose objetivos y variables en estudios que le den la salida al problema de la investigación.

1.1 Investigación de Corte transversal

Es cuando se estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos. Reyes, (2010).

Es de corte transversal ya que se realizó en un determinado tiempo en el cual se estudiaron las variables y los objetivos en estudio.

El tiempo que se realizó la investigación fue en un plazo iniciando desde el mes de Marzo y finalizando en Noviembre 2015.

1.2 Investigación descriptiva

De acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (1997) Es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

En esta investigación se observó evaluando cada una de las actividades que el personal realizó en la atención brindada al recién nacido, describiendo cada uno de los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de observación y la revisión documental por lo tanto se observó detenidamente al personal de enfermería que labora en la sala de labor y parto los cuidados brindados al recién nacido, lo cual en su mayoría se brindó de forma satisfactoria según normas y protocolo.

1.3. Prospectivos

Según Reyes, (2010) Se registran la información según van ocurriendo los fenómenos.

En el caso de la presente investigación en el área de labor y parto del Hospital San José Diriamba se recogió la información en el tiempo que se fueron dando los hechos, evaluando de manera presente al personal de Enfermería. Para observar si el personal cumple con la atención correcta al recién nacido.

1.4 Investigación Cuantitativa

Según Mortis, Rosas, & Chaires (2010) Se basa en un tipo de pensamiento que va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Además, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Esta investigación se realizó de manera cuantitativa porque permitió examinar los datos de manera numérica, y trabajar las variables mediante datos estadísticos que se obtendrán a través de los datos obtenidos procesando la información en Microsoft Excel.

2. Área de estudio

El Hospital San José fue fundado en 1995 por la congregación Hermanas Josefinas de la Ciudad de México, primer Hospital de Carazo, ubicado del reloj público 2 cuabras al oeste 5 cuabras al sur fue reconocido por el gobierno como un Hospital mixto, tiene un total de 53 camas censables brinda atención en las áreas asistenciales básicas: cirugía general, ginecología, obstetricia, pediatría, medicina interna, cardiología, cirugía plástica, anestesiología y epidemiología. Además cuenta con especialidad en psiquiatría y oftalmología. Atiende una población aproximada de 7396, cuenta con 142 trabajadores.

El área de labor y parto cuenta con dos expulsivo, dos salas de trabajo de parto, de igual manera de recuperación, cada sala con cinco camas un baño para el paciente un baño para el personal y cuarto de cambio.

3. Universo

Fayol & Camel, (2010) Es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. Se define como la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada.

Se utilizó todo el universo por que la cantidad del personal de enfermería es pequeña por lo tanto no es necesario seleccionar una muestra, se realizó el estudio en la sala de labor y parto que cumplen con los criterios de inclusión, contando con la cantidad de 9 enfermeras, teniendo el consentimiento y dispuesta a participar en la investigación.

4. Criterio de inclusión

Según Fayol & Camel, (2002) Son aquellos criterios o condiciones en el cual cumplan con los parámetros de atención para la realización de dicho estudio.

1. Que el personal de enfermería acepte participar en el estudio.

2. Que el personal de enfermería trabaje en el área de labor y parto.

5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Según Denzi (1997) El método representa la estrategia concreta e integral de trabajo para el análisis de un problema o cuestión coherente con la definición teórica del mismo o con los objetivos de la investigación.

Técnicas: Según Davini & Col, (1997) Se entiende como el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación.

La técnica que se implementó en el estudio es una guía de observación y una guía de revisión de expediente, haciendo énfasis en la atención inmediata, mediata, Ayudando a los bebés a respirar y prevención de infecciones.

Instrumentos: Según Davini & Col, (1997) Es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información: entre estos se encuentran los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opinión y de actitudes, las listas u hojas de control, entre otros. Consiste en una guía de revisión documental y una guía de observación lo cual está conformada con una tabla donde se implementaron las técnicas en la atención al recién nacido, evaluándose como: completo, incompleto y no lo hizo.

Dentro de la guía de observación y revisión documental se evaluó los cuidados inmediatos, mediatos, ayudando a los bebés a respirar y las medidas de prevención de infecciones, dentro de los cuidados inmediatos se valoró la aspiración de vías aéreas, secado, estimulación, proporcionar calor, puesta de gorro, valoración Apgar, pinzamiento del

Cordón, en cuanto a los mediatos, preparación de la cuna, aplicación de vitamina K, limpieza de muñón umbilical, temperatura rectal y medidas antropométricas.

Por lo tanto en ayudando a los bebés a respirar encontramos, pasos iniciales de estabilización, ventilación por bolsa y máscara, aspiración por meconio, en cuanto a las medidas de prevención de infecciones, utilizar asepsia y antisepsia en cada atención del recién nacido, distancia de la cuna a un metro y lavado de manos valorándose con los acápites, completo, incompleto y no lo hizo en la guía de observaciones y en la revisión documental, lo hizo y no lo hizo, realizándose tres veces la evaluación a cada personal.

6. Métodos de recolección de la información

Se acudió al hospital explicándole primeramente a la jefa de enfermería en qué consistía cada instrumento y pidiéndole la autorización para ejecutarlo, se le explicó a cada personal de enfermería en qué consistía el llenado, se nos autorizó el permiso y se procedió a marcar con una X cada una de las actividades a realizar.

Revisión documental

Aries, (2000) Depende fundamentalmente de la información que se recoge o consulta de documento, entendiéndose este término en sentido amplio como toda materia, de índoles permanentes es decir que se puede acudir como fuentes o referencia en cualquier momento o lugar.

Se recolectó la información mediante la revisión del expediente clínico, para verificar si los cuidados observados se encuentran plasmados en el expediente clínico.

Observación

Canales Pineda y Alvarado, (1998) Plantea que la observación directa es una técnica útil tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa. En esta última, sin embargo, la técnica requiere de periodos prolongados y de personal altamente calificados en las técnicas en el fenómeno observado

Se observó detenidamente al personal de Enfermería, donde se marcará con una "X" cada acción que el personal realizó a través de una guía. Para evaluar si cumplen con la atención adecuada al recién nacido, realizándose un análisis de la información recolectada.

7. Pruebas de jueces y pilotaje

Jueces

La validación del instrumento fueron sometidos a consideración de expertos en el tema, quienes después de revisar la metodología, diseño y contenido, expresaron sus consideraciones en la presentación y adecuación interna respecto a los objetivos de la investigación. Para estos fueron seleccionados 3 expertos de las UNAN- MANAGUA del Departamento de Enfermería, se les informó con anticipación para valorar la elaboración, redacción y análisis del trabajo y realizar las debidas correcciones.

En la validación de instrumentos los expertos nos expresaron que el tema de investigación es de suma importancia y es interesante realizar el estudio, los instrumentos tienen buena estructura en su mayoría, por lo tanto un juez no hizo ninguna observación, sin embargo los otros dos jueces nos hicieron observaciones como, definir la estructura de los instrumentos en cuanto a los ítems 1, 2, 3 y de igual manera reforzar cada uno de los conceptos del diseño metodológico.

Pilotaje

Según Hernández, & Col (2006) Plantea que la prueba piloto consiste en administrar el instrumento a personas con característica de la muestra objeto de investigación, pero que se somete a prueba no solo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados.

La validación de los instrumentos se realizó a través de una prueba piloto la cual se aplicó a

3 recursos con características semejantes en el Hospital Regional Santiago Jinotepe-Carazo, lo cual nos sugirieron explicar el significado del 1, 2, 3 porque no es entendido en su totalidad, en cuanto a los cuidados, están bien estructurado.

8. Procesamiento y análisis de la información.

Plan de análisis y tabulación

Según Hernández Fernández & Baptista, (2003) El plan de análisis es un aspecto muy importante es lo que determinará si se da respuesta a la hipótesis o a la pregunta de la investigación. Afirma que significa exponer el plan que se deberá seguir para el tratamiento estadístico de los datos; en general consiste en describir cómo será tratada la información.

La información se hizo computarizada se procesó usando el programa Microsoft Excel (2013), que es una hoja de cálculos que permite definir la apariencia (las fuentes, atributos de carácter y celdas). Tiene una amplia capacidad gráfica y permite analizar listados usados en combinación de correspondencia. Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos. Se ubicará cada una de las de las variables con sus respectivos nombres procesándose con frecuencia y porcentaje, se obtendrán gráficos de barra y pastel con los resultados obtenidos.

9. Triangulación

Según Denzin, (2005) Es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular. Existen distintos tipos de Triangulación. Define la triangulación como la combinación de múltiples métodos en un estudio de mismo objeto o evento para abordar mejor los fenómenos que se investigan.

Triangulación metodológica

Según Denzi, (1997) Es la combinación de dos o más instrumentos llamados recolectadores de datos, con asimilares aproximaciones en un mismo estudio de investigación, se utilizan para medir una misma variable, Se pueden utilizar en conjunto tanto cuantitativo como cualitativo.

Se utilizó este tipo de triangulación ya que se aplicó dos tipos de instrumentos para realizar un análisis general de la investigación, por lo tanto se aplicó una guía de observación y una guía de revisión documental para evaluar si el personal cumple correctamente la atención brindada al recién nacido. Se recolectó la información de ambos instrumentos y de los resultados obtenidos se realizó un solo análisis.

10. Consentimiento informado

Institucional

Consiste en la petición de autorización por parte de las Instituciones para realizar el trabajo investigativo. Dicha petición se realizó mediante una carta formal que fue dirigida del Instituto Politécnico de la salud Luis Felipe Moncada, al SILAIS- Carazo, y ésta se dirigió a la Directora del Hospital San José Diriamba- Carazo, con copia para el jefe (a) de Enfermería del Hospital, la responsable de docencia y la jefa del servicio de labor y parto para que se nos brinde apoyo en la realización del trabajo investigativo.

Personal de salud

A las enfermeras del área de labor y parto se les dio a conocer el tema objetivo y que es una participación voluntaria libre de cualquier compromiso legal y aseguraremos su confidencialidad. Se pidió autorización a cada enfermera para poder obtener datos importante e indispensable para este estudio, de manera que ella desee participar para enriquecer de nuevos conocimientos a los futuros estudiantes y retroalimentarse ellas mismas.

11. Variables en estudio

1. Características Socio – Laboral que tiene el personal de Enfermería que brinda cuidados al recién nacido.
2. Cuidados de Enfermería brindados al recién nacido en la atención inmediata.
3. Cuidados de Enfermería brindados al recién nacido en la atención mediata.
4. Atención de Enfermería en ayudando a los bebés a respirar.
5. Medidas de prevención de infecciones utilizados en el recién nacido por el Personal de Enfermería.

VIII. Operacionalización de variables

Operacionalización de variables

VARIABLE	SUB VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Característica Laboral del personal de Enfermería.	-Laboral.	Antigüedad / Años de laborar.	0-10 11-25 Mayor de 25.
		Nivel profesional	- Auxiliar de enfermería -Enfermera Profesional. -Enfermera Obstetra. -Enfermera Materno. -Enfermera Salud Pública. -Enfermera paciente Crítico. -Otras Especialidades.

VARIABLE	SUB VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Cuidados de Enfermería en la atención inmediata.	Aspiración de vías aéreas.	Inmediatamente, Utilizar pera succionando secreciones de la nariz y Carrillos.	-Completo. -Incompleto. -Lo hizo -No lo hizo.
	Secado.	- Al momento de nacer, inmediatamente se seca completamente iniciando de la cabeza, tronco, extremidades, excepto las manos.	
	Realizar estimulación.	Estimular al bebe frotando de manera circular nuestras manos sobre la espalda para motivarlo a realizar el llanto.	
	Proporcionar calor.	Al momento de nacer con un campo precalentado, realizar apego precoz piel con piel sobre la madre.	

VARIABLE	SUB VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Cuidados de Enfermería atención inmediata.	Puesta del gorro.	Se le coloca inmediatamente después del secado para evitar pérdida de calor.	-Completo.
	Valoración Apgar	Valorar FC, Esfuerzo respiratorio, Tono, Irritabilidad refleja, Coloración.	-Incompleto. -Lo hizo -No lo hizo.
	Pinzamiento del cordón.	Tomar FC y luego esperar que el cordón deje de latir máximo 3 minutos, Pinzar y cortar.	
Cuidados Enfermería atención Mediata.	Preparación de la cuna.	Preparar con anticipación la cuna térmica para lograr calentamiento de la misma antes que nazca el bebé.	
	Aplicación de Vitamina K.	Preparar 10 Unds de Vit k administrar en el muslo anterior tercio medio.	-Completo. -Incompleto.
	Profilaxis Oftálmica.	Se aplican en ambos ojos dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o ungüento en el ángulo interno del parpado interior.	-Lo hizo -Incompleto.

VARIABLE	SUB VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Cuidados de Enfermería en la atención Mediata.	Limpieza del muñón Umbilical.	El cordón se limpia con agua estéril y jabón antiséptico. Se debe dejar al descubierto, para que se seque al aire libre.	
	Temperatura rectal.	Posicionar al bebé en decúbito lateral, introducir el termómetro aproximadamente 1cm, esperar 1 minuto o a que se dé la marcación exacta.	-Completo. -Incompleto.
	Medidas antropométricas	Perímetro cefálico. Se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo perímetro frontooccipital. La cinta es ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo. Perímetro braquial. Mantener el brazo en posición horizontal, se realiza la medición rodeando el contorno del brazo, sin ejercer presión, La lectura debe realizarse en la parte externa del brazo. Perímetro Torácico. La cinta debe ser colocada justo donde se ubican los botones mamarios del recién nacido y debe quedar en plano perpendicular al tronco del cuerpo.	-Lo hizo -No lo hizo.
VARIABLE	SUB VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Cuidados de Enfermería en la atención Mediata.	Medidas antropométricas.	Durante la medición, el recién nacido debe de estar erecto y con los brazos a los costados. La lectura de la medición debe realizarse en la parte frontal del pecho. Perímetro abdominal. Se desliza la cinta a nivel del ombligo sin ejercer presión, la lectura se toma de manera inmediata. Longitud. Se toma con centímetro y punto de inicio la fontanela deslizándolo con precisión hasta llegar al talón, de esta manera se retomará el dato obtenido.	-Completo. -Incompleto. -Lo hizo -No lo hizo.
Atención de Enfermería en ayudando a los bebés a respirar.	Pasos iniciales de estabilización.	Se coloca al bebé en una fuente de calor radiante, se seca al con una sábana precalentada en posición decúbito dorsal, posicionar la cabeza con el cuello ligeramente extendido, aspirar suavemente boca y luego nariz, se estimula la espalda suavemente realizándose como máximo 2 veces, luego re posicionar	-Completo. -Incompleto. -Lo hizo -No lo hizo.

Operacionalización de variables

VARIABLE	SUB VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Atención Enfermería ayudando a los bebés respirar.	Ventilación por bolsa de máscara.	Posición de olfateo, utilizando una máscara del tamaño adecuado, colocar la mano izquierda sobre la máscara en forma de C. con los dedos anular y meñique ubicados sobre la rama mandibular ejerciendo presión, cubriendo nariz, boca y mentón, presionando suavemente la bolsa para producir movimiento del pecho, Se realiza para lograr una respuesta positiva.	-Completo. -Incompleto. -Lo hizo -No lo hizo.
Medidas de prevención de infecciones.	Utilizar asepsia y antisepsia en cada atención del recién nacido.	Se debe realizar lavado de manos constantemente, uso correcto de guantes, utilizar equipos estériles, cambio de guantes en cada procedimiento y en la atención de cada recién nacido. De igual manera se deberá realizar lavado de manos.	-Completo. -Incompleto. -Lo hizo. -No lo hizo.
Medidas de prevención de infecciones.	Distancia de la cuna a 1 metro.	Cada cuna deberá estar a distancia, se coloca cada bebé según patología.	-Completo.
	Lavado de manos.	Realizar lavado de mano antes y después de cada procedimiento con uso de jabón neutro, frotando las manos de forma circular, espacios entre los dedos, uñas y yemas. Enjuagar con abundante agua, secar con toallas descartables.	-Incompleto. -Lo hizo. -No lo hizo.

IX. Desarrollo del subtema

1 Características laborales del personal de enfermería

1.1 Laborales.

Roger, (2009) desarrolló un rol protagónico en la orientación de las características laborales ellos se aproximaron a determinar cómo puede estructurarse el trabajo para que los individuos estén incesablemente e intrínsecamente motivados. La motivación que produce del interior de la persona, la motivación denominada interna, se genera cuando el sujeto está sumamente seducido con su responsabilidad por su trabajo, debido a la emociones, estremecimiento y sentimientos internos, auténticos, positivos, que se forjan por hacer las cosas bien, más que vivir en cuenta de los factores externos, como lo puede constituir los aplausos, elogios, el dinero o el sobre sueldo.

1.2 Antigüedad laboral.

Según Roger (2009) La antigüedad se refiere al plazo de tiempo en el empleo o servicios. Por ejemplo, un empleado que ha estado con la empresa durante 20 años tiene más antigüedad que aquel que trabajo para la compañía solo 3 años. La antigüedad laboral representa el tiempo en que un trabajador prestar servicios personales y subordinados a un patrón.

Es un factor para la delegación de asignaciones de trabajo, como el entrenamiento de nuevos empleados o ser designados como líder de equipo. Los empleados de largo plazo probablemente estarán más familiarizados con la compañía y sus procedimientos. Esto es una ayuda tremenda para el departamento de recursos humanos y los supervisores de departamento. Este principio de antigüedad sugiere que los empleados con mayor antigüedad tienen niveles de competencia que los nuevos no tienen. Ellos conocen los procesos de rutina así como también las expectativas de la compañía y las reglas implícitas (Mayhew).

1.3 Nivel profesional

Es el conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formulación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral. Los profesionales que actúan en el sistema de salud son los responsables

de la deficiencia del mismo o sea su capacidad de intervención es directamente proporcional a la calidad de su formación y/o capacitación para desarrollar en los servicios de salud. Además de ser también prestador de cuidado comparte junto con los otros profesionales la responsabilidad funcional de los servicios a nivel asistencial, educativo y administrativo, siendo a veces un articulador del equipo.

2. Cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la atención inmediata.

Cuidados inmediatos: Son aquellos que se realizan inmediatamente al nacer en los primeros cinco minutos.

Según USAID (2012) Al momento del nacimiento de un bebé se deben de tener una serie de cuidados inmediatos y mediatos en el recién nacido; también se debe realizar una serie de valoraciones para ver el estado de salud. La atención del recién nacido está representada en el conjunto de las actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a los recién nacidos en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar del recién nacido momento clave denominado minuto de oro, todas estas acciones son vitales que salvan vidas y que se pueden realizar en ese primer minuto.

2.1 Aspiración:

Según OMS (2003) el objetivo de limpiar las vías aéreas oportunamente es para evitar dificultad respiratoria y la asfixia. Razón por la cual se debe despejar las vías respiratorias estrictamente en cuanto nace el recién nacido. Es importante verificar que las vías estén bien despejadas es conveniente revisar la boca, nariz y si hay secreciones aspirar para lograr que la ventilación sea efectiva si se va a realizar dicho procedimiento.

La placenta de la madre le ayuda al recién nacido a "respirar" mientras está creciendo en el útero. El oxígeno y el dióxido de carbono fluyen a través de la sangre en la placenta. La mayor parte de la sangre va al corazón y fluye a través del cuerpo del recién nacido.

En el nacimiento, los pulmones del recién nacido están llenos de líquido amniótico y no están inflados. El recién nacido toma la primera respiración al cabo de aproximadamente 10 segundos después del parto. Esto suena como un jadeo, a medida que el sistema nervioso central del recién nacido reacciona al cambio súbito en la temperatura y en el medio ambiente.

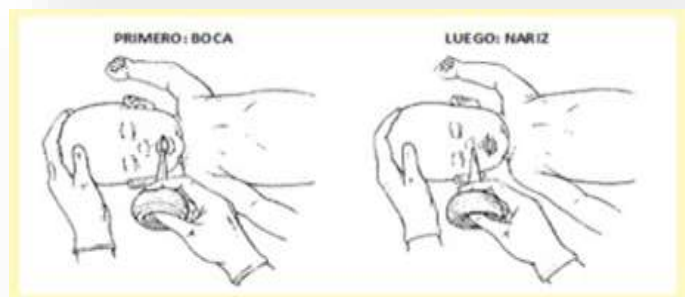
Una vez que el recién nacido toma la primera respiración, muchos cambios ocurren en sus pulmones y aparato circulatorio:

- ❖ El aumento de oxígeno en los pulmones causa una disminución en la resistencia del flujo de sangre a los pulmones.
- ❖ La resistencia del flujo de sangre de los vasos sanguíneos del recién nacido también aumenta.
- ❖ El líquido amniótico drena o es absorbido desde el aparato respiratorio.
- ❖ Los pulmones se inflan y empiezan a trabajar por sí solos, llevando oxígeno al torrente sanguíneo y eliminando el dióxido de carbono a través de la exhalación.

En el momento que respira por primera vez, el aire penetra en las vías respiratorias de los pulmones. Antes del nacimiento, los pulmones no se utilizan para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono y necesitan un menor abastecimiento de sangre. Si el recién nacido presenta secreciones abundantes que salen de la boca, se le gira la cabeza hacia un lado. Esto permitirá que se acumulen las secreciones en la mejilla, de donde se pueden remover más fácilmente.

Aspirar la boca y luego la nariz, si es necesario, cuando use pera de goma,

apriete el bulbo antes de insertar la punta en la boca o la nariz y suelte antes de retirarlo. Parar de succionar cuando ya no hay secreciones, aunque el recién nacido no esté respirando. Al succionar demasiado tiempo y fuerte, vigorosamente o introducir muy profundamente la pera, puede causar lesiones la estimulación de la faringe posterior durante los primeros minutos



después del nacimiento podría generar una respuesta vagal y causar bradicardia fetal severa o apnea.

2.2 Secado:

Según OMS, (2003) Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación.

Valores normales de temperatura en el recién nacido a término

Temperatura corporal central normal: Se considera a la temperatura axilar y rectal. El valor normal es de 36,5 - 37,5 °C

❖ Temperatura de piel: Se considera a la temperatura abdominal. El valor normal es de 36,0 - 36,5 °C). Academia Americana de Pediatría (AAP).

La hipotermia se puede clasificar de acuerdo a su severidad.

❖ Hipotermia leve: Temperatura corporal → 36 - 36,4 ° C.

Temperatura de piel → 35,5 - 35,9 ° C

❖ Hipotermia moderada: Temperatura corporal → 32 - 35,9 ° C.

Temperatura de piel → 31,5 - 35,4 ° C

❖ Hipotermia grave: Temperatura corporal de < 32 ° C.

Temperatura de piel < 31,5 ° C

La producción de calor en el recién nacido tiene dos componentes. El primero es la “termogénesis no termorreguladora”, que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la acción térmica de los alimentos.



Utilizando un campo limpio y si es posible precalentado iniciando desde la cabeza, los brazos, piernas, hasta los pies, retirar el campo húmedo y colocar el gorro en la cabeza, para evitar la pérdida de calor. Se debe colocar otro campo limpio, seco, precalentado y continuar secándolo. El recién nacido mojado se puede enfriar fácilmente y puede presentar dificultad para respirar. No quitar el vernix caseoso que protege la piel del recién nacido.

2.3 Estimulación:

En la estimulación el secado y la succión producen suficiente estímulo para inducir una respiración efectiva en la mayoría de los neonatos. Dos métodos inocuos adicionales para dar estimulación táctil son: palmotear o frotar las plantas de los pies, frotar el dorso. Debe evitarse cualquier otro método de estimulación más vigoroso. Si la respiración espontánea y efectiva no es establecida después de un breve período (10 a 15 segundos) de estimulación, se requerirá de ventilación con presión positiva.

Si aún el recién nacido todavía no responde. Suavemente frote la espalda una o dos veces si el recién nacido no responde antes se hará la estimulación táctil no pierda más tiempo es posible que el recién nacido apnea persistente y la acción correcta es ventilar con bolsas y máscaras. Existen algunas formas de estimulación que pueden ser dañinas para los recién nacidos y no deben realizarse:

- ❖ Palmadas en la espalda o glúteos.
- ❖ Apretar ambos costados.
- ❖ Forzar los muslos sobre el abdomen.
- ❖ Dilatar el ano.
- ❖ Usar agua caliente o fría.
- ❖ Sacudir o sostener al recién nacido cabeza abajo.

Frotar la espalda suavemente para estimular la respiración táctil, las maniobras aceptadas para estimular al recién nacido frotar la espalda una o dos veces gentilmente de



arriba hacia abajo y golpes en las plantas de los pies del recién nacido. Si se estimula el llanto del recién nacido por medio de masajes y caricias, se ayuda a que el fluido suba para que luego pueda ser succionado por la nariz o la boca.

2.4 Apego precoz: El apego no es ni más ni menos que la conducta instintiva que tenemos los humanos para formar un vínculo de amor, de protección con el recién nacido. El vínculo inmediato madre-hijo contribuye de forma muy positiva en su futuro desarrollo. El apego materno es aquel que se genera luego del parto y que permite garantizar un desarrollo emocional adecuado del recién nacido. Es relevante porque marca su relación con los afectos durante toda la vida.

Al nacer, no sólo necesitan una buena atención médica, sino que también requieren del afecto y contacto necesario con su madre desde el primer momento.

En simples palabras, la importancia del apego radica en cuánto amor recibe el recién nacido durante sus primeros dos años de vida, tiempo en que se desarrolla su seguridad emocional.



Según la (OMS/ UNICEF 2003) La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en el recién nacido, entre más pronto sea el apego precoz se logra una lactancia exitosa y más duradera, mejor la adaptación del recién nacido disminuye los problemas metabólicos (hipoglucemia, hipo calcemia) y acelera la involución uterina. Mediante la lactancia materna desde el primer día de vida es posible evitar el 16% de las muertes neonatales y hasta un 22% si la lactancia materna comienza durante la primera hora después del nacimiento.

Es importante que los padres sepan cuáles son los beneficios que se pueden obtener de un apego seguro a medida que los recién nacido se van convirtiendo en niños mayores, son muchos:

- Mayor capacidad cognitiva
- Mayor autoestima
- Desarrollo de una independencia saludable
- Mejora la relación con sus iguales (a medida que crecen)
- Buenas relaciones familiares
- Mayor capacidad de empatía con los demás

Cuando ya esté seco y cubierto, se puede colocar al recién nacido en contacto con la piel del pecho o el abdomen de la madre en posición prona o bien con las piernas abiertas abrazando el tórax de la madre en contacto con la piel. En la medida de lo posible mantener al recién nacido y a la madre en esta posición por lo menos durante la primera hora de vida, postergando todos los procedimientos de rutina y supervisándoles tanto a la madre como el recién nacido frecuentemente para detectar cualquier complicación. Esto también ayuda a mantenerlo caliente y este contacto es importante por otras muchas razones:



- ❖ Psicológicamente estimula a la madre y al recién nacido a conocerse el uno al otro.
- ❖ Tras el nacimiento los bebés se colonizan con bacterias. Resulta ventajoso que el recién nacido se colonice con las bacterias cutáneas maternas y no por las bacterias de los asistentes hospitalarios.
- ❖ Hay que animar al amamantamiento temprano, a ser posible en la primera hora posparto según la (OMS / UNICEF 2003).

Esta estimulación sobre el pezón por el recién nacido promueve la lactancia y además ayuda a que se contraiga el útero y con esto se disminuya la pérdida sanguínea posparto.

2. 5 Valoración Apgar:

Según Normas y Protocolo de la atención al recién nacido normativa 011 (2009) El test de Apgar es una evolución del estado general del recién nacido, que se efectúa al 1^o y 5^o minuto de vida. La evaluación del primer minuto tiene valor diagnóstico y el que hace a los cinco minutos tiene valor pronóstico, entre más baja la puntuación de Apgar peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal. Si la puntuación es ≥ 8 (niño normal) se mantiene junto a la madre se inicia el apego precoz.

Signos	Puntaje	Puntaje	Puntaje
	0	1	2
Respiración	Ausente	Irregular (llanto débil)	Regular (llanto fuerte)
Frecuencia Cardíaca	Ausente	<100 Ipm*	>100Ipm*
Color de la piel y mucosa	Palidez o cianosis generalizada	Acrocianosis cuerpo rosado	Rosado total
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Flexión completa/ movimiento activo
Respuesta a estímulo del pie (irritabilidad refleja)	Sin respuesta	Algunos movimientos	Llanto vigoroso

Fuente: (Luna, 2005)

*Ipm: latidos por minutos

Interpretación del puntaje Apgar

- ❖ 8-10 Es normal
- ❖ 4-7 Depresión leve- moderada
- ❖ 0-3 Depresión severa

Apgar es un examen clínico tocológico, empleado útilmente en ginecología y en la recepción pediátrica, en donde el médico clínico pediatra, neonatólogo o matrona certificado realiza una prueba medida en 3 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera

valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. Este test lleva el nombre por Virginia Apgar, anestesióloga, especializada en obstetricia, quien ideó el examen en 1952 en el Columbia University's Babies Hospital. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisioanatómicos simples, que son:

A: Actividad: tono muscular

P: Pulso

G: Gestos o muecas: irritabilidad refleja

A: Aspecto: color de piel.

R: Respiración

La palabra APGAR puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados:

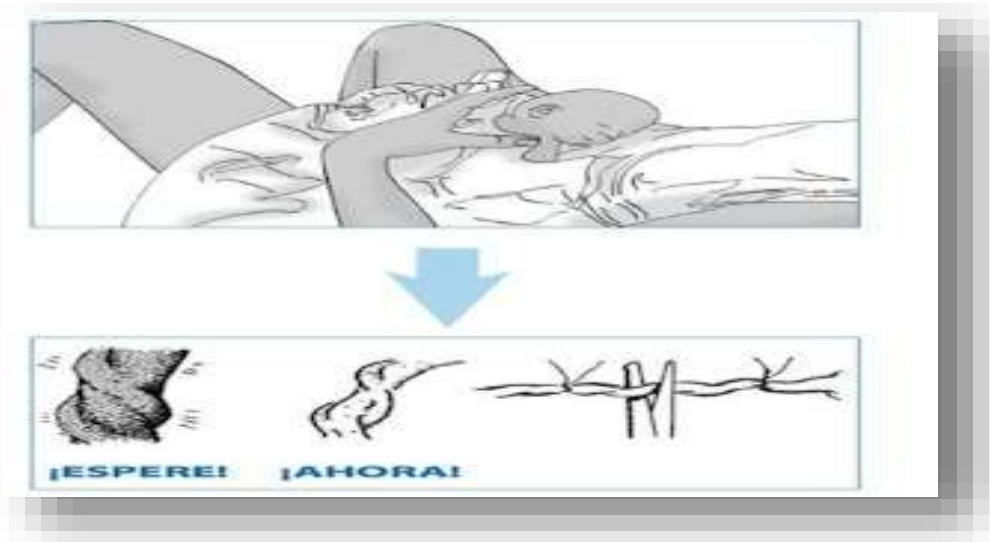
- **A**pariencia, **P**ulso, **G**esticulación, **A**ctividad y **R**espiración.

2.6 Pinzamiento del cordón.

Según USAID (2012) durante el periodo después del nacimiento aún existe circulación entre el recién nacido y la placenta a través de la vena y arterias umbilicales por lo tanto el momento del pinzamiento del cordón umbilical tendrá profundos efectos sobre el volumen de sangre del recién nacido después del parto. Después del pinzamiento umbilical y/o arterias se ha demostrado que la sangre fluye a través de las arterias umbilicales (del recién nacido a la placenta) durante los primeros 20 a 25 segundos después del nacimiento, pero alrededor de los 40-45 segundos este flujo es insignificante.

Por el contrario en la vena umbilical el flujo sanguíneo continua de la placenta al recién nacido, aproximadamente 3 minutos después del nacimiento luego de las cuales el flujo sanguíneo es insignificante. Se estima que cuando el recién nacido es colocado aproximadamente a 10 cm por encima o por debajo del nivel de la placenta la transfusión placentaria completa ocurre en 3 minutos. Cuando el recién nacido es colocado significativamente por debajo del nivel de la placenta se incrementa la velocidad, pero no

acurre con la misma cantidad total de la transfusión. Si el recién nacido es colocado muy por encima del nivel de la placenta la transfusión completa de la placenta es totalmente evitada.



Según USAID (2012) Se debe esperar de 2 a 3 minutos para realizar el pinzamiento, atadura y cortarlo a 5 cm de la inserción en el abdomen (base). Antes de cortar el cordón hay que cerciorarse que no haya otro recién nacido, palpando el útero y luego administrar oxitocina 10 unidades intramuscular. Ligar el cordón umbilical con cinta reata o clamp umbilical a 2-3 de la base, se corta con tijera a bisturí estéril, 1 cm por arriba de la ligadura y se le hace un doble nudo $\frac{1}{2}$ cm arriba del anterior, después revisar muñón si hay sangrado o exudación de sangre, si se observa un sangrado colocar una segunda pinza entre la primera y la piel del recién nacido, se pinza se ata y se corta conforme técnicas estrictas de higiene, recuerde aplicar clorexidina al 4% para limpiar el cordón.

2.7 Puesta del gorro:

La temperatura con que la sangre llega al hipotálamo será el principal determinante de la respuesta corporal a los cambios climáticos. El hipotálamo tiene un doble sistema de regulación de la temperatura. Así, la porción anterior o rostral, compuesta por centros parasimpáticos, es la encargada de disipar el calor, mientras que en la posterior con centros simpáticos, conserva y mantiene la temperatura corporal.



Tener cuenta que la razón por la cual se le coloca el gorro al recién nacido conservará su calor, ya que estos tres puntos: cabeza, manos y pies es por donde principalmente pierden temperatura.

Además de mantener al neonato en un ambiente térmico-neutro debe existir preocupación por la estimulación precoz; la relación madre-hijo (acariciar, mecer, hablar al niño); estímulos auditivos adecuados, ya que todo esto mejora el incremento ponderal. Es importante recordar el gasto energético del recién nacido que es sometido a constantes molestias como punciones, tubos, alarmas, luces de día y noche, respiradores.

Mientras la piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido, cubrir la espalda del recién nacido y el pecho de la madre con un paño seco y cubrir la cabeza del recién nacido con una gorrita o una tela para evitar la pérdida de calor.

3 Cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la atención mediata.

Cuidados mediatos: desde el momento que pasa al cunero hasta que egresa del hospital.

3.1 Preparación de la cuna:

Es importante preparar con anticipación la cuna térmica con el objetivo de mantener la termorregulación con el fin de evitar el enfriamiento del recién nacido y futuras complicaciones que puedan presentarse al momento de brindar la atención mediata.

Es una cuna con una fuente de calor, donde se ubica al neonato para su inspección y ayuda al acondicionamiento al medio ambiente nuevo.

El material que debe de haber en el entorno del neonato debe de ser:



- Material estéril para su acogimiento en la cuna:
 - ❖ paño estéril
 - ❖ Guantes estériles
 - ❖ 2 compresas estériles
 - ❖ pinza de cordón
 - ❖ Sondas de succión de secreciones (sondas de Nelaton del nº 7 y 8)

Una vez recibido el recién nacido y comprobar que respira y está lo suficientemente estable se procede a pesarlo con un peso calibrado en gramos. Mientras que el recién nacido se calienta se le deben de hacer los cuidados mediatos que se le brindan a todos los recién nacido.

3.2 Profilaxis oftálmica

Según Protocolo y Normas de atención para el recién nacido normativa 011 (2009) Una disposición legal exige la realización de este procedimiento para proteger al recién nacido contra una posible infección de gonorrea no diagnosticada en el cuerpo de la madre. En la mayoría de los hospitales se utilizan antibióticos. En ocasiones se utiliza otra preparación, denominada nitrato de plata.



La oftalmía neonatal, también llamada conjuntivitis neonatal, es una inflamación de la superficie ocular causada principalmente por bacterias y menos frecuentemente por virus o agentes químicos. Puede conducir a una lesión ocular permanente y a la ceguera. El contagio se produce principalmente en el canal del parto, aunque también puede producirse intrauterino o tras el nacimiento por secreciones contaminadas del personal sanitario o miembros de la familia.

Según el MINSA normativa 011 (2009) se ha descrito que la profilaxis mediante pomadas antibióticas reduce significativamente el riesgo de desarrollar oftalmía neonatal. Aplicar colirio o ungüento oftálmico de antibiótico tales: Tetraciclina al 1% (terramicina), solución de Iodo-povidona al 2.5%, o nitrato de plata al 1% (gota) se aplican en ambos ojos dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o ungüento en el ángulo interno del parpado interior.

3.3 Aplicación de la vitamina K

Las inyecciones de vitamina K pueden prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido se debe aplicar al momento que se realiza la atención mediata, y se administra 10 unidades en el tercio medio de la cara antero posterior del muslo izquierdo.



La vitamina K ayuda a que la sangre se coagule, pero la capacidad que el cuerpo tiene para almacenarla es muy baja. La enfermedad hemorrágica del recién nacido se produce por una deficiencia de vitamina K en los recién

nacidos y ocasiona un sangrado que amenaza la vida del recién nacido entre las primeras horas y los primeros meses de vida. La enfermedad hemorrágica del recién nacido clásica se presenta entre el primer y el séptimo día y la enfermedad hemorragia tardía ocurre entre la segunda semana y la semana 12. Una parte de la vitamina K proviene de la placenta, pero no siempre es suficiente. La revisión de ensayos aleatorios encontró que una inyección única de vitamina K previene la aparición de la enfermedad clásica.

Según OMS (1997) Tras la realización de diferentes estudios clínicos se determinó su administración a los recién nacidos para prevenir el síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K, que si bien es una afección rara (1 de cada 10.000), es también muy grave, y puede incluso ser fatal. Durante esos días puede tener lugar el síndrome de hemorragia por

déficit de vitamina K que se materializa con un sangrado en la nariz, el intestino o el cordón umbilical, aunque puede producirse en cualquier lugar de su organismo. También es muy importante dar el pecho tan pronto como sea posible, pues los calostros, (el líquido que alimenta al bebé antes de la subida de la leche) contiene altos niveles de vitamina K.

La vitamina K la sintetiza la flora bacteriana intestinal. Sin embargo, los recién nacidos no tienen esa flora, de manera que mientras están en el útero reciben la vitamina K mediante la placenta y al nacer tienen un leve descenso de esta vitamina, por lo que disminuye también su capacidad de coagulación durante los primeros días de vida. En aproximadamente una semana, se corrige y la vitamina K, vuelve a niveles adecuados. Durante esos días puede tener lugar el síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K que se materializa con un sangrado en la nariz, el intestino o el cordón umbilical, aunque puede producirse en cualquier lugar de su organismo. Tal como hemos indicado, esta afección es muy rara, sin embargo, por su gravedad, para prevenir una posible hemorragia se administra al recién nacido una dosis de vitamina K en el mismo paritorio que mantendrá los niveles apropiados hasta que el bebé pueda sintetizar la vitamina K por sí mismo.

3.4 Limpieza del cordón umbilical

Vigilar el muñón del cordón umbilical por si hay infección. Esto no ocurre con frecuencia, pero si pasa, la infección puede diseminarse con rapidez.

Los signos de una infección local en el muñón son:

- ❖ Secreción amarillenta y mal oliente del muñón.
- ❖ Enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de la piel alrededor del muñón.

Los signos de una infección más grave:

- ❖ Alimentación deficiente
- ❖ Fiebre de (38° C) o superior
- ❖ Letargo
- ❖ Tono muscular deficiente y flácido

Si el muñón del cordón es halado demasiado pronto, se podría iniciar un sangrado activo, lo cual significa que cada vez que se limpia una gota de sangre, aparece otra. Si el muñón del cordón sigue sangrando, llame al pediatra de inmediato.

Algunas veces, en lugar de secarse por completo, el cordón formará tejido cicatricial rosado, llamado granuloma. Este granuloma drena un líquido amarillento y claro. Esto generalmente desaparece en alrededor de una semana.

Si el muñón del recién nacido no ha caído en cuatro semanas. Puede haber un problema con la anatomía o el sistema inmunitario.

El cordón se limpia con agua estéril, jabón antiséptico Y actualmente el uso de la clorexidina ya que ayuda rápidamente a la cicatrización. Las evidencias resientes no sustentan las aplicaciones de alcohol, ya que se retarda su desprendimiento. Se debe dejar al descubierto, para que se seque al aire libre. Usualmente el cordón se desprende del abdomen entre los 6 y 14 días después del nacimiento.



3.5 Temperatura rectal

Según la Academia Americana de Pediatría, (2009) La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la sobrevivencia a su estado de salud y a la morbilidad asociada. Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar

aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación. Valores normales de temperatura en el recién nacido a término axilar y rectal 36,5 – 37,5.



La temperatura rectal es la forma más exacta de saber si su niño tiene fiebre. Ésta es la forma preferida para saber la temperatura verdadera del cuerpo. La temperatura rectal es más alta que la que se toma en la boca o en la axila porque el interior del recto es más cálido.



Termómetro Digital

- ❖ Se desinfecta el termómetro con alcohol o una solución antiséptica.
- ❖ Se coloca al recién nacido en posición decúbito lateral, se coloca mano sobre la parte baja de su espalda y se separa las nalgas del bebé con los dedos pulgar e índice.
- ❖ Utilizando la otra mano, introduzca suavemente el extremo de metal del termómetro entre 1 y 2,5 centímetros (aproximadamente media o una pulgada), o apenas pasando el músculo del esfínter anal.
- ❖ Para que el termómetro no se mueva con el bebé se sujeta con la mano sobre las nalgas del bebé y evitar que se mueva.

- ❖ Se mantiene el termómetro durante al menos dos minutos o hasta que el termómetro pite o emita una señal.
- ❖ Se retira el termómetro y se apunta la temperatura.
- ❖ Se limpia y se desinfecta el termómetro y se deja en su lugar.

3.6 Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas determinadas con exactitud y aplicadas a índices o comparadas con tablas, constituyen uno de los mejores indicadores del estado de nutrición, tanto en neonatos como en niños mayores, puesto que son de gran ayuda



para la evaluación del crecimiento en estas etapas de la vida. Estas medidas pueden incluir talla o longitud supina, pliegues cutáneos, perímetro braquial y cefálico, entre otras

Perímetro cefálico

Valores normales: 32-36 Cm.

Es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral. En los prematuros se espera un aumento de 0.1 a 0.6 cm a la semana; sin embargo, es normal que durante la primera semana de vida extrauterina, el perímetro disminuya alrededor de 0.5 cm, debido a la pérdida de líquido extracelular.



En los recién nacidos a término se espera una ganancia promedio de 0.5 cm a la semana durante los tres primeros meses de vida. Cuando el aumento es mayor a 1.25 cm a la semana es un signo de sospecha de hidrocefalia o hemorragia intraventricular. Por el contrario, si la ganancia es mínima o nula, podría existir una patología neurológica asociada con microcefalia.

Según Schwarcz (2005) para medirlo se utilizará una cinta métrica de material flexible e inextensible, con divisiones cada un milímetro. Se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo perímetro frontooccipital. La cinta es ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo.

- **Perímetro braquial**

La circunferencia del brazo proporciona información sobre el contenido de masa muscular y masa grasa. Específicamente en los recién nacidos, da una referencia del crecimiento y desarrollo físico y del aumento de las reservas corporales. Es un indicador muy sensible ante cambios rápidos de grasa subcutánea y de composición corporal.

La relación perímetro braquial/perímetro cefálico es un índice sensible a la deprivación nutricia, ya que disminuye rápidamente cuando el tejido muscular y adiposo se ve depletado. Además, proporciona un índice de riesgo para el desarrollo de complicaciones metabólicas en la etapa neonatal asociadas con desórdenes en el crecimiento fetal. En general, una relación mayor a 0.3 1 se considera normal, mientras que una relación menor a 0.25 indica un estado de desnutrición severa.



Debe ubicarse el punto medio del brazo; de preferencia debe realizarse en el brazo izquierdo. Para medir el punto medio se debe doblar el brazo en ángulo de 90° y mantenerlo pegado al tronco. Se toma como referencia el punto medio entre el acromion (hombro) y el olecranon (codo) en la parte externa del brazo.

Después con el brazo relajado y extendido en posición horizontal, ligeramente separado del tronco y la mano en prono, se realiza la medición rodeando el contorno del brazo, sin ejercer presión. Para ello se utiliza una cinta de fibra de vidrio con precisión de 1 mm y un grosor menor a 0.7 cm. La cinta debe de quedar en plano perpendicular al tronco del cuerpo y la lectura debe realizarse en la parte externa del brazo que es donde debe de coincidir la cinta con el punto de inicio.

- **Perímetro del torácico**

Valores normales: 30-34 Cm.

Se utiliza para monitorear la acreción de tejido adiposo en los recién nacidos. La OMS recomienda utilizar este indicador como punto de corte para clasificar el riesgo de morbi-mortalidad del recién nacido cuando el peso al nacer no está disponible. Los recién nacidos con un perímetro de tórax menor a 29 cm se clasifican como de alto riesgo. No existe una cifra de referencia para indicar que el aumento en perímetro de tórax está siendo adecuado.



Se utiliza una cinta métrica con los extremos superpuestos y con precisión de 1 mm. La cinta debe ser colocada justo donde se ubican los botones mamarios del recién nacido y debe quedar en plano perpendicular al tronco del cuerpo. Durante la medición, el recién nacido debe de estar erecto y con los brazos a los costados. La lectura de la medición debe realizarse en la parte frontal del pecho al final del evento espiratorio y no se debe de ejercer presión sobre la piel; la cinta únicamente debe de estar en el contorno del pecho.

- **Talla (longitud)**

Valores normales: 48-52 Cm.

Esta medición se realiza en los menores de dos años de edad, aunque también se puede utilizar hasta los cuatro años, cuando la longitud no puede efectuarse con el sujeto de pie. Es un indicador del tamaño corporal y de la longitud de los huesos, tiene la ventaja sobre el peso de que no se ve alterado por el estado hídrico del paciente y los cambios a largo plazo reflejan el estado de nutrición crónico. Específicamente, el índice peso/longitud es un indicador de desnutrición. En los recién nacidos prematuros se espera un aumento de 0.8–1.1 cm a la semana, mientras que en los nacidos a término se tiene una ganancia promedio de 0.69–0.75 cm a la semana, durante los tres primeros meses de vida.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (1987) con recién nacidos de la Unidad de Cuidados Intermedios, el crecimiento de los prematuros. Para esta medición se requieren dos individuos y un tallimetro preciso. Cuenta con dos bases, una fija que se orienta en la cabeza del paciente y una base móvil que se coloca en los pies. La longitud es una de las mediciones más complicadas de tomar y por lo tanto es difícil obtenerla con exactitud; por ello se recomienda realizar mediciones por duplicado o triplicado y hacer un promedio entre ellas.

El neonato debe ser colocado en posición supina, con el cuerpo alineado en posición recta sobre el eje longitudinal de tallimetro, de manera tal que los hombros y la cadera tengan contacto con el plano horizontal y que los brazos se encuentren a los lados del tronco. La coronilla de la cabeza debe tocar la base fija del tallimetro y debe ser colocada en el plano de Frankfort; es decir alineado perpendicularmente al plano horizontal.



Tanto la cabeza como la base del tallimetro deben ser sostenidas por uno de los observadores. El otro observador, con una mano debe extender las piernas del paciente, vigilando que las rodillas no se encuentren flexionadas y con la otra mano debe recorrer la base movable del tallimetro, de manera que se ejerza una leve presión (sólo comprimiendo ligeramente la piel) sobre el talón(es) del neonato libre de cualquier objeto, para que el pie quede formando un ángulo de 90°

Si se ejerce una presión mayor a la indicada, la medición no será válida, ya que se altera la longitud y posición de la columna vertebral. En los pacientes que se encuentran hospitalizados, lo ideal es realizar esta medición una vez por semana para monitorear el crecimiento lineal.

- **El peso**

Valores normales: 2,600-4,000 gr.

Generalmente considerado importante para evaluar un crecimiento y estado de nutrición normal. También se incluyen las medidas de perímetros y pliegues cutáneos, a pesar de que requieren de una estandarización más exacta en la toma de las medidas. El avance en el estudio exacto y cuantitativo del crecimiento se basa sobre todo en la introducción de técnicas de precisión no invasivas, para reconocer y medir las observaciones aplicando a los datos peso.



Es la medida antropométrica más utilizada, ya que se puede obtener con gran facilidad y precisión. Es un reflejo de la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso y

fluidos intra y extracelulares), y es de suma importancia para monitorear el crecimiento de los niños, reflejando el balance energético. En el caso de los neonatos que se encuentran en terapia intermedia, el peso es medido diariamente para detectar cambios en la ganancia o pérdida de la masa corporal total y obtener así las velocidades de crecimiento.

Las variaciones diarias de peso en los recién nacidos reflejan los cambios en la composición corporal, tanto de masa grasa como de masa libre de grasa. Conforme va aumentando la edad postnatal el agua corporal disminuye, lo que refleja un decremento igual o menor de 10% del peso al nacimiento en los recién nacidos a término, y una disminución igual o menor de 15% en los de pre-término. Esta disminución también puede estar ocasionada por una pérdida en las reservas endógenas de glucógeno y de tejido graso, Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para medirlo se utilizará preferiblemente balanza de palanca con una capacidad máxima de 10 kilogramos con una precisión de ± 10 gramos. Las balanzas deben de ser controladas y calibradas periódicamente. Los recién nacidos deben pesarse desnudos y secos, previa colocación de una toalla descartable de papel sobre la balanza

3.7 Identificación del brazalete

Al recién nacidos se le coloca una pulsera identificativa en la mano o el tobillo, dónde aparecen los datos de la madre como: nombre completo de la madre, hora y fecha de nacimiento, Apgar peso, talla, número de expediente. Con el cual se identifica al recién nacido. También se toma una huella del pie o mano del pequeño que se pone en el historial clínico y en los documentos de registro.



3.8 Huella plantar

La toma de la huella plantar del recién nacido, tras el parto, es el método de identificación que se ha venido realizando en la mayoría de los hospitales y maternidades.

Las huellas dejadas por los dedos, las palmas de la mano o el pie han sido utilizadas como signos identificativos desde épocas prehistóricas.



Junto a las pulseras suponen el método de identificación más utilizado. Una vez cortado el cordón umbilical, tras estabilizar al recién nacido, se toma la huella plantar del neonato junto a la huella dactilar de la madre mediante la impresión en tinta y se transfieren ambos al documento de identificación materno-filial. Suele ser la matrona o bien otro profesional que atiende el parto el que lleva a cabo este procedimiento. La dactiloscopia es un sistema universal de identificación que se basa en que las papilas de la dermis imprimen un particular dibujo sobre la piel que es único en cada persona.

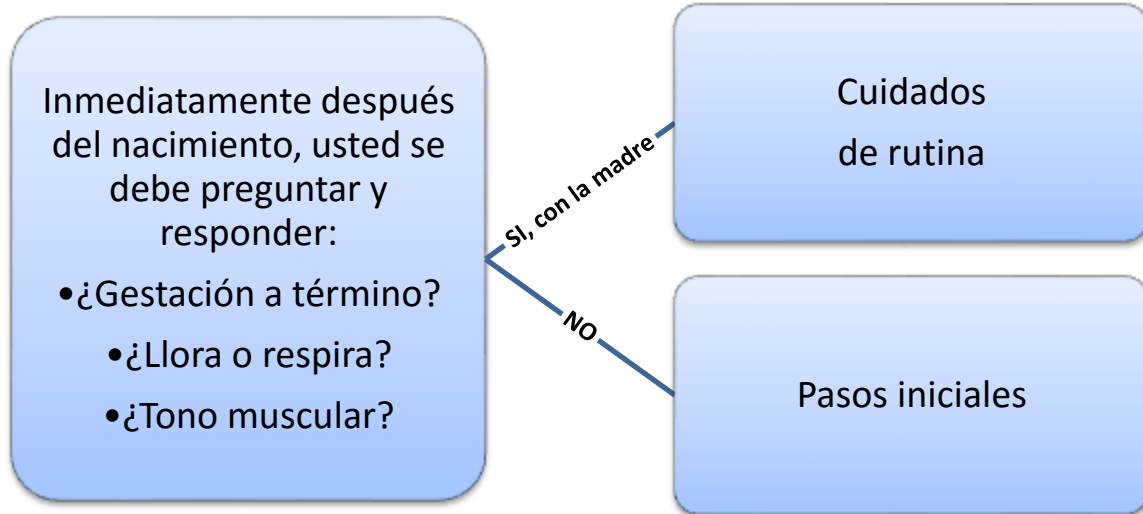
El estudio de las huellas plantares de los recién nacidos es uno de los métodos ideados para resolver problemas de identidad de neonatos frente a conflictos de posibles cambios, de ahí que se implantase de forma sistemática, en las maternidades y hospitales.

4-Ayudando a bebés a respirar

Según USAID (2012) Ayudado a los bebé a respirar (ABR) Es una estrategia sobre resucitación neonatal en circunstancias de recursos limitados, que se desarrolló sobre la premisa de evaluación al momento del nacimiento y suministrar los cuidados inmediatos que todo recién nacido merece.

•**Pasos básicos:** evaluación rápida y pasos iniciales de estabilización.

•**Ventilación:** con bolsa(ambú)-máscara o bolsa-tubo endotraqueal)



4.1 Pasos iniciales de la estabilización neonatal

Proveer calor

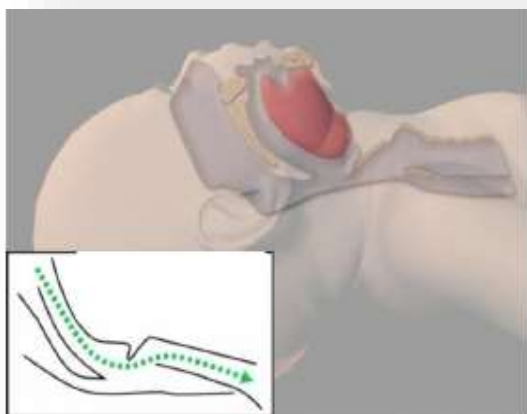
Evite la pérdida de calor colocando al recién nacido bajo una cuna de calor radiante.

Déjelo descubierto para su visualización completa y para permitir que le llegue el calor.



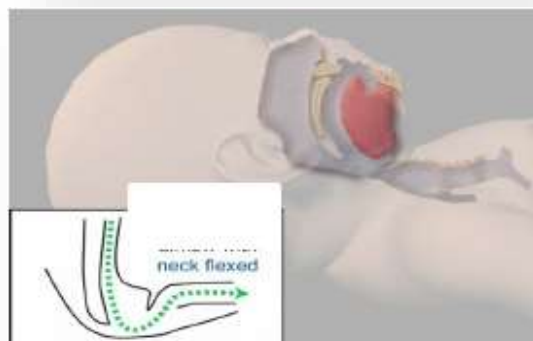
Posicionar la cabeza

Correcta (olfateo)

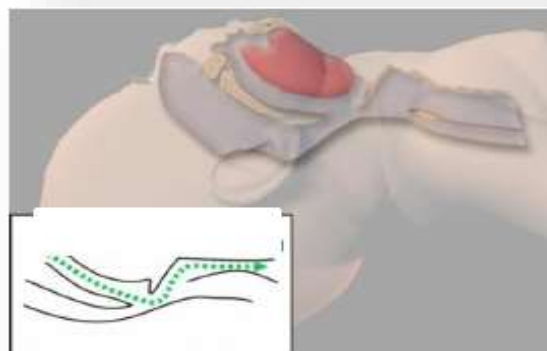


Incorrectas

Flexión



Hiperextensión



Colocar al recién nacido sobre su espalda con el cuello ligeramente extendido “olfateo” esta maniobra alineará la faringe posterior con la laringe y la tráquea y facilitará la entrada de aire a los pulmones.

Despejar la vía aérea (si es necesario) Cuando haya abundante líquido en vía aérea (sangre y/o secreciones) aspire primero boca y después nariz. Si hay presencia de meconio y el bebé NO está VIGOROSO*, debe aspirar la tráquea para luego continuar con los pasos iniciales.

Vigoroso se define como buen esfuerzo respiratorio, buen tono muscular y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm.

Manejo del meconio en bebé NO vigoroso

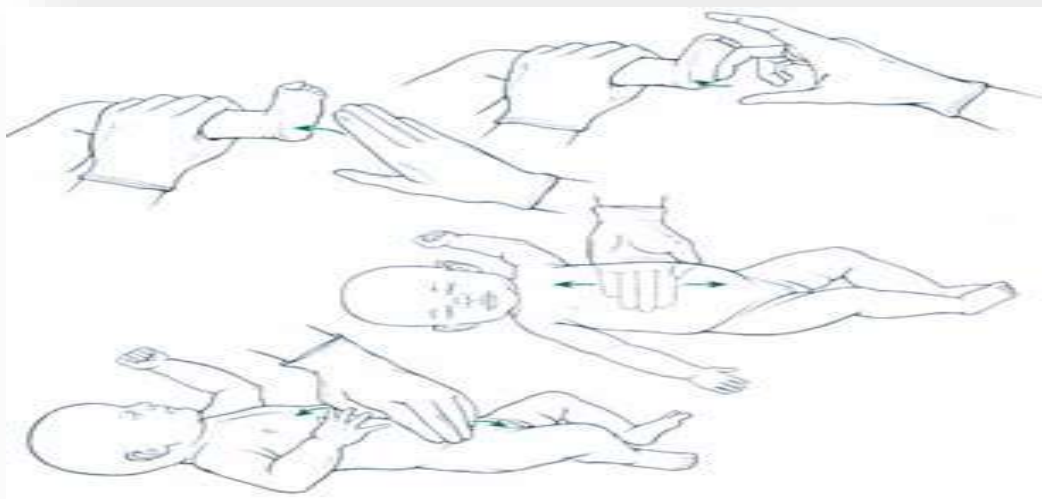
- ❖ Se introduce el laringoscopio, utilizando sonda de aspiración 12F- 14F para despejar la boca.
- ❖ Se coloca tubo endotraqueal.
- ❖ se conecta el tubo endotraqueal utilizando un adaptador con fuente de succión.
- ❖ se succiona mientras retira el tubo.
- ❖ Se repite el procedimiento si es necesario hasta que no se obtenga meconio o solo se obtenga en cantidad escasa, siempre y cuando la frecuencia cardíaca no disminuya.

Secar al bebé

- ❖ Se garantiza paños o toallas limpias, secas y precalentadas.
- ❖ Se seca al niño y luego se retira el paño húmedo y se utiliza otro.
- ❖ Se re posiciona la cabeza.

Se estimula la respiración y recolocar si es necesario.

Al momento de secarlo, si el bebé NO llora o NO respira, frote suavemente la espalda de arriba hacia abajo dando pequeños golpecitos en las plantas de los pies.



Después de realizar los pasos iniciales se evalúa en el bebé lo siguiente:

- ❖ Respiración.
- ❖ Frecuencia cardíaca .

Una forma fácil y rápida para determinar la frecuencia cardíaca en un niño, es palpar la base del cordón umbilical y si está pulsando cuente las palpaciones en 6 segundos y multiplique el resultado x 10 (10 es una constante), eso le indicará el total de pulsaciones en un minuto o la frecuencia cardíaca. dependiendo del resultado, se toma desiciones según el algoritmo.

Ventilación

Los recién nacidos que requieren VPP (ventilación Presión Positiva), pueden ser ventilados adecuadamente con una bolsa (Ambú), y mascara.

Las indicaciones para la VPP son; apnea o respiración boqueante (jasping o jadeo), Frecuencia cardíaca < 100 latidos por minutos, cianosis central persistente a pesar de 100% de O₂. La frecuencia de VPP debe de ser 40-60 latidos por minutos (30 x minutos cuando se da compresiones del tórax).

Los signos de una adecuada ventilación expansión bilateral de los pulmones, evaluados por los movimientos de la pared toracica y sonidos respiratorios y mejoría de la FC y el color. Si la ventilación es inadecuada debe revisarse el sello entre la máscara y la cara (tamaño adecuado de la máscara que cubra nariz, boca y menton), obstrucción de vías aéreas (reposicionar la cabeza en extensión ligera), limpiar secreciones, abrir la boca del recién nacido) y finalmente incrementar las presiones de inflación (PI), usualmente de 25 cm HO₂ y tiempos inspiratorios de 1segundo se establece la respiración pero a veces se requiere inicialmente (PI) mas altas de (30-50 cm. HO₂).

Si las respiraciones espontáneas no son efectivas o la frecuencia cardíaca permanece < 100 continúe la VPP con bolsa y máscara o tubo endotraqueal (TET). Si permanece la frecuencia

cardíaca < 60 latidos por minutos se continúa con la VPP y se inicia las compresiones torácicas y se considera la (IET) y se pide ayuda.

ABR viene a ser una estrategia que complementa las acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad neonatal y por ende del menor de 5 años. De ahí implementarla y expandirla, contribuirá significativamente con el cumplimiento del objetivo de desarrollo del milenio (ODM4) cuya meta es reducir la tasa de mortalidad.

4.2 Ventilación por bolsa de máscara.

La ventilación de los pulmones es el paso más importante y efectivo en la reanimación cardiopulmonar del recién nacido comprometido. Aunque no hay que obviar que esto solo lo requiere el 20% de recién nacido.

Existe amplia evidencia de que los recién nacidos que realizan una transición normal a la vida extrauterina necesitarán alrededor de 10 minutos para alcanzar saturaciones de oxígeno similares a las de la vida extrauterina. Durante los primeros minutos de vida las saturaciones pueden mantenerse en valores entre 70 y 80%. Un adecuado manejo de la oxigenación del recién nacido durante la reanimación es importante, debido a la evidencia de que la hipoxemia así como la hiperoxia, son dañinos para el niño. Se ha demostrado en estudios clínicos, que la exposición a altas concentraciones de oxígeno aún por lapsos de tiempo muy cortos, empeora el pronóstico de estos recién nacidos. Numerosos estudios han permitido establecer las saturaciones de oxígeno esperadas de acuerdo a el tiempo transcurrido luego del nacimiento, utilizando valores, tanto en partos vaginales como por cesárea, en recién nacidos sanos.

Saturación de oxígeno preductal después del nacimiento

1 minuto	60% - 65%
2 minutos	65% - 70%
3 minutos	70% - 75%
4 minutos	75% - 80%
5 minutos	80% - 85%
10 minutos	85% - 95%

El recién nacido que está respirando bien puede estar llorando o respirando suavemente de forma regular. Un recién nacido que no ha iniciado un patrón respiratorio adecuado puede presentar jadeo, respiración superficial o irregular, quejido o retracción intercostal o encontrarse en apnea. Si el recién nacido no está respirando adecuadamente, es necesario iniciar ventilación asistida.

La ventilación asistida requiere maniobras que no se pueden realizar sobre el abdomen de la madre por lo cual se debe:

- ❖ Cortar el cordón umbilical y llevar al recién nacido de inmediato al área de ventilación (limpia, caliente, seca y con buena luz) que se había preparado.
- ❖ Posicionarse a la cabecera del bebé.

Iniciar las acciones para el soporte ventilatorio: cabeza-máscara-ventilación.

1. Cabeza: adecuada posición
2. Máscara
3. Ventilación

El apoyo con bolsa y máscara puede generar rápidamente que el recién nacido mejore e inicie una respiración regular. Esta mejoría se evidenciará no solo en el patrón respiratorio sino en el color y en el tono muscular: ya no se observará cianosis ni flacidez. El recién nacido se moverá y posiblemente llore. Estas actividades que permite que él respire en el transcurso del primer minuto de vida se denominan “Minuto de Oro”. Sin embargo puede ocurrir que el recién nacido siga teniendo dificultad para respirar lo que se va a manifestar por apnea, quejido y retracciones de pared torácica. En ese caso se debe evaluar el ritmo cardíaco a través del pulso del cordón o escuchando la frecuencia cardíaca.

4.3 Inicio de ventilación

Iniciar la ventilación colocando al recién nacido en una área limpia plana, caliente, seca y que tenga buena iluminación e inicie la ventilación con bolsas y máscara la demora es la ventilación puede resultar en muerte o daño cerebral prevenibles recuerde que la acción más

Importante y eficaz de ayudar a un recién nacido que no está respirando está jadeando es ventilar los pulmones del recién con bolsa y máscara.

Ventilar al recién nacido con presión positiva, está indicado cuando él permanece apnéico o con jadeo, o si la frecuencia cardíaca se mantiene inferior a 100 lpm luego de realizar los pasos iniciales.

Es importante conocer algunos conceptos básicos en el manejo de la ventilación para un mejor desempeño en el apoyo ventilatorio del neonato:

- ❖ Presión Inspiratoria Pico: Presión administrada con cada respiración, con cualquiera de los depósitos de reanimación.
- ❖ Presión positiva al final de la espiración: Es la presión que permanece en la vía aérea entre las ventilaciones, durante el periodo de relajación.
- ❖ Presión positiva continúa en la vía aérea. Es la presión que permanece en la vía aérea cuando no se está administrando ventilaciones con presión positiva. Es la presión mantenida en el sistema al final de una respiración espontánea.

Cuando se asiste la ventilación, o si el recién nacido respira espontáneamente, las primeras insuflaciones permiten establecer el volumen de aire capaz de mantener distendidos los pulmones (capacidad residual funcional). El tiempo de inflación, la presión óptima y el flujo para alcanzar esta no se han definido previos al inicio de la. Se sabe por estudios clínicos que los pulmones del recién nacido especialmente del prematuro, pueden ser dañados fácilmente por la utilización de volúmenes grandes para insuflar los pulmones. Las primeras ventilaciones frecuentemente necesitan presiones mayores e insuflaciones más prolongadas que las subsecuentes en el recién nacido que no respiran de manera espontánea al nacer.

La principal evidencia de una ventilación adecuada es el aumento de la frecuencia cardíaca, si esta no mejora debe revisarse cuidadosamente el movimiento torácico. La persona que asiste debe escuchar los sonidos respiratorios bilaterales. Los movimientos abdominales secundarios a la entrada de aire al abdomen pueden ser malinterpretados como adecuada ventilación.

4.4 Colocación de la cabeza del recién nacido

El cuello del recién nacido debe de estar ligeramente extendido pero no en hiper extensión o flexión la posición correcta se llama, “posición de olfateo para mantener abierta la vía aérea una manera de lograr que la vía aérea este abierta es colocar un rollo pequeño debajo de los hombros si la posición del recién nacido ha cambiado reposiciónelo antes de continuar ventilando.

4.5 Colocación de la máscara sobre el rostro del recién nacido.

El sitio para el manómetro de presión es opcional, generalmente colocado cerca de la válvula de liberación de presión. Una máscara de tamaño adecuado cubrirá el borde de la barbilla, la boca y la nariz, pero no los ojos.



- ❖ Demasiado grande puede causar daño a los ojos y no logrará un sello adecuado.
- ❖ Demasiada pequeña no cubrirá la boca y nariz y podría ocluir la nariz.

La forma correcta de colocar la máscara es colocar la mano izquierda sobre la mascarilla con los dedos pulgar e índice forma una “C” los dedos medios anular y meñique los ubica sobre la rama mandibular y ligeramente ejerce

presión sostenida hacia abajo para logra un buen sello y hacia arriba para ayudar abrir la vía aérea y mantener la posición de olfateo la mascarilla debe cubrir el mentón la boca y la nariz pero no los ojos. Si el sellado no está hermético no moverá aire a los pulmones cuando apriete la bolsa el aire escapará abajo el borde de la máscara si esto ocurre revise la técnica apriete la bolsa para producir un movimiento suave del pecho como que si el recién nacido estuviera tomando una respiración fácil.

Asegúrese que no haya un escape entre la máscara y el rostro del recién nacido apriete la bolsa más fuerte si es necesario para dar más aire con cada respiración provea 40 respiraciones

5.1-Un recién nacido por cuna

Es importante colocar en cuanto nace el recién nacido ubicarlo en una cuna para prevenir el riesgo de infección cruzadas. Las cunas después de cada uso del recién nacido, deben ser estrictamente lavadas con liquido antiséptico para evitar contagiar con mi microorganismos patógenos al siguiente recién nacido que utilice la cuna.



5.2-La distancia de la cuna a un metro

Las cunas deben respetar una cierta distancia entre ellas y entre los restantes aparatos de la Unidad, para prevenir el cruce de bacterias como de enfermedades durante la estancia hospitalaria. El local donde se va a ubicar al recién nacido deberá ser el adecuado a su patología, evitando al mismo tiempo las infecciones cruzadas. Y previniéndolo de complicaciones futuras.



5.3-Lavado de mano

El lavado de manos es un simple acto que no toma más de cinco minutos y que nos puede prevenir en numerosas ocasiones de la presencia de virus, bacterias y enfermedades que se transmiten a través del contacto de diversas superficies o que están en el ambiente. Según



Ponce de León y Cols (2009) El objetivo del lavado de mano es remover la flora transitoria que se localiza en las capas superficiales de la piel y están compuestas por bacterias que generalmente permanecen pocas horas. La flora residente habitual también se localiza en capas superficiales pero en un 10 a 20% se localiza en capas profundas, muchos de estos organismos no son altamente virulentos, pero pueden causar infecciones en pacientes susceptibles como son los recién nacidos. Todos los profesionales de la salud acuerdan en señalar la importancia del lavado de manos para mantener la higiene personal y para evitar la presencia de diferentes tipos de enfermedades. Así, un simple acto como lavarse las manos puede prevenirnos de complicaciones.

Se recomienda lavarse las manos cada vez que se entre y salga de aéreas cerradas en el hospital. Esto es así ya que se estima que son lugares donde se debe tener cuidado y prevención para evitar infecciones en especial cuando uno viene del ámbito exterior en el cual interminable cantidad de virus y bacterias están presentes en el aire, en las diversas superficies. Si bien muchos de estos virus y bacterias son inocuos y no demasiado graves, muchos de ellos pueden combinarse con otros y volverse peligrosos, además de facilitar enfermedades como: conjuntivitis bacteriana (oftalmia Neonatorum), clamidia tracomatis, conjuntivitis por clamidia. Onfalitis, candidiasis oral. Para realizar un lavado de manos adecuado, es recomendable utilizar jabones neutros, sin presencia de aromatizantes o colorantes. Se recomienda hacer abundante espuma con el jabón y desparramarla por toda la superficie de las manos, sobre todo en los espacios entre los dedos y también en las uñas y yemas.



Fuente:(OMS, 2014)

5.3.1- Al iniciar los cuidados.

Especialmente durante los primeros meses de vida del bebé. Lavarse las manos es la mejor manera de evitar la transmisión de enfermedades, antes y después de cada procedimiento ya que los recién nacidos son muy vulnerables a enfermarse o a desarrollar una infección

.5.3.2-Después del contacto con lo contaminado. La higiene de manos requiere técnica y tiempo. La forma convencional de lavado, con agua y jabón antiséptico, ha demostrado importantes limitaciones (efectos adversos en la piel o necesidad de tiempo que no debería ser inferior a un minuto. Con el fin de prevenir el cuidado del recién nacido y evitarle futuras complicaciones.



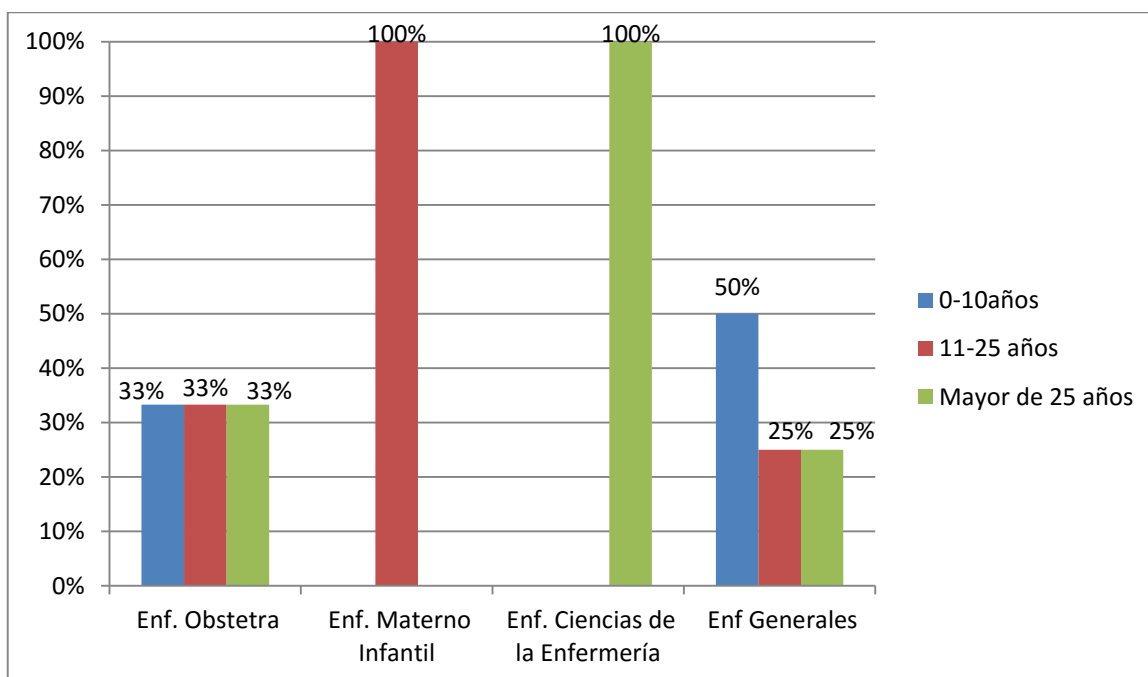
Fuente: (OMS, 2014)

X. DISCUSIÓN

DE LOS RESULTADOS.

Gráfica N° 1

Antigüedad y nivel profesional del personal de Enfermería, Sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba, Carazo 2015.



Fuente: Observación, Registro

Con relación al análisis elaborado acerca de la antigüedad laboral y nivel profesional que tiene el personal de enfermería que labora en la sala de labor y parto del Hospital San José de Diriamba, Carazo. Encontrándose que del 100% (3) enfermera Obstetras, el 33.3% (1) tenía de 0-10 años de antigüedad laboral, de igual manera el 33.3% (1) correspondía en rango del 11-25 años de antigüedad laboral y en el rango mayor de 25 años se encontró el 33.3% (1) de las enfermeras Obstetras, en cuanto (1) enfermera materno infantil, el 100% se encuentra en el rango de 11-25 años de antigüedad laboral y (1) enfermera en ciencias de la Enfermería el 100% se encontró en el rango mayor de 25 años de antigüedad laboral. Sin embargo se encontró que del 100% (2) enfermeras generales el 50% tenían de 0-10 años, de igual manera el 25% (1) correspondía en el rango de 11-25 años de antigüedad laboral y en el rango mayor de 25 años se encontró el 25% (1) enfermera general.

Según Roger (2009) La antigüedad se refiere al plazo de tiempo en el empleo o servicios. Representa el tiempo en que un trabajador presta servicios personales y subordinados a un patrón, Es un factor para la delegación de asignaciones de trabajo, como el entrenamiento de nuevos trabajadores o ser designados como líder de equipo.

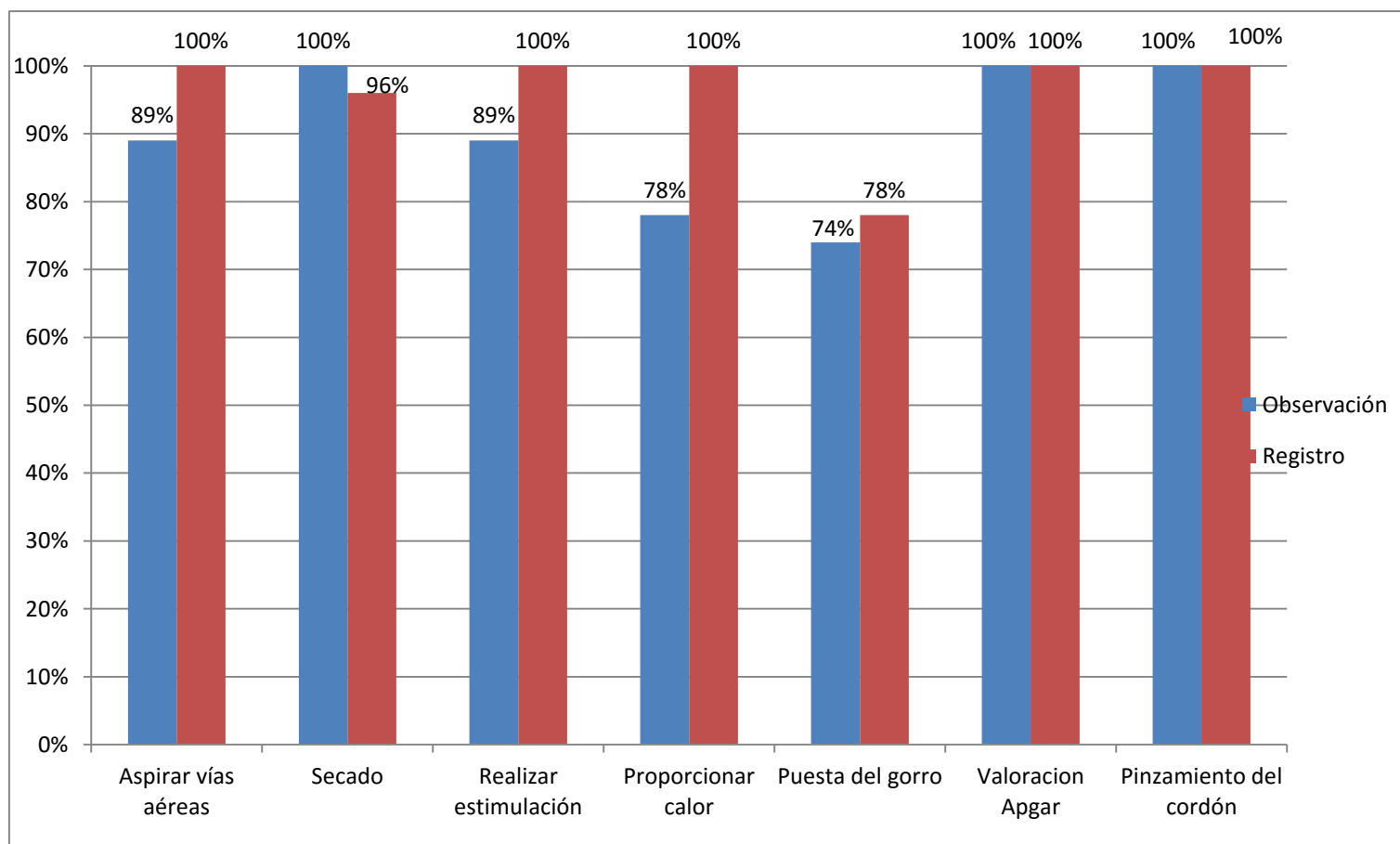
Con la guía de observación y revisión documental realizada al personal de Enfermería se observa que en su gran mayoría predomina una antigüedad entre 0 a 10 años de laborar en la sala de labor y parto. Por lo tanto se debe conocer que los personales con un buen nivel profesional y una larga antigüedad brindan mayores recursos a la población.

Los trabajadores de largo plazo probablemente estarán más familiarizados con la compañía y sus procedimientos. Esto es una ayuda tremenda para el departamento de recursos humanos y los supervisores de departamento. Este principio de antigüedad sugiere que los trabajadores con mayor antigüedad tienen niveles de competencia que los nuevos no tienen. Ellos conocen los procesos de rutina así como también las expectativas de la compañía y las reglas implícitas.

El nivel profesional, Es el conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formulación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral. Los profesionales que actúan en el sistema de salud son los responsables de la deficiencia del mismo o sea su capacidad de intervención es directamente proporcional a la calidad de su formación y/o capacitación para desarrollar en los servicios de salud. Además de ser también prestador de cuidado comparte junto con los otros profesionales la responsabilidad funcional de los servicios a nivel asistencial, educativo y administrativo, siendo a veces un articulador del equipo. El nivel de profesionalización es de gran importancia para el estado como para cada paciente ya que se considera que es el mayor nivel de experiencia, por esta manera la atención debe ser de calidad.

Grafica N° 2

Atención inmediata del personal de enfermería brindados al recién nacido, Sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba Carazo.



Fuente: Observación, Registro.

Con relación al análisis elaborado al personal de Enfermería en la atención inmediata, brindadas al recién nacido en la sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba Carazo, valorando los incisos de observación y registro con los ítems completo, incompleto y no lo hizo, se encontró que para la aspiración de vías aéreas, un alto porcentaje de 89% (17 observaciones) lo realizaron de manera completa, un mínimo porcentaje de 11% (2 observaciones) lo realizaron de manera incompleta, sin embargo 8 observaciones no se realizaron debido a que no fue necesario aspirar vías aéreas, en cuanto al registro de las actividades en el expediente clínico un alto porcentaje de 100% (19 ocasiones) lo registraron, por otro lado en el secado el 100% (27 observaciones) lo realizaron de manera completa, el 96% (26 ocasiones) lo registraron en el expediente clínico, y un mínimo porcentaje de 4% (1 ocasión) no lo registró.

Sin embargo en la estimulación un alto porcentaje de 89% (24 observaciones) lo realizaron de manera completa, un mínimo porcentaje de 11% (3 observaciones) no lo realizaron en cuanto al registro de la actividad de la estimulación se encontró que en su totalidad el 100% (27 ocasiones) lo registraron en el expediente clínico, de igual manera al proporcionar calor el 78% (21 observaciones) lo realizaron de manera completa, y un 22% (6 observaciones) no lo realizaron, un alto porcentaje de 100% (27 ocasiones) lo registraron, en cuanto a la Puesta de gorro un 74% (20 observaciones) lo realizaron de manera completa, y un 26% (7 observaciones) no lo realizaron, un 78% (21 ocasiones) lo registraron en el expediente clínico y 22% (6 ocasiones) no lo registraron, en la valoración Apgar, un alto porcentaje de 100% (27 observaciones) y (27 ocasiones) lo realizaron de manera completa y lo registraron en el expediente clínico, de igual manera el pinzamiento del cordón, un alto porcentaje de 100% (27 observaciones) y (27 ocasiones) lo realizaron de manera completa y lo registraron en el expediente clínico.

Los cuidados inmediatos son aquellos que se realizan inmediatamente al nacer en los primeros cinco minutos.

Según USAID, (2012) Al momento del nacimiento de un bebé se deben de tener una serie de cuidados inmediatos en el recién nacido. La atención del recién nacido está representada

en el conjunto de las actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a los recién nacidos en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer.

Se realiza aspiración de vías aéreas con objetivo de evitar una dificultad respiratoria y la asfixia. Razón por la cual se debe despejar las vías respiratorias si es necesario en cuanto nace el recién nacido. Es importante verificar que las vías estén bien despejadas es conveniente revisar la boca, nariz y si hay secreciones aspirar para lograr que la ventilación sea efectiva si se va a realizar dicho procedimiento. Durante la aspiración de vías aéreas que realizaba el personal de enfermería se observó que se ejecutó adecuadamente en los niños que tuvieron necesidad de aspirar.

Se realiza secado con el fin de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación. En la realización del secado se observó que se efectuó de manera correcta.

En la estimulación el secado y la succión producen suficiente estímulo para inducir una respiración efectiva en la mayoría de los neonatos. Por lo tanto es muy importante realizar estimulación inmediatamente después del nacimiento para inducir una respiración efectiva, ayuda a que el fluido suba para que luego pueda ser succionado por la nariz o la boca. Se observó que al realizar estimulación en su mayoría lo realizaron.

Es muy importante proporcionar calor colocando al recién nacido en contacto piel con piel en el abdomen de la madre en posición prono o bien con las piernas abiertas abrazando el tórax de la madre. En la medida de lo posible mantener al recién nacido y a la madre en esta posición por lo menos durante la primera hora de vida, Esto también ayuda a mantenerlo caliente y no pierda la temperatura corporal. Observando que se proporcionó calor en la mayoría de los recién nacidos y en minoría no se realizó.

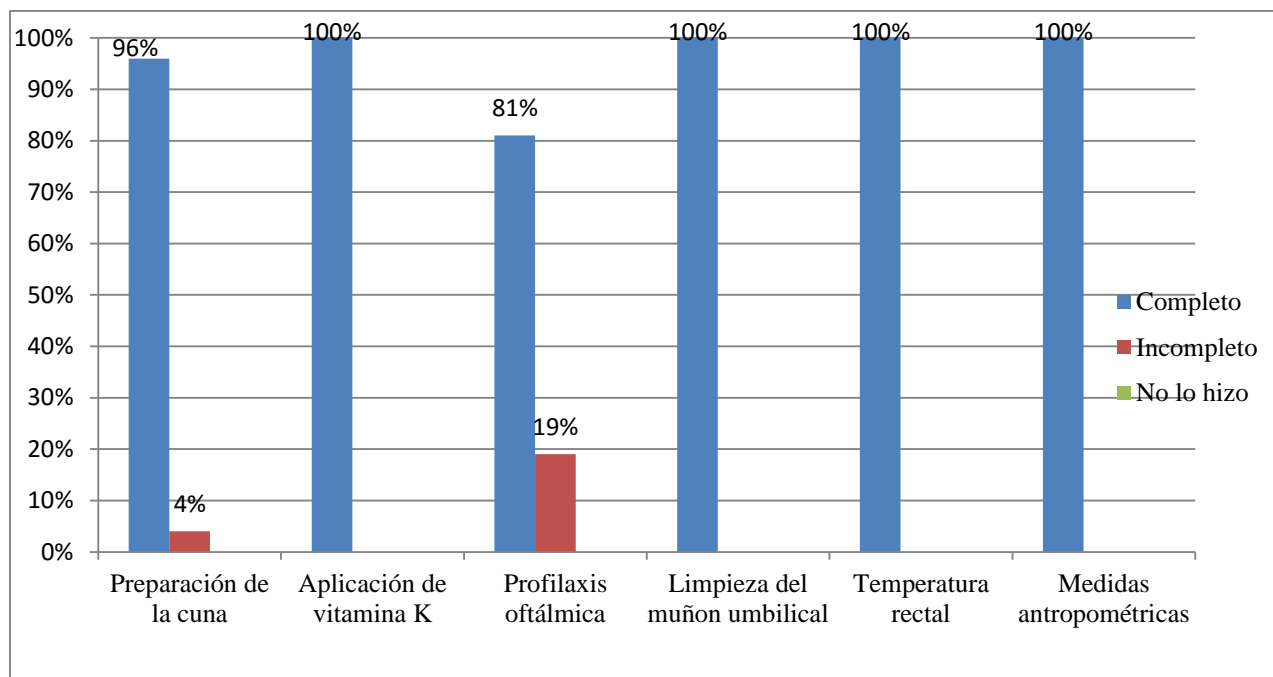
Teniendo en cuenta que la razón por la cual se le coloca el gorro al recién nacido conservará su calor, ya que estos tres puntos: cabeza, manos y pies es por donde principalmente pierden temperatura, mientras la piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido, cubrir la espalda, colocarlo en el pecho de la madre y cubrir la cabeza del recién nacido con una gorrita o una tela para evitar la pérdida de calor, ya que en la mayoría de las observaciones se realizó puesta de gorro y en su minoría no se realizó.

Según Normas y Protocolo de la atención al recién nacido normativa 011 (2009) el test de Apgar es una evaluación del estado general del recién nacido, que se efectúa al 1^o y 5^o minuto de vida. La evaluación del primer minuto tiene valor diagnóstico y el que hace a los cinco minutos tiene valor pronóstico, entre más baja la puntuación de Apgar peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal. Si la puntuación es ≥ 8 (niño normal) se mantiene junto a la madre se inicia el apego precoz. Pudiendo observar que el personal de enfermería valoró de manera correcta la puntuación Apgar.

Durante el periodo después del nacimiento aún existe circulación entre el recién nacido y la placenta a través de la vena y arterias umbilicales por lo tanto el momento del pinzamiento del cordón umbilical tendrá profundos efectos sobre el volumen de sangre del recién nacido después del parto. Después del pinzamiento umbilical y/o arterias se ha demostrado que la sangre fluye a través de las arterias umbilicales (del recién nacido a la placenta) durante los primeros 20 a 25 segundos después del nacimiento, pero alrededor de los 40-45 segundos este flujo es insignificante. Por el contrario en la vena umbilical el flujo sanguíneo continúa de la placenta al recién nacido, aproximadamente 3 minutos después del nacimiento luego de las cuales el flujo sanguíneo es insignificante. Se estima que cuando el recién nacido es colocado aproximadamente a 10 cm por encima o por debajo del nivel de la placenta la transfusión placentaria completa ocurre en 3 minutos. Pudiendo observar que el personal de enfermería realizó en el tiempo correcto el pinzamiento del cordón.

Grafica N° 3

Atención mediata del personal de Enfermería brindadas al recién nacido, Sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba, Carazo.



Fuente: Observación.

Con relación al análisis elaborado al personal de Enfermería en la atención mediata, brindadas al recién nacido en la sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba Carazo, valorando los incisos de completo, incompleto y no lo hizo, en cuanto a la preparación de la cuna se encontró un alto porcentaje de 96% (26 observaciones) lo realizaron de manera completa, un mínimo porcentaje de 4% (1 observación) lo realizaron de manera incompleta, en la aplicación de la vitamina K un 100% (27 observaciones) lo realizaron de manera completa, de igual manera en la profilaxis oftálmica un 81% (22 observaciones) lo realizaron de manera completa, un 19% (5 observaciones) lo realizaron de manera incompleta, sin embargo en la limpieza del cordón umbilical, temperatura rectal y medidas antropométricas un 100% (27 observaciones) lo hicieron de manera completa.

Según USAID (2012) Los Cuidados mediatos se realizan desde el momento que pasa al cunero hasta que egresa del hospital. Es importante preparar con anticipación la cuna térmica con el objetivo de mantener la termorregulación con el fin de evitar el enfriamiento del recién nacido y futuras complicaciones que puedan presentarse al momento de brindar la atención mediata.

Por lo tanto el personal de enfermería que realizo preparación de la cuna en su gran mayoría lo hicieron de manera correcta.

Según Protocolo y Normas de atención para el recién nacido normativa 011 (2009) Una disposición legal exige la aplicación de la profilaxis oftálmica, este procedimiento sirve para proteger al recién nacido contra una posible infección de gonorrea no diagnosticada en el cuerpo de la madre. En los cuidados al recién nacido en mayoría se aplicó profilaxis oftálmica correctamente.

Las inyecciones de vitamina K son muy importantes ya que pueden prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido se debe aplicar al momento que se realiza la atención mediata, y se administra 10 unidades en el tercio medio de la cara antero posterior del muslo izquierdo. Durante la atención brindada se aplicó la vitamina K de manera correcta.

El cordón umbilical se limpia con agua estéril, jabón antiséptico Y actualmente el uso de la clorexidina ya que ayuda rápidamente a la cicatrización. Las evidencias resientes no sustentan las aplicaciones de alcohol, ya que se retarda su desprendimiento. Se debe realizar limpieza del muñón umbilical para prevenir múltiples infecciones. De tal manera es importante para prevenir infecciones y evitar futuras complicaciones al recién nacido, en su mayoría la limpieza de cordón se realizó de manera correcta

La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la sobrevida a su estado de salud y a la morbilidad asociada. Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los

mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados. La temperatura rectal es la forma más exacta de saber si su niño tiene fiebre. Ésta es la forma preferida para saber la temperatura verdadera del cuerpo. Es más alta que la que se toma en la boca o en la axila porque el interior del recto es más cálido. En el área de labor de labor y parto se realizó de manera completa la toma de temperatura rectal.

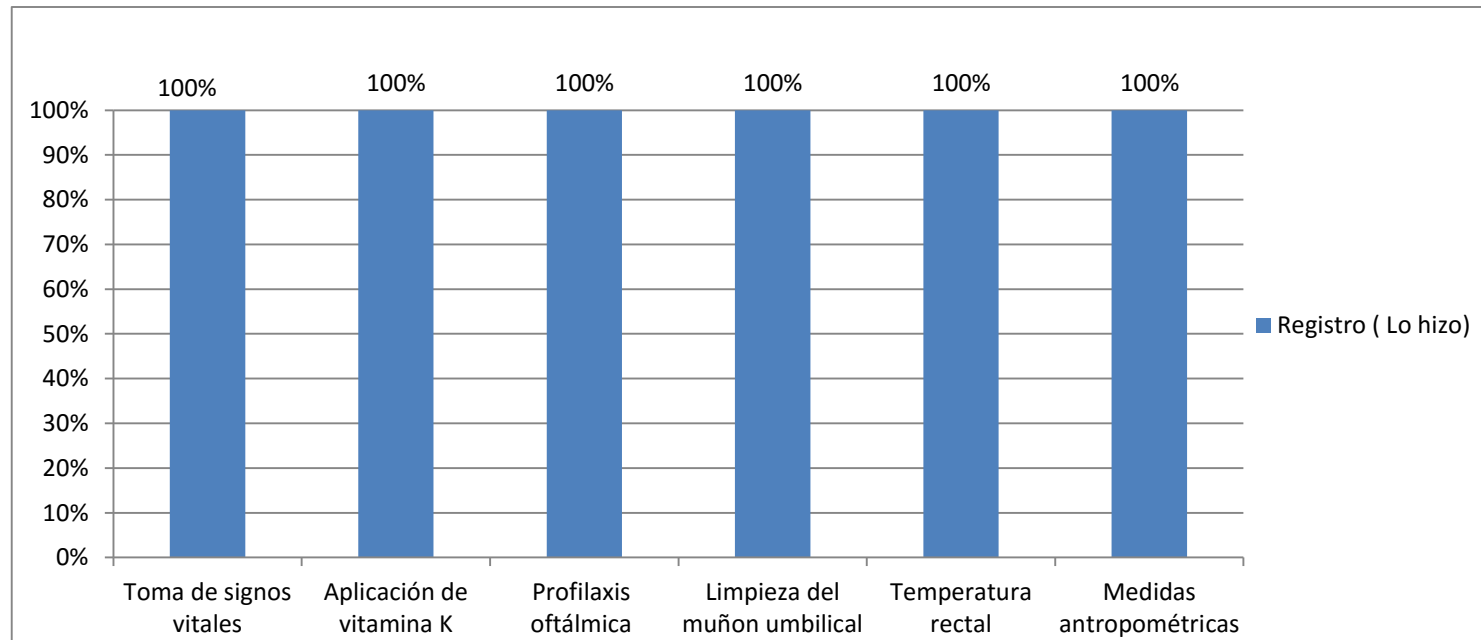
Las medidas antropométricas determinadas con exactitud y aplicadas a índices o comparadas con tablas, constituyen uno de los mejores indicadores del estado de nutrición, tanto en neonatos como en niños mayores, puesto que son de gran ayuda para la evaluación del crecimiento en estas etapas de la vida.

Para medir el perímetro cefálico se utilizará una cinta métrica de material flexible e inextensible. Se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo perímetro frontooccipital. La cinta es ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo. Después con el brazo relajado y extendido en posición horizontal, ligeramente separado del tronco y la mano en prono, se realiza la medición rodeando el contorno del brazo, sin ejercer presión. Luego la cinta debe ser colocada justo donde se ubican los botones mamarios del recién nacido y debe quedar en plano perpendicular al tronco del cuerpo.

Para tomar la longitud la coronilla de la cabeza debe tocar la base fija del tallimetro; es decir, alineado perpendicularmente al plano horizontal. Tanto la cabeza como la base del tallimetro deben ser sostenidas por uno de los observadores. Vigilando que las rodillas no se encuentren flexionadas y con la otra mano debe recorrer la base móvil del tallimetro, de manera que se ejerza una leve presión (sólo comprimiendo ligeramente la piel) sobre el talón(es) del neonato libre de cualquier objeto, para que el pie quede formando un ángulo de 90°. Por lo tanto cada personal de enfermería toma de manera correcta las medidas antropométricas

Gráfica N°4

Atención mediata del personal de Enfermería brindadas al recién nacido, Sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba, Carazo.



Fuente: Registro

Con relación al análisis elaborado por medio del registro del expediente clínico a cada personal de Enfermería en la atención mediata, brindadas al recién nacido en la sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba Carazo, valorando con los incisos lo hizo y no lo hizo, un alto porcentaje de 100% (27 ocasiones) lo registraron en el expediente clínico, tomando en cuenta los siguientes aspectos; Toma de signos vitales, Aplicación de vitamina k, Profilaxis oftálmica, limpieza del cordón umbilical, toma de temperatura rectal y medidas antropométricas.

Según Roger (2009) El nivel profesional, Es el conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formulación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral. Los Cuidados mediatos se realizan desde el momento que pasa al cunero hasta que egresa del hospital. Es importante preparar con anticipación la cuna térmica con el objetivo de mantener la termorregulación con el fin de evitar el enfriamiento del recién nacido.

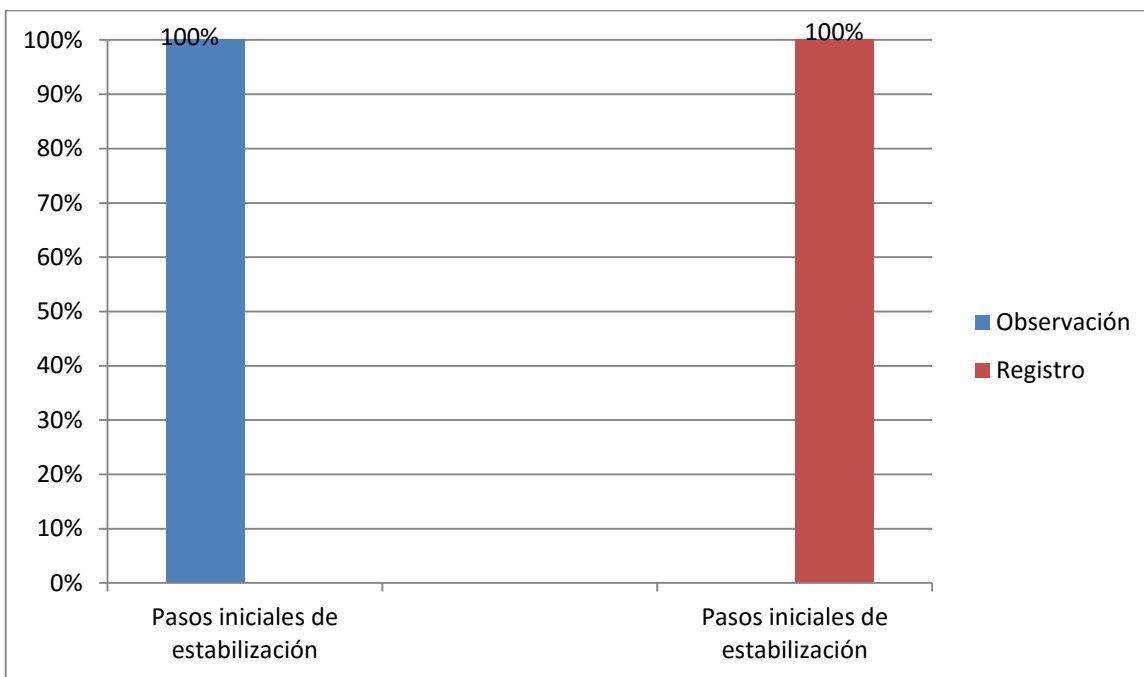
Se ha descrito que la profilaxis mediante pomadas antibióticas reduce significativamente el riesgo de desarrollar oftalmía neonatal. Las inyecciones de vitamina K pueden prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido se debe aplicar al momento que se realiza la atención mediata. El cordón se limpia con agua estéril, jabón antiséptico Y actualmente el uso de la clorexidina ya que ayuda rápidamente a la cicatrización.

Según la Academia Americana de Pediatría, (2009) La temperatura rectal es la forma más exacta de saber si su niño tiene fiebre. Las medidas antropométricas determinadas con exactitud constituyen uno de los mejores indicadores del estado de nutrición.

Las medidas antropométricas siempre son muy importante la atención que se le brinda a cada recién nacido en la sala de labor y parto, de igual manera es muy importante realizar las debidas anotaciones en el expediente clínico ya que es un documento legal que puede estar a nuestro favor y en contra.

Gráfica N° 5

Ayudar a los bebés a respirar, Sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba Carazo.



Fuente; Registro, Observación.

Con relación al análisis elaborado al personal de enfermería, sobre la atención en ayudando a bebés a respirar en la sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba Carazo, valorando observación y registro con los incisos completo, incompleto y no lo hizo, se encontró que en los pasos iniciales de estabilización, un alto porcentaje de 100% (2 observaciones) y (2 ocasiones) lo realizaron de manera completa y lo registraron en el expediente clínico.

En esta atención no se realizaron 25 observaciones debido a que no fue necesario, porque casi no hubo incidencia en ayudar a bebés a respirar por lo tanto solo se observó 2 veces evaluando los pasos iniciales de estabilización dentro de ellos tenemos suministro de calor, secado, aspiración de vías aéreas y estimulación táctil.

Según ayudado a los bebés a respirar (ABR) es una estrategia de resucitación neonatal en circunstancias de recursos limitados que se desarrolló sobre la premisa de evaluación al momento del nacimiento y suministrar los cuidados inmediatos que todo recién nacido merece. Los cuidados inmediatos implican promover el contacto piel a piel para evitar la pérdida de calor, secar, despejar vías aéreas últimas si son necesarias todo dentro de "El minuto oro" después del nacimiento. La mayoría de los recién nacido pueden sobrevivir sin problemas, si el personal se centrará en la entrega oportuna de las intervenciones esenciales tales como: suministro de calor, secado, limpieza de las vías aéreas o estimulación táctil. Si el recién nacido no responde a pesar de haber realizado las acciones anteriores se deberá brindar ventilación con bolsa de máscara para ayudar a los recién nacidos a iniciar la respiración.

Es importante realizar paso a paso la atención ayudando a bebé a respirar, porque ayuda a sobrevivir al recién nacido cuando presenta problemas, el personal se debe centrar en la entrega oportuna de las intervenciones esenciales, dentro de estas intervenciones tenemos que se debe hacer los pasos iniciales de estabilización los cuales son suministro de calor; secado, aspiración de vías aéreas, esto se realiza con el objetivo de ayudar al recién nacido a respirar en el momento que nace y no responde a los estímulos, o bien cuando lo necesite. Se realiza cuando el recién nacido no tiene un patrón respiración adecuado y presenta jadeo, respiración superficial o irregular, quejido o retracción intercostal o encontrarse en apnea. Si el recién nacido no está respirando adecuadamente, es necesario iniciar ventilación asistida.

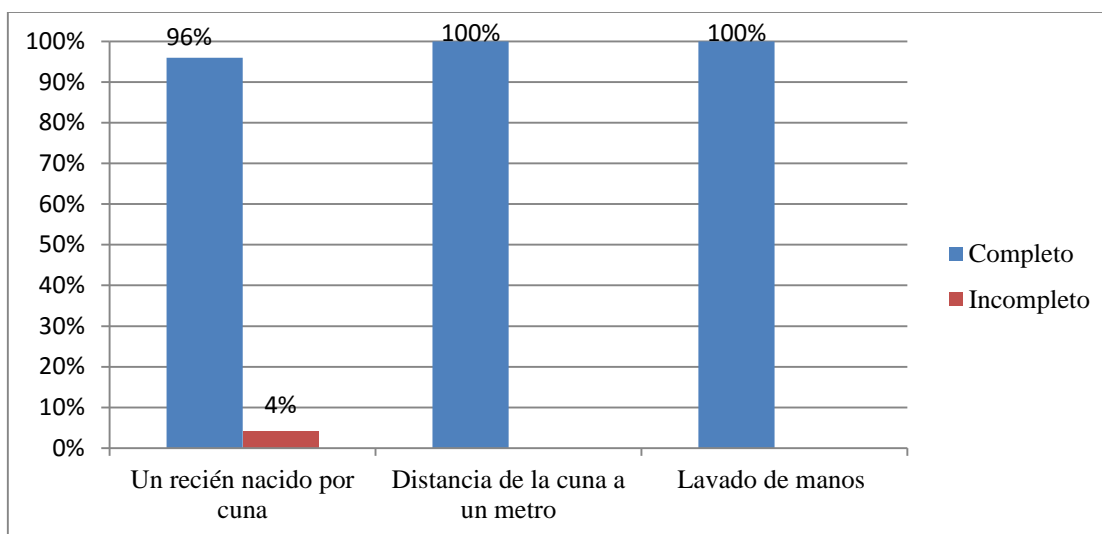
Mediante el suministro de calor es importante Frotar la espalda suavemente para suministrarle calor, así el recién nacido no pierde su temperatura y evita que se enfríe su cuerpo, de igual manera para estimular la respiración táctil las maniobras aceptadas para estimular al recién nacido frotar la espalda una o dos veces gentilmente de arriba hacia abajo y golpes en las plantas de los pies. Si se estimula el llanto del recién nacido por medio de masajes y caricias, se ayuda a que el fluido suba para que luego pueda ser succionado por la nariz o la boca.

Aspirar vías aéreas la boca y luego la nariz, para que el recién nacido respire adecuadamente, al succionar demasiado tiempo y fuerte, vigorosamente o introducir muy profundamente la pera, puede causar lesiones la estimulación de la faringe posterior durante los primeros minutos después del nacimiento podría generar una respuesta vagal y causar bradicardia fetal severa o apnea.

En la estimulación el secado y la succión producen suficiente estímulo para inducir una respiración efectiva en la mayoría de los neonatos. Dos métodos inocuos adicionales para dar estimulación táctil son: palmotear o frotar las plantas de los pies, frotar el dorso. Debe evitarse cualquier otro método de estimulación más vigoroso. Si la respiración espontánea y efectiva no es establecida después de un breve período (10 a 15 segundos) de estimulación, se requerirá de ventilación con presión positiva.

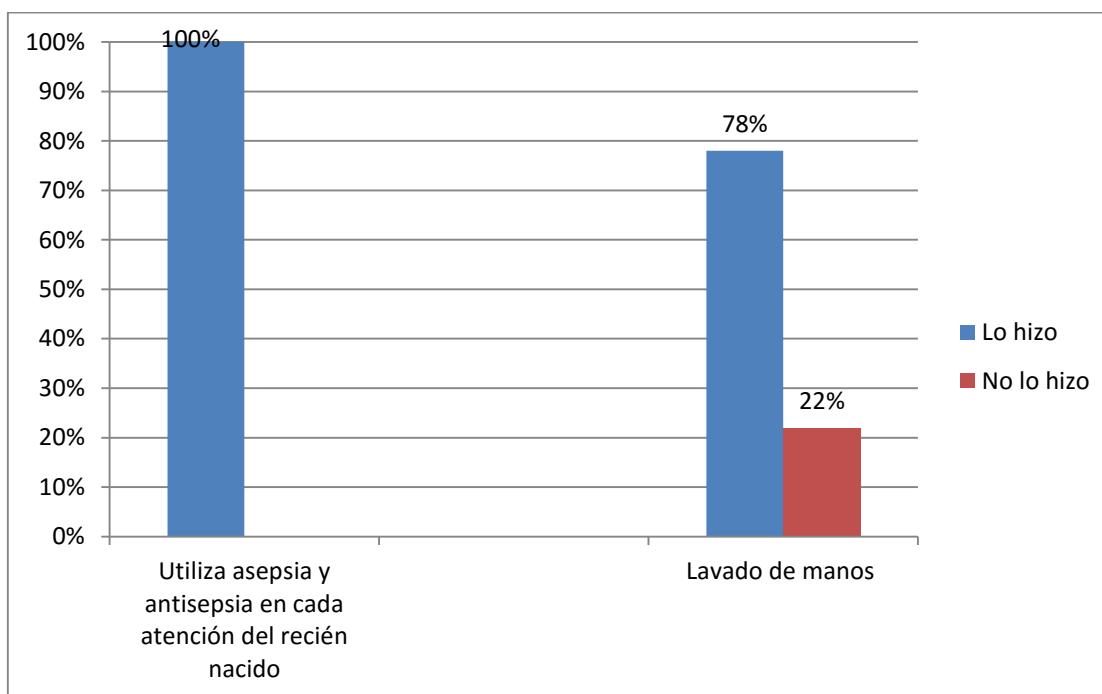
Gráfica N°6

Medidas de prevención de infecciones utilizados en el recién nacido por el personal de Enfermería, Sala de labor y parto del Hospital San José, Diriamba, Carazo.



Fuente: Observación.

Gráfica N° 6.1



Fuente: Registro

Con relación a análisis elaborado al personal de Enfermería en las medidas utilizadas en prevención del infecciones en el Hospital San José, Diriamba Carazo valorando la observación con los incisos completo, incompleto y no lo hizo se encontró que ubican a un recién nacido por cuna en un alto porcentaje de 96% (26 observaciones) lo realizan de manera completa, en un mínimo porcentaje de 4% (1 observación) lo realizaron de manera incompleta, de igual manera en la distancia de la cuna a un metro y el lavado de manos en un alto porcentaje de 100% (27 observaciones) lo realizaron de manera completa.

Con relación al análisis al personal de enfermería en la prevención de infecciones del Hospital san José Diriamba Carazo, valorando el registro con los incisos, lo hizo y no lo hizo, se encontró que utilizan asepsia y antisepsia en cada recién nacido en un alto porcentaje de 100% (27 ocasiones) lo registran en el expediente clínico, en cuanto al lavado un 78% (21 ocasiones) lo registraron en el expediente clínico, sin embargo en un 22% en (6 ocasiones) no lo registraron en el expediente clínico.

Los recién nacidos son especialmente susceptibles a ciertas enfermedades en mucha mayor medida que los niños mayores. Debido a que sus sistemas inmunitarios no están suficientemente maduros para hacer frente a las bacterias, virus y parásitos que provocan las infecciones, razón por la cual se debe de tener precaución al momento de brindar cuidados.

Por esta razón se debe colocar a un recién nacido por cuna, ya que es de suma importante colocar en cuanto nace el recién nacido en una cuna para prevenir el riesgo de infección cruzadas. Las cunas después de cada uso del recién nacido, deben ser estrictamente lavadas con liquido antiséptico para evitar contagiar con microorganismos patógenos al siguiente recién nacido que utilice la cuna.

Las cunas deben respetar una cierta distancia entre ellas con el objetivo de evitar el cruce de enfermedades de igual manera debe de tener un espacio de límites entre los restantes aparatos de la Unidad, para prevenir bacterias como de enfermedades durante la estancia

hospitalaria. El local donde se va a ubicar al recién nacido deberá ser el adecuado a su patología previniendo de complicaciones futuras en la vida del recién nacido.

El lavado de manos es un simple acto que no toma más de cinco minutos y que nos puede prevenir en numerosas ocasiones de la presencia de virus, bacterias y enfermedades que se transmiten a través del contacto de diversas superficies o que están en el ambiente.

Según Ponce de León y Cols (2009) El objetivo del lavado de mano es remover la flora transitoria que se localiza en las capas superficiales de la piel y están compuestas por bacterias que generalmente permanecen pocas horas. La flora residente habitual también se localiza en capas superficiales pero en un 10 a 20% se localiza en capas profundas, muchos de estos organismos no son altamente virulentos, pero pueden causar infecciones en pacientes susceptibles como son los recién nacidos. Todos los profesionales de la salud acuerdan en señalar la importancia del lavado de manos para mantener la higiene personal y para evitar la presencia de diferentes tipos de enfermedades. Así, un simple acto como lavarse las manos puede prevenirnos de complicaciones. Según Ponce de León (2000) las infecciones neonatales que no se tratan precozmente o que se extienden por el organismo del recién nacido pueden tener graves consecuencias. Puesto que el cuerpo y los órganos de los recién nacidos experimentan un rápido desarrollo, cualquier interrupción de ese proceso puede provocar complicaciones, incluyendo problemas de crecimiento y desarrollo, neurológicos, cardíacos, respiratorios y sensoriales. En algunos casos muy graves, las infecciones neonatales pueden ser mortales. Una de las bacterias Gram negativo más frecuentes en una unidad de salud es la *Klebsiella* contaminando frecuentemente rejillas de ventiladores, trampas de sumideros, drenajes, equipos de succión cunas térmicas mangueras de oxígeno, estetoscopio, termómetro, máscaras de oxígeno.

Es de suma importancia registrar en el expediente clínico, debido a que es un documento legal para llevar un control y de igual manera se puede utilizar como evidencia en la atención al recién nacido.

X. CONCLUSIÓN

Las características socio laboral del personal de enfermería, nivel profesional y la antigüedad siendo que predomina la antigüedad laboral de 11 a 25 años en la enfermera materno infantil y mayor de 25 años, en la enfermera en ciencias de la enfermería ambas en un 100%, con un mínimo porcentaje de 25% la antigüedad laboral de 11 a 25 años y mayor de 25 años, en ambas enfermeras generales.

Los cuidados de enfermería en la atención inmediata según resultados de análisis se encontró, valoración Apgar, pinzamiento del cordón umbilical y secado se cumplieron y registraron en un 100% tanto en la observación y registró, excepto la puesta del gorro se encontró un bajo porcentaje del 74% y en el registro un 78%.

Los cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la atención mediata se encontró a través de los resultados analizados que en su mayoría predomina la aplicación de vitamina K, temperatura rectal y medidas antropométricas en un 100%, tanto en la observación como en el registro

La atención de enfermería ayudando a los bebés a respirar son: pasos iniciales, se encontró en los resultados que los pasos iniciales de estabilización se cumplieron un 100% tanto en observación como en el registro.

La medidas de prevención de infecciones utilizadas en el recién nacido por el personal de enfermería, según resultados obtenidos se pudo apreciar que se cumplieron en un 100% el lavado de manos y la distancia de la cuna a un metro, un 96% un recién nacido por cuna en cuanto a la guía de revisión documental se valoró que un 100% se utiliza asepsia y antisepsia en cada atención del recién nacido y el lavado de mano se cumplió un 78%.

XI. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades de la institución, brindar capacitaciones al personal de enfermería enfatizando la atención del recién nacido para reforzar sus conocimientos.

Se recomienda a las autoridades que se realice monitoreo sobre los cuidados del recién nacido.

Se recomienda al personal de enfermería que al brindar los cuidados del recién nacido lo registren de manera correcta al expediente clínico, con lo cual se evidenciará el trabajo realizado.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

Academia Americana de pediatría (2009). *Atención al recién nacido*. 2da edición Washington. Organización panamericana de la salud .

Alvarado, E. & pineda, E. (2008) *Metodología de la investigación*. 3ra edicion Washington Organización Panamericana de la Salud.

Alvarado, E. Canales, E. & Pineda E.(1994). *Metodología de la investigación* 2da edicion Washington Publicación de la Organización Panamericana de la salud.

Canales, F. Luze, F. & Pineda F. (1994). *Metodología de la investigación* 2da edición Washington Publicacion Organización Panamericana de la salud.

Davini & Cols (1997) *Metodología de la investigación*. 2da edición Whashintom Organización Panoamericana de la salud.

Denzin, N. (2005). Manual de investigación cualitativa. *Sage publications*. Obtenido de google: [http:// www.metodologiainvestigativa97.es.com](http://www.metodologiainvestigativa97.es.com).

Fayol H. & Camel (2010). *Procesos en metodología investigativa en administración*. 1ra edición París-Francia.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, L. (2003) *Metodología de la investigacion* 2da edición Mexico- mexicano.

Hernández, R. Fernández, C, & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*.5ta edición. México: mexicana, Reg. Num. 736

León, P. & Cols (2009). *Prevención de infecciones*. 1ra edición Barcelona España. Salvat editores.S.A.

Luna, D. (18 de Mayo de 2005). IntraMed. Obtenido de IntraMed: <http://www.intramed.net/>

Ministerio de salud de Nicaragua (MINSA). (2009). *Normas y Protocolo para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido*. Febrero, Managua Nicaragua.

Ministerio de salud de Nicaragua (MINSA). (2013). *Clínica para la atención del Recién Nacido*(22). Marzo, Managua, Nicaragua

OMS (2002) Atención al recién nacido, Ginebra, organización mundial de la salud. www.pediatricblog.es/slideshare.com.

OMS (2003) Atención al recién nacido, Ginebra, organización mundial de la salud. www.pediatricblog.es/slideshare.com.

OMS (2005) Atención al recién nacido, Ginebra, organización mundial de la salud. www.pediatricblog.es/slideshare.com.

Mortis, S Rosas, R y Chairez (2010) *Metodología para procesos investigativos disponibles* 1ra edición Barcelona España. S.A.

OMS. (03 de 03 de 2014). *ARTÍCULOS CUIDAVITA*. Obtenido de ARTICULOS CUIDAVITA: <https://cuidavitasevilla.com/category/articulos-cuidavita/>

Reyes, S. (2006). *Módulo investigación*. UNAN-MANAGUA

Reyes, S. (2010). *Módulo investigación*. UNAN, MANAGUA.

Schwarcz, R. Fescina, R. & Duvergers (2005). *Obstetricia*. 5ta edición Buenos Aires, El Ataneo.

Sheldon.(1979). Cuidados intensivos del recién nacido. Barcelona España: Salvat Editores, S.A.

USAID. (2012). AYUDANDO A LOS BEBÉS A RESPIRAR. En USAID AYUDANDO A BEBÉS A RESPIRAR (págs 18-21). MANAGUA:MANAGUA 2012.

USAID. (2010). AYUDANDO A LOS BEBÉS A RESPIRAR. En USAID AYUDANDO A BEBÉS A RESPIRAR (págs 6-16). MANAGUA: MANAGUA 2012.

USAID. (2012). AYUDANDO A LOS BEBÉS A RESPIRAR. En USAID AYUDANDO A BEBÉS A RESPIRAR (págs 17-20). MANAGUA: MANAGUA 2012.

USAID (2012). *Guía de obseravaciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinata ly neonatal,MANAGUA,NICARAGUA,NOVIEMBRE,2014.*

USAID. (Noviembre 2014). *Guía de intervenciones basadas en evidencias que reducen la mortalidad y morbilidad perinatal, Neonatal. MANAGUA,NICARAGUA.*

ANEXOS.

PRESUPUESTO.

Rubro.	Cantidad.	Detalles.	Total.
Transporte hacia Diriamba.	Bus expreso.	70 por persona.	500 córdobas.
Movilización hacia el hospital.	Moto taxi.	10 por persona.	500 córdobas.
Alimentación.	3 x 8 días.	50 por persona.	1,200 córdobas.
Movilización dentro de Managua.	10 ocasiones en ruta.	2.5 por persona.	50 córdobas.
Material y equipo.			
Impresiones de instrumentos para borrador.	18 Guías de observación y registro.	7 córdobas cada una.	130 córdobas.
Impresión del primer borrador.	1 documento.	35 córdobas por persona.	105 córdobas.
Tiempo en internet.	14 horas.	120 córdobas.	360 córdobas.
Consumo telefónico.	8 recargas.	50 córdobas.	400 córdobas.
Impresiones de instrumentos 2do borrador.	18 Guías de observación y registro.	10 córdobas cada una.	150 córdobas.
Impresión del segundo borrador.	1 documento.	50 córdobas por persona.	150 córdobas.
Impresión del tercer borrador.	1 documento.	50 córdobas por persona.	150 córdobas.
Impresión del cuarto borrador.	1 documento.	53 córdobas por persona.	160 córdobas.
Fotocopias.	40 copias.	10 córdobas por persona.	30 córdobas.
Alimentación	3 tiempos. 8 días	60 córdobas por persona.	1,440 córdobas.
TOTAL:	-	-	5,325 córdobas.

BOSQUEJO

- 1- Introducción**
- 2- Justificación**
- 3- Antecedentes**
- 4- Planteamiento del problema**
- 5- Preguntas de investigación**
- 6- Objetivos**
- 7- Diseño metodológico**
 - 7.1 Tipo de estudio**
 - 7.2 Área de estudio**
 - 7.3 Universo**
 - 7.4 Criterios de inclusión**
 - 7.5 Técnicas e instrumentos de recolección**
 - 7.6 Métodos de recolección de la información**
 - 7.7 Pruebas de jueces y pilotaje**
 - 7.8 Procesamiento y análisis de la información**
 - 7.9 Triangulación**
 - 7.10 Consentimiento informado**
 - 7.11 Variables en estudio**
- 8- Operacionalización de la variable**
- 9- Desarrollo del subtema**
 - 9.1 Características socio-laborales del personal de enfermería**
 - 9.1.1. Laborales**
 - 9.1.2 Antigüedad**
 - 9.1.3 Nivel profesional**
 - 9.2 Cuidados de enfermería brindados al recién nacidos en la atención inmediata**
 - 9.2.1 Aspiración**
 - 9.2.2 Secado**
 - 9.2.3 Estimulación**
 - 9.2.4 Apego precoz**
 - 9.2.5 Valoración Apgar**
 - 9.2.6 Pinzamiento del cordón umbilical**
 - 9.2.7 Puesta del gorro**
 - 9.3 Cuidados de enfermería brindados al recién nacido en atención mediata.**
 - 9.3.1 Preparación de la cuna**
 - 9.3.2 Profilaxis oftálmica**
 - 9.3.3 Aplicación de la vitamina K**
 - 9.3.4 Limpieza del cordón umbilical**
 - 9.3.5 Temperatura rectal**

9.3.6 Medidas antropométricas

9.3.7 Peso

9.3.8 Identificación del brazalete

9.3.9 Huella plantar

9.4 Ayudando a bebés a respirar

9.4.1 Pasos iniciales de estabilización

9.4.2 Ventilación por de mascara

9.4.3 Inicio de la ventilación

9.4.4 Colocación de la cabeza del recién nacido

9.4.5 Colocación de la máscara sobre el recién nacido

9.5 Medidas de prevención de infecciones

9.5.1 Un recién nacido por cuna

9.5.2 Distancia de la cuna a un metro

9.5.3 Lavado de manos

9.5.3.1 Al iniciar los cuidados

9.5.3.2 Después del contacto con lo contaminado

10- Discusión de los resultados

11- Conclusiones

12- Recomendaciones

1. Características Socio-Laboral que tiene el personal de Enfermería que brinda los cuidados al recién nacido.

TABLA N°1

Antigüedad y nivel profesional del personal de Enfermería que labora en la sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba, Carazo 2015.

Nivel profesional.	Antigüedad.							
	0 – 10 años.		11 – 25 años		Mayor de 25 años		Total:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Enf. Obstetra.	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
	0	0	1	100	0		1	100
Enf. Materno infantil.	0	0	0	0	1	0	1	100
	2	0	1	25	1		4	100
Enf. Ciencias de la Enfermería.		50				100		
Enf. General.						25		

Fuente: Observación, Revisión documental

2. Cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la atención inmediata.

TABLA N°2

Atención inmediata del personal de enfermería brindados al recién nacido, Sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba Carazo.

Atención inmediata	Observación								Registro					
	Completo		Incompleto		No lo hizo		Total		Lo hizo		No lo hizo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aspirar vías aéreas	17	89	2	11	0	0	19	100	19	100	0	22	27	100
Secado	27	100	0	0	0	0	27	100	26	96	1	4	27	100
Realizar estimulación	24	89	0	0	3	11	27	100	27	100	0	0	27	100
Proporcionar calor	21	78	0	0	6	22	27	100	27	100	0	0	27	100
Puesta del gorro	20	74	0	0	7	26	27	100	21	78	6	22	27	100
Valoración Apgar	27	100	0	0	0	0	27	100	27	100	0	0	27	100
Pinzamiento del cordón	27	100	0	0	0	0	27	100	27	100	0	0	27	100

Fuente: Registro y Observación.

3. Cuidados de Enfermería brindados al recién nacido en la atención mediata.

TABLA N°3

Atención mediata del personal de Enfermería brindadas al recién nacido, Sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba, Carazo.

Atención Mediata.	Guía de observación.							
	Completo		Incompleto		No lo hizo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Preparación de la cuna.								
Limpia.	26	96	1	4	0	0	27	100
Proporciona calor.	26	96	1	4	0	0	27	100
Aplicación de Vitamina K.								
10 unidades.	27	100	0	0	0	0	27	100
Tercio medio anterior del muslo.	27	100	0	0	0	0	27	100
Profilaxis Oftálmica.								
De adentro a hacia afuera.	22	81	5	19	0	0	27	100
Limpieza del muñón Umbilical.								
De lo más sucio a lo más limpio.	27	100	0	0	0	0	27	100
Clorexidina.	24	89	0	0	3	11	27	100
Temperatura rectal.								
Medidas antropométricas.								
Perímetro cefálico.	27	100	0	0	0	0	27	100
	27	100	0	0	0	0	27	100
Perímetro braquial.	27	100	0	0	0	0	27	100
Perímetro torácico.								
Perímetro abdominal.	27	100	0	0	0	0	27	100
Longitud.	27	100	0	0	0	0	27	100

Fuente: Guía de observación.

3. Cuidados de enfermería brindados al recién nacido en la mediata.

TABLA N°4

Atención mediata del personal de Enfermería brindadas al recién nacido, Sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba, Carazo.

Atención Mediata.	Guía de Revisión documental.	
	Lo hizo	
	N°	%
Toma de signos vitales.	27	100
Aplicación de Vitamina K.	27	100
Profilaxis Oftálmica.	27	100
Limpieza del muñón Umbilical.	27	100
Temperatura rectal.	27	100
Medidas antropométricas.	27	100

Fuente: Revisión documental.

3. Atención de enfermería ayudando a los bebés a respirar.

TABLA N° 5

Ayudar a los bebés a respirar en la sala de labor y parto del hospital San José,
Diriamba, Carazo.

Ayudando a los bebés a respirar.	Observación		Registro			
	Completo		Lo hizo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pasos iniciales de estabilización	2	100	0	0	2	100
Pasos iniciales de estabilización	0	0	2	100	2	100

Fuente: Observación, Revisión documental.

4. Prevención de infecciones utilizadas en el recién nacido por el personal de enfermería.

TABLA N°6

Medidas de prevención de infecciones utilizados en el recién nacido por el personal de Enfermería, Sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba, Carazo.

Medidas de prevención de infecciones	Observación					
	Completo		Incompleto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Un recién nacido por cuna.	26	96%	1	4%	27	100%
Distancia de la cuna a 1 metro.	27	100%	0	0%	27	100%
Lavado de manos.	27	100%	0	0%	27	100%

Fuente: Observación.

5. Medidas de prevención de infecciones utilizadas en el recién nacido por el personal de enfermería.

TABLA N°7

Medidas de prevención de infecciones utilizados en el recién nacido por el personal de Enfermería, Sala de labor y parto del hospital San José, Diriamba, Carazo.

Medidas de prevención de infecciones	Registro.					
	Lo hizo		No lo hizo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Utiliza asepsia y antisepsia en cada atención del recién nacido.	27	100%	0	0%	27	100%
Lavado de manos.	21	78%	6	22%	27	100%

Fuente: Registro.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD

LUIS FELIPE MONCADA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Mayor de edad, trabajadora de la sala de labor y parto autorizo el permiso a las estudiantes Jessica Ivette de la Rocha Rizo, Gabriela Priscila Fernández Flores y Ana María Brenes Pérez del 5to año de la carrera de enfermería con mención en Obstetricia y Perinatología con la investigación titula Atención de enfermería brindados al recién nacido en la sala de labor y parto, del Hospital San José Diriamba-Carazo, con el fin de realizar su investigación de seminario de graduación, las autoras me ha brindado la información necesaria sobre dicho estudio y que sus resultados son con fines académicos y confidencialidad.

Firma

PRESUPUESTO.

Rubro.	Cantidad.	Detalles.	Total.
Transporte hacia Diriamba.	Bus expreso.	70 por persona.	500 córdobas.
Movilización hacia el hospital.	Moto taxi.	10 por persona.	500 córdobas.
Alimentación.	3 x 8 días.	50 por persona.	1,200 córdobas.
Movilización dentro de Managua.	10 ocasiones en ruta.	2.5 por persona.	50 córdobas.
Material y equipo.			
Impresiones de instrumentos para borrador.	18 Guías de observación y registro.	7 córdobas cada una.	130 córdobas.
Impresión del primer borrador.	1 documento.	35 córdobas por persona.	105 córdobas.
Tiempo en internet.	14 horas.	120 córdobas.	360 córdobas.
Consumo telefónico.	8 recargas.	50 córdobas.	400 córdobas.
Impresiones de instrumentos 2do borrador.	18 Guías de observación y registro.	10 córdobas cada una.	150 córdobas.
Impresión del segundo borrador.	1 documento.	50 córdobas por persona.	150 córdobas.
Impresión del tercer borrador.	1 documento.	50 córdobas por persona.	150 córdobas.
Impresión del cuarto borrador.	1 documento.	53 córdobas por persona.	160 córdobas.
Fotocopias.	40 copias.	10 córdobas por persona.	30 córdobas.
Alimentación	3 tiempos. 8 días	60 córdobas por persona.	1,440 córdobas.
TOTAL:	-	-	5,325 córdobas.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-MANAGUA.

Instituto Politécnico de la Salud.

Luis Felipe Moncada.



Departamento de Enfermería.

Guía de Observación aplicada al personal de Enfermería sobre la atención brindada al recién nacido.

El presente instrumento se realizará con el propósito de indagar sobre los cuidados que brinda el personal de Enfermería en la atención del recién nacido. En la Sala de labor y parto del Hospital San José de Diriamba. A continuación se presentan una serie de ítems donde el investigador marcará con una X según corresponda.

I- Datos generales.

Observación número. _____ Clave _____
Cargo que ocupa en la sala . _____
Nivel profesional _____
Años de labor Atención _____
mediata. _____
Atención inmediata. _____
ABR _____
Medidas de prevención _____

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-MANAGUA.

Instituto Politécnico de la Salud.

Luis Felipe Moncada.



Departamento de Enfermería.

La guía de revisión documental será dirigida hacia la valoración del expediente clínico que realiza el personal de salud sobre la atención brindada al recién nacido.

El presente instrumento se realizará con el propósito de indagar sobre los cuidados que brinda el personal de Enfermería en la atención del recién nacido. En la Sala de labor y parto del Hospital San José de Diriamba. A continuación se presentaran una serie de ítems donde el investigador marcará con una X según corresponda.

II- Datos generales.

Clave:

Revisión documental número _____

Cargo que ocupa en la sala. _____

Nivel profesional _____

Años de labor _____

5. Cuidados de Enfermería en la atención inmediata.

CUIDADO DE ENFERMERÍA	LO HIZO			NO LO HIZO			OBSEVACIÓN.
	1	2	3	1	2	3	
Aspirar vías aéreas.							
Secado							
Realizar estimulación.							
Proporcionar calor.							
Puesta de gorro.							
Valoración Apgar.							
Pinzamiento del cordón.							

6- Cuidados de Enfermería en la atención Mediata.

CUIDADO DE ENFERMERÍA	LO HIZO			NO LO HIZO			OBSEVACIÒN.
	1	2	3	1	2	3	
Preparación de la cuna.							
Aplicación de vit K.							
Profilaxis Oftálmica.							
Limpieza del muñón.							
Temperatura rectal.							
Medidas antropométricas.							

7. Atención de Enfermería ayudando a los bebés a respirar.

CUIDADO DE ENFERMERÍA	LO HIZO			NO LO HIZO			OBSEVACIÓN.
	1	2	3	1	2	3	
Pasos iniciales de estabilización.							
Estabilización por bolsa de máscara.							
Aspiración por meconio.							

8- Medidas de prevención de infecciones.

CUIDADO DE ENFERMERÍA	LO HIZO			NO LO HIZO			OBSEVACIÓN.
	1	2	3	1	2	3	
Previa asepsia.							
Lavado de manos.							