

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**COMPETENCIAS COGNITIVAS DE ENFERMERÍA EN LA
RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO EN EL
HOSPITAL DE LA “MUJER” PRIMER SEMESTRE 2019**

POSTULANTE: Lic. Janneth Nancy Tintaya Mejía

TUTORA: Lic. Mg. Sc. Judith Veizaga Arias

**Trabajo de Grado presentada para Optar el título de Especialista Enfermería
Neonatal**

La Paz – Bolivia

2021

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llegar a la conclusión de mis estudios, por protegerme siempre y darme fuerzas necesarias para superar dificultades en esta etapa de la vida.

A Mis docentes que han formado parte de mi preparación profesional y por sentar bases para el éxito de mi carrera.

A mis maestras de mi querido Hospital de la Mujer por brindarme sus enseñanzas de forma constante y demostrarme la pasión hacia la práctica por la enfermería.

DEDICATORIA

A mi amado padre, por enseñarme el camino del éxito con dedicación y empeño.

A mi madre por ser mi fortaleza y la fuerza que me brinda en todo momento por su amor incondicional.

A mis hermanos y hermana por ser los motores de mi vida que gracias a su apoyo incondicional han permitido que culmine la segunda etapa de mi vida de mi vida profesional.

A mis sobrinos por el apoyo recibido a lo largo de mi carrera, por su preocupación y muestra de cariño.

RESUMEN

La investigación está centrada en las competencias cognitivas en la recepción del recién nacido por parte del personal de enfermería para evitar los efectos adversos de la adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina de los recién nacidos. El personal que atiende al neonato debe anticiparse a los eventos del nacimiento, conociendo los antecedentes perinatales e identificando oportunamente en los primeros segundos de vida, es importante que haya un equipo coordinado de trabajo, ya que se considera que todo neonato tiene el derecho de ser atendido con el nivel de competencia más alto posible. **Objetivo:** Determinar las competencias cognitivas de Enfermería en la recepción del recién nacido de bajo riesgo, en el Hospital de la Mujer en el servicio de recién nacidos aplicando un cuestionario validado por tres profesionales del servicio de neonatología de diferentes hospitales Materno Infantil de la CNS, Hospital del Niño y Hospital de la Mujer. **Metodología:** Se realizó un estudio de carácter descriptivo, y corte transversal, se trabajó con una población de 10 licenciadas de enfermería que trabajan en el servicio de recién nacidos a quienes se aplicó un cuestionario sobre los conocimientos de la recepción del recién nacido de bajo riesgo. Los **Resultados:** En cuanto a las variables sociodemográficas mostraron que el 100% poseen título de Licenciadas en Enfermería y el 10% tiene Maestría, los resultados cognitivos fueron bajo 41,7%, Medio el 33.3% y alto de un 25% según escala de Liter **Conclusiones:** Las competencias cognitivas del personal de enfermería en la atención del recién nacido de bajo riesgo nos muestran que las enfermeras, Profesionales necesitan incrementar sus conocimientos, capacitación. Para desarrollar cada técnica con la mayor eficiencia y brindar una óptima recepción de calidad y calidez del recién nacido. Por tal razón se diseñó un protocolo de atención para el recién nacido de bajo riesgo para la atención del mismo así también colaborar al personal de enfermería.

Palabras claves: Atención del recién nacido, recién nacido de bajo riesgo Personal de enfermería.

ABSTRAC

The research is focused on the cognitive skills in the reception of the newborn by the nursing staff to avoid the adverse effects of the adaptation of intrauterine life to the extrauterine life of newborns. The personnel caring for the newborn must anticipate the events of birth, knowing the perinatal history (antepartum and intrapartum) and identifying in the first seconds of life, it is important that there is a coordinated work team, since it is considered that every newborn You have the right to be served with the highest level of competence possible. Objective: To determine the cognitive competences of Nursing in the reception of the low-risk newborn, in the Hospital de la Mujer in the newborn service applying a questionnaire validated by three professionals of the neonatology service of different Maternal and Child hospitals of the CNS, Children's Hospital and Women's Hospital. Methodology: A descriptive, cross-sectional study was carried out with a sample of 12 licensed nurses who work in the newborn service to whom a questionnaire was applied on the knowledge of the reception of the low-risk newborn. The Results: Regarding the sociodemographic variables, they showed that 100% have a Bachelor's degree in Nursing and 10% have a Master's degree and it was not possible to demonstrate a diploma and specialty, in relation to training, 100% update in courses or events outside of the institution, 40% update annually, 30% update once a month, the remaining 30% do not update in any way. Regarding cognitive competence, 58.3% have a Medium knowledge about the reception of the low-risk newborn, 33.3% low and only 8.3% high. Conclusions: the cognitive skills of the nursing staff in the reception of the low-risk newborn are adequate in half of the staff, they have a good attitude towards the work they do, but their technical competence is not adequate, and there is a lack of necessary actions to pay quality care. For this reason, a care protocol was designed for the low-risk newborn to care for them with specific guidelines and to collaborate with the nursing staff.

Keywords: Newborn care, low-risk newborn Nursing staff.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II JUSTIFICACIÓN	3
III MARCO TEÓRICO	4
3.1 ANTECEDENTES.....	4
3.2 MARCO CONCEPTUAL	10
3.2.1. Fundamento filosófico Patricia Benner	10
3.2.2. Características del Recién Nacido	20
3.3. CLASIFICACIÓN.....	20
3.4. Recursos físicos para recepción del Recién Nacido sano	25
a) Planta física, debe reunir ciertas condiciones:.....	25
b) Condiciones Ambientales:	25
c) Sector de Reanimación	25
3.5 Rol de la Enfermera en recepción del Recién Nacido sano	28
a) Etapa inicial de la Recepción.....	28
b) Atención en sala de Recepción	28
c) Despues del nacimiento.....	28
3.6. Personal.....	30
3.7. Perfil de la Enfermera	31
3.8. Técnica para una atención adecuada de los Recién Nacidos	33
3.9. Hoja de enfermería existente en la unidad.....	35
3.10. Contacto precoz del Recién Nacido (piel a piel)	37
4. Marco Contextual	43
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
Pregunta de Investigación.....	47

V. OBJETIVOS	47
Objetivo General	47
Objetivos Específicos	47
VI DISEÑO METODOLÓGICO	47
Variables	49
Operalización de Variables	49
VII CONSIDERACIÓN ÉTICA	54
VIII RESULTADOS	56
IX CONCLUSIONES	74
X RECOMENDACIONES	76
XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
XII ANEXOS	84
1. Cuestionario.....	84
2. Ficha de recolección de datos	87
3. Guía de Observación	88
4. Protocolo.....	86

Índice de Tablas

Pág.

Tabla N°1

Características sociodemográficas de la enfermera en el servicio de recién nacidos del hospital de la mujer gestión 2019.....54

Tabla N°2

Profesional de Enfermería según Formación Académica en la unidad de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.....56

Tabla N°3

Capacitación Recibida/Tipo de Capacitación sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo en la unidad de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019..... 57

Tabla N°4

Nivel de Competencias Cognitivos Sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería del Servicio de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.....58

Tabla N°5

Nivel de Competencias Cognitivos Sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería del Servicio de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.....60

Tabla N°6

Aplicación de la Competencia Técnica en la Atención del Recién nacido de bajo riesgo por parte del Personal de Enfermería en el servicio de recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.....64

Tabla N°7

Características sociodemográficas del recién nacidos en el servicio de recién nacidos del hospital de la mujer gestión 2019.....66

Tabla N°8

Características sociodemográficas del recién nacidos en el servicio de recién nacidos del hospital de la mujer gestión 2019.....67

Tabla N°9

Características sociodemográficas del recién nacidos en el servicio de recién nacidos según el sexo del hospital de la mujer gestión 2019.....68

Tabla N°10

Características sociodemográficas del recién nacidos en el servicio de recién nacido vivo del hospital de la mujer gestión 2019.....69

Tabla N°11

Características sociodemográficas del recién nacidos en el servicio de recién nacido según su peso del hospital de la mujer gestión 2019.....70

Índice de Gráficos

	Pág.
GRAFICO N°1	
Grupo etario del personal de enfermería.....	54
GRAFICO N°2	
Profesional de Enfermería según Formación Académica.....	56
GRAFICO N°3	
Profesional de Enfermería según Formación Académica.....	57
GRAFICO N°4	
Nivel de Competencias Cognitivos Sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo.....	58
GRAFICO N°5	
Nivel de competencias cognitivos sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo.....	60
GRAFICO N°6	
Porcentaje Total de la competencia cognitiva sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería de la unidad Recién Nacidos del Hospital de la Mujer.....	62
GRAFICO N°7	
Escala de Stanones Para Medir Conocimientos sobre la atención del recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería de la unidad Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.....	63
GRAFICO N°8	
Aplicación de la competencia técnica en la atención del recién nacido de bajo riesgo.....	65
GRAFICO N°9	
Nacimientos de 5 años anteriores.....	66

GRAFICO N°10

Tipo de Parto.....67

GRAFICO N°11

Sexo de los recién nacidos.....68

GRAFICO N°12

Recién nacido vivo o muerto.....69

GRAFICO N°13

Peso del recién nacido.....71

I. INTRODUCCIÓN

El cambio fisiológico del recién nacido implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período, El objetivo primordial del equipo de salud para este período es supervisar que la adaptación se realice en forma normal.

La atención del recién nacido, es una función importante del personal de enfermería es mantener un menor riesgo en todas las actividades que realiza. El conocimiento, manejo de los equipos complejos y de los accesorios mecánicos forman parte de la atención del recién nacido. ⁽¹⁾

La transición del medio intrauterino al extrauterino es un proceso complejo, durante el cual se producen múltiples modificaciones, en varios sistemas, en forma simultánea y en el transcurso de pocos minutos. El éxito del proceso de adaptación depende de que éstas se realicen en forma correcta. Por la complejidad de estas modificaciones y la interferencia que ejercen factores externos ⁽¹⁾

Es vital brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina: intervención precoz en situaciones que ponen en riesgo la vida o se asocian con secuelas, facilitar inmediatamente al nacimiento la interacción madre-hijo, evitar la pérdida de calor corporal, prevenir infecciones, suministrar apoyo vital en los casos que lo requieran. ⁽¹⁾

SITUACIÓN EN EL MUNDO

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, desde 1990 el mundo ha realizado progresos sustanciales en lo que respecta a la supervivencia infantil. A escala mundial, el número de defunciones de recién nacidos descendió de 5 millones en 1990, a 2,5 millones en 2017. Sin embargo, entre 1990 y 2017 la disminución de la mortalidad de recién nacidos ha sido más

lenta que la de la mortalidad pos neonatal. En el África subsahariana, la proporción de defunciones de recién nacidos es relativamente baja (37%). En cambio, en Europa el 54% de las defunciones de menores de 5 años se producen en el período neonatal. ⁽²⁾

Bolivia registra una tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años, de 51 por cada 1.000 nacidos. Es la segunda más alta de la región, después de Haití, con un índice de 70 muertes. En Sudamérica, Chile tiene la mejor tasa, con nueve muertes por cada 1.000 nacidos; y en toda América, Cuba y Canadá tiene un índice de seis fallecimientos. ⁽³⁾

El 44% de las muertes fetales, el 73% de las muertes de recién nacidos y el 61% de las muertes maternas se producen en torno al momento del trabajo del parto y el nacimiento y en los primeros días después del nacimiento. En 2012, más del 80% de la mortalidad neonatal se debió a tres causas: las complicaciones de la prematuridad, las muertes neonatales relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal) y las infecciones neonatales. ⁽³⁾

Un 90% de los recién nacidos (RN) hace la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad, requiriendo poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular. Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia y cerca del 1% necesita una reanimación avanzada para sobrevivir. Estos porcentajes son mayores en los recién nacidos pre término. ⁽⁴⁾

Es por esto que se ha creído conveniente realizar un estudio que permita determinar las competencias cognitivas de la profesional de enfermería en la atención del recién nacido de bajo riesgo y de acuerdo a los resultados arrojados brindar calidad de atención por parte de este grupo poblacional.

II. JUSTIFICACIÓN

El éxito del proceso de adaptación de la vida intra uterina a la extra uterina depende de éstas actividades que realiza de forma correcta la enfermera. Por la complejidad de estas modificaciones y la interferencia que ejercen factores externos, fácilmente se ven dificultadas causando trastornos de la adaptación, principal causa de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos, periodo neonatal. ⁽²⁾

Ante esta realidad es necesario contar con investigaciones enfocadas a mejorar las competencias cognitivas en atención del recién nacido de bajo riesgo fundamentalmente en profesionales de salud como las enfermeras, pues estas cumplen un rol fundamental, ya que a través de su aplicación contribuye a la adaptación del recién nacido al medio, disminuir los riesgos y complicaciones y como consecuencia reducir las altas tasas de morbimortalidad neonatal, en las últimas décadas, junto con la aceptación de la influencia de factores psicológicos en la salud neonatal, se comienzan a promover cambios destinados a humanizar la atención el binomio madre- hijo

La propuesta se enfoca en mejorar los niveles de competencias cognitivas según directrices y protocolos para la atención del recién nacido de bajo riesgo en el área de recién , pues cumplen un rol fundamental, ya que a través de la aplicación de la guía y directrices del protocolo se contribuye a la adaptación del recién nacido al medio, disminuir los riesgos, complicaciones y como consecuencia reducir las tasas de morbimortalidad neonatal y adoptándolo como estrategia que apoye la atención eficiente y de calidad en el recién nacido de bajo riesgo, ampliando las posibilidades de los bebés para desarrollar su vida de forma normal.

Es vital de importancia brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina: intervención precoz en situaciones que ponen en riesgo la vida o se asocian con secuelas, facilitar

inmediatamente al nacimiento la interacción madre-hijo, evitar la pérdida de calor corporal, prevenir infecciones, suministrar apoyo vital en los casos que lo requieran.

Por eso debemos concientizar a la enfermera sobre la importancia de brindar cuidados y atención adecuada, para mejorar la adaptación de la vida extrauterina en el menor tiempo posible. Por ello, creemos que es necesario, la implementación de protocolos en el servicio y la enfermera debe estar en constante actualización.

Con el presente estudio el personal de enfermería quienes a través de los resultados permitirá autoevaluar su grado de competencia cognitiva sobre la atención del recién nacido de bajo riesgo mejorando la práctica profesional, de esta manera contribuirá un programa de Educación Continua para la atención del recién nacido, lo que se reflejará brindando una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad en general.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

2019 septiembre /OMS/Reducir la mortalidad en la niñez ⁽⁵⁾

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, o sea el 47% de las defunciones de menores de 5 años, lo que supone un aumento respecto del 40% registrado en 1990. En 2015 se registró aproximadamente el mismo número de defunciones prenatales.

Desde 1990 el mundo ha realizado progresos sustanciales en lo que respecta a la supervivencia infantil. A escala mundial, el número de defunciones de recién nacidos descendió de 5 millones en 1990, a 2,5 millones en 2017. Sin embargo, entre 1990 y 2017 la disminución de la mortalidad de recién nacidos ha sido más lenta que la de la mortalidad posneonatal de menores de 5 años: 51%, en comparación con el 62%. En el África subsahariana, que sigue siendo la región con la mayor tasa de mortalidad de menores de 5 años, la proporción de defunciones de recién nacidos es relativamente baja (37%). En cambio, en Europa, que registra la menor tasa de mortalidad de menores de 5 años, el 54% de las defunciones de menores de 5 años se producen en el período neonatal.

2018/ Ecuador/ Jaramillo y Montalván / Conocimientos y habilidades del personal de salud sobre consejería en lactancia materna del hospital Vicente corral Moscoso ⁽⁶⁾

En la Maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso. Su estudio revela que solo 10.71% del personal de salud cumplió con la política de los diez pasos y en la evaluación de los tres parámetros concluyeron que el 50% del personal tenía un conocimiento regular, el 78% una actitud favorable y el 69.05% un nivel práctico moderado; Los resultados fueron en conocimiento 22 de ellos fue regular, 11 bueno y ninguno tuvo conocimientos deficientes en el pre-test. Los autores hicieron énfasis en que falta reforzar el área del conocimiento en los

profesionales, mediante el diseño de estrategias de educación eficientes, ya que posterior a la aplicación de estrategia educativa mejoraron los índices medidos en el post – test.

2018/Perú / Erika UNW/ Valoración del estado general y cuidados inmediatos al recién nacido que realiza la enfermera en el área de neonatología hospital Santa María ⁽⁷⁾

“El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la población-muestra de estudio estuvo conformada por 5 licenciadas que laboran en el área de neonatología y 111 recién nacidos por parto eutócico en el mes de estudio. Para la recolección de datos se utilizó como técnica el archivo documental con su instrumento la historia clínica y la observación con su instrumento la guía de observación, diseñada según los objetivos de la investigación. Resultados: En los datos generales del profesional de Enfermería en el 99%(110) el nacimiento es a término, 98%(109) su edad gestacional es de 37 a 40 semanas, y el 61%(68) son de sexo femenino. Referente a la variable Valoración del estado general con el Test de Apgar al minuto fue normal en 97%(108) y depresión moderada en 3%(3); a los cinco minutos de nacido fue normal al 100%(111) recién nacidos.”

2018/ Chile/ Leiva y Leiva / El recién nacido de madre adolescente ⁽⁸⁾

El objetivo es determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes, Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el cual se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos de las madres adolescentes que nacieron en el año 2014. Con un resultado de un total de 644 recién nacidos. Del total de las madres el 89.5% tuvieron control prenatal.

97.20% tuvo presentación cefálica al momento del parto. El 61.44% de los recién nacidos de madres adolescentes tardías nació por cesárea. Con respecto al líquido amniótico, fue normal en el 85.55% y en el 14.44% el líquido amniótico fue meconial. Según el sexo fueron en su mayoría de sexo masculino (51.70%).

El 6.83% de los recién nacidos fueron de pre términos; el 92,54% fueron a término y en el 0,31% fueron pos término. Según diagnóstico pediátrico el 86.56% de los recién nacidos de madres adolescentes tardía fueron adecuados para la edad gestacional (AEG) y el 10.52% de los recién nacidos de madres adolescentes temprana fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). El 96.89% presentaron un APGAR al minuto entre 7-10 y el 99.22% un APGAR entre 7-10 a los 5 minutos llegando a la conclusión que la mayoría de neonatos fueron a término, y nacieron por cesárea. No hubo fallecidos.

2014 junio/ Martínez y Ferman / México/ Beneficios del contacto precoz en la reanimación neonatal ⁽⁹⁾.

El recién nacido presenta después del parto, un periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta, tranquilo, en el que puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea con el objetivo de identificar las ventajas y desventajas de realizar el contacto piel a piel en la sala de partos.

Se realizó una búsqueda de artículos de investigación publicados entre 2009 y 2014, en diversas bases de datos; se identificaron 40 artículos específicos, posteriormente se realizó el análisis de acuerdo a ventajas y desventajas. Los beneficios encontrados fueron mayor duración en la lactancia materna, parto humanizado, disminución de la depresión posparto y una mejor termorregulación. Como desventajas se encontraron episodios aparentemente letales en el periodo neonatal, en donde los neonatos dejaron de respirar. Se llegó a la conclusión que se observó un número mayor de ventajas que desventajas en la implementación de esta técnica. Sin embargo, todos los artículos hacen referencia a lo necesario que es el realizar una adecuada valoración y determinar si el recién nacido se encuentra en condiciones de ser reanimado en el vientre de su madre, con el objetivo de evitar eventos adversos futuros.

2014/ Nora Helena- Martínez- Malo/ Brasil/ actualización del programa de atención materno infantil en la disciplina enfermería ⁽¹⁰⁾

“Existen dificultades en cuanto a la actualización de los contenidos del Programa de Atención Materno Infantil en la disciplina Enfermería, en función del modelo del profesional; todo lo cual afecta el desarrollo del proceso docente educativo, la adquisición de conocimientos y habilidades en la propia disciplina. Se diseñaron acciones validadas por los expertos para la actualización de estos contenidos.”

2012/ España /Noguera y de José/ Recomendaciones de la sociedad española de infectología pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. ⁽¹¹⁾

La transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana en los países desarrollados se ha reducido drásticamente a menos del 2% en los últimos 15 años, tras la aplicación de distintas medidas profilácticas: el uso de antirretrovirales, la cesárea electiva y la lactancia artificial exclusiva. El seguimiento de estos niños sanos es la situación más común relacionada con la infección por el VIH que los pediatras no especialistas deben afrontar en la actualidad en la práctica clínica habitual en España. Estas recomendaciones, emitidas por la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, pretenden resumir los principales aspectos de este seguimiento, incluyendo el manejo en sala de partos, el tipo de lactancia, la profilaxis antirretroviral neonatal, el diagnóstico de la infección por el VIH, las comorbilidades en la época neonatal, la toxicidad a corto y a medio plazo, las inmunizaciones y otras medidas profilácticas y el seguimiento a largo plazo.

2009/ España/ Anales/ Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. ⁽¹²⁾

- A. Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
- B. Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
- C. La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
- D. Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
- E. Existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención.
- F. Existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

2007 enero/ Brasil / Carvalho; de Simoni los cuidados inmediatos prestados a los recién nacidos y promoción del vínculo madre-bebé ⁽¹³⁾

El perfil de los entrevistados fue el siguiente: con respecto a la edad de 10 años, las mujeres tenían entre quince y veinte años, siete entre veintiuno y veinticinco y ocho más de veinticinco años; En cuanto al nivel de educación, tres madres eran analfabetas, 13 tenían una escuela primaria incompleta, siete habían completado la escuela primaria y dos tenían la escuela secundaria; Con respecto a las consultas prenatales, 15 mujeres tuvieron de cero a tres consultas, ocho de cuatro a seis consultas y dos más de seis consultas; En cuanto al número de embarazos, 19 madres tuvieron dos o tres y seis de cuatro a seis embarazos.

En el análisis de los informes, surgieron tres categorías, entre ellas: La atención brindada al recién nacido desde la perspectiva de la madre y La interferencia de la atención brindada al recién nacido en el enfoque madre-bebé

2002 junio /Bolivia /Badner y Quiroz/ influencia del contacto inmediato del recién nacido con la madre en la regulación térmica ⁽¹⁴⁾

El recién nacido experimenta varios cambios adaptativos después de nacer, uno de ellos es la regulación térmica el objetivo de este estudio fue determinar si el contacto inmediato del recién nacido con la madre tiene influencia en la evolución de la temperatura corporal.

Se estudiaron recién nacidos de término, sanos, nacidos por parto vaginal y con peso mayor de 2500 gr. Ingresaron al estudio 66 neonatos los que fueron distribuidos en dos grupos: grupo A, aquellos que tuvieron contacto inmediato con la madre y grupo B los que no tuvieron dicho contacto. Concluyeron el estudio 60: 30 en el grupo A y 30 en el grupo B, a todos ellos de les tomo la temperatura rectal a los 15 minutos, dos y cuatro horas de vida. La moda del grupo A mostró una temperatura ascendente de 36°C; 36,2°C y 36,7°C en las sucesivas determinaciones y en el grupo B una temperatura descendente de 37°C; 36,2°C y 36°C respectivamente llegando a la conclusión que los neonatos con contacto inmediato piel a piel con su madre tienen mejor respuesta de adaptación térmica.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

3.2.1. Fundamento filosófico Patricia Benner ⁽¹⁵⁾

Patricia Benner reconocida Enfermera, teórica de enfermería ha estudiado la práctica clínica profesional en un intento por descubrir y describir el conocimiento que conlleva el ejercicio de la enfermería, es decir el que se acumula con el tiempo en una disciplina práctica y de describir las diferencias que existen entre conocimiento teórico y práctico.

Una de las primeras distinciones teóricas establecidas por Benner afirmaba que el desarrollo del conocimiento es una disciplina práctica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber cómo o Know-how) mediante investigaciones

científicas basadas en la teoría y mediante la recopilación de éste Know-how desarrollado a través de la experiencia clínica en la práctica de ésta disciplina”.

En su opinión las enfermeras no han documentado suficientemente su aprendizaje clínico y ésta falta de documentación de nuestras prácticas y observaciones clínicas priva a la teoría de la enfermería del carácter genuino y la riqueza del conocimiento que se asocia al ejercicio clínico experto. Esta descripción del saber hacer Know-how de la enfermería es la contribución aportada por Benner. ⁽¹⁷⁾

Los científicos han distinguido desde siempre las relaciones causales interactivas del tipo “saber qué” y “saber cómo”. Citando a los filósofos de la ciencia Kuhn y Polanyi. Benner resalta la diferencia entre el saber cómo un conocimiento práctico que puede evitar las formulaciones sistemáticas, y el saber qué, o explicaciones teóricas de los fenómenos.

El saber qué, es el mecanismo que se aplica para alcanzar un conocimiento por medio de la determinación de las relaciones causales entre los hechos. En cambio, el saber cómo, consiste en la adquisición de técnicas que pueden escapar al saber qué, por lo que se puede desarrollar con anterioridad a la explicación teórica. Benner afirma que este conocimiento práctico puede servir para ampliar la teoría o desarrollarse antes de las fórmulas científicas. ⁽¹⁵⁾

Las situaciones clínicas son siempre más variadas y complicadas que los planteamientos teóricos, por lo que la práctica clínica es un área de indagación y desarrollo del conocimiento. La práctica clínica personifica la noción de superación; mediante su estudio pueden desarrollarse nuevos conocimientos. La enfermería debe establecer la base cognitiva necesaria para su desempeño (el saber hacer) y mediante la investigación científica y la observación, empezar a registrar y desarrollar este saber práctico de la experiencia clínica.

En un mundo ideal la teoría y la práctica deberían abrir un diálogo que alertara la creación de nuevas posibilidades. La teoría se deduce de la práctica, y ésta se modifica o amplía a partir de los desarrollos teóricos, Benner adaptó a la práctica clínica de enfermería el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades de Dreyfus y Dreyfus 1980-1986, propuesto por Stuart y Hubert Dreyfus, profesores de la Universidad de California en Berkeley. ⁽¹⁵⁾

El modelo de situación describe cinco niveles de adquisición de destreza y desarrollo de técnicas y habilidades en la práctica de la enfermería en la obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984). Benner utilizó descripciones sistemáticas de cinco etapas: novato, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. ⁽¹⁵⁾

3.2.2.1. Principiante Avanzado

Esta fase se alcanza cuando la persona demuestra una experiencia y rendimiento ligeramente aceptables y es capaz de enfrentarse a situaciones reales para advertir, tal vez orientada por un consejero designado, los componentes significativos que se repiten dentro de la situación. Tiene experiencia suficiente para detectar los distintos aspectos de la situación. Las enfermeras encuadradas en este nivel se guían por normas orientadas al cumplimiento de las tareas y tienen dificultades para captar la situación actual del paciente con una perspectiva amplia. Empieza a reconocer los elementos de forma intuitiva cuando están presentes ⁽¹⁵⁾.

Se sienten muy responsables del manejo de la atención a los pacientes aun cuando siguen dependiendo en buena medida de la ayuda de personas más experimentadas. Benner sitúa en este nivel a la mayoría del personal que acaba de completar sus estudios de enfermería.

3.2.1.2. Competente

Mediante el aprendizaje basado en situaciones prácticas reales y siguiendo las acciones de otras personas, el principiante avanzado puede pasar a ser considerado un profesional competente. Esta fase se caracteriza por la puesta en práctica de una planificación deliberada y consciente en gran medida, que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras consideradas importantes y las que pueden ignorarse.

Se trata de un nivel de mayor eficacia en el que no obstante el centro de interés es el manejo del tiempo y la organización de las tareas por parte de la enfermera, más que en lo relativo a las necesidades del paciente. ⁽¹⁵⁾

Una enfermera competente es posible que muestre un exceso de responsabilidad con respecto a su paciente, con frecuencia de lo que se le exige, en realidad con una visión omnipresente y crítica de sí misma, aplica nuevas normas y procedimientos de razonamiento dentro del plan al tiempo que utiliza las reglas de acción ya aprendidas adaptándose a los hechos relevantes de la situación. ⁽¹⁸⁾

3.2.1.3. Eficaz (aventado)

El profesional percibe la situación como un todo (imagen total de la misma), y no solo sus aspectos elementales, guía sus acciones por las máximas aplicables a dicha situación. Este nivel constituye un salto cualitativo respecto al de competencia, en esta fase el profesional es capaz de reconocer los aspectos más sobresalientes y capta la situación de forma intuitiva en función de sus conocimientos incorporados.

Las enfermeras en este nivel demuestran nuevas capacidades para apreciar la importancia de una situación, incluidas las de reconocimiento y puesta en práctica de respuestas técnicas a la misma, conforme evoluciona. Ya no se conforman con aplicar metas pre-establecidas para organizarse y revelan una mayor confianza en sus conocimientos y capacidad. Esta fase puede

considerarse una transición a la fase de experto se produce una implicación mucho mayor con el paciente y su familia. ⁽¹⁵⁾

3.2.1.4. Experto

Esta fase se alcanza cuando el profesional experto deja ya de basarse en principios analíticos (normas, directrices máximas) para ligar su conocimiento de la situación con una acción apropiada. Benner describió que la enfermera experta desarrolla una capacidad especial de comprender intuitivamente cada situación y puede identificar el campo del problema sin perder el tiempo en múltiples diagnósticos o soluciones alternativas. ⁽¹⁵⁾

Algunos aspectos claves del ejercicio experto de la enfermería son:

- A.** Rápida comprensión clínica y práctica basada en recursos.
- B.** Saber hacer general.
- C.** Capacidad para apreciar la totalidad del problema.
- D.** Prevé lo inesperado.

La enfermera experta tiene capacidad para reconocer patrones de respuestas a partir de sólida formación experimental. Su máxima meta es satisfacer los problemas y necesidades actuales del paciente, incluso aunque ello requiera planificar y negociar un cambio en el plan de asistencia. En esta fase se tiene una visión del YO casi transparente. ⁽¹⁵⁾

Finalmente, el modelo de Benner postula que, en el progreso a través de estos niveles de adquisición de habilidades, se producen cambios en cuatro aspectos del rendimiento a saber:

- A.** El paso de una confianza basada en principios abstractos y reglas del pasado al uso de la experiencia concreta.
- B.** La sustitución del razonamiento analítico basada en reglas por la intuición. La alteración en la percepción de la situación, desde una compilación de

porciones de realidad de relevancia comparable a un todo cada vez más complejo en el que sobresale la importancia de algunas de partes.

- C. El paso desde la condición de observador minucioso, que permanece fuera de la acción a una posición de mayor implicación, plenamente integrada en la situación de que se trate. ⁽¹⁷⁾

De un análisis de episodios reales de asistencia al paciente surgieron treinta y un competencias. A partir de esta obra se desarrollaron siete áreas de la práctica de la enfermería que poseen una serie de competencias con similares objetivos, funciones y significados. Se identificaron como:

- A. El papel de ayudar
- B. La función de enseñanza-entrenamiento.
- C. La función diagnóstica y de monitorización del paciente,
- D. La conducción eficaz de situaciones rápidamente cambiantes.
- E. La administración y monitorización de intervenciones y regímenes terapéuticos.
- F. La monitorización y el aseguramiento de la calidad de las prácticas de cuidados sanitarios.
- G. Las competencias organizativas del papel profesional.

La obra de Benner describe la práctica de la enfermera en el contexto de lo que la enfermería es y hace realmente. ⁽¹⁵⁾

3.2.1.5. Definición de Competencia ⁽¹⁶⁾

Las competencias son valoradas como una herramienta capaz de proveer una conceptualización, un modo de hacer y un lenguaje común para el desarrollo de los recursos humanos, constituyen una visión y organización sistemática, se han expresado como un sistema de certificación legalmente establecido en varias regiones del mundo, incluida América Latina y se trata de un vínculo entre trabajo, educación y capacitación, en la actualidad, una conceptualización y un de operar

en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. En una visión y organización sistémica, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema nacional de certificación de competencias establecido en varios países del mundo, incluidos proyectos en América Latina. Más que una moda, se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", la implantación de nuevos valores y normas de comportamiento.

La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación como desarrollo general, para que las personas hagan algo con lo que saben. ⁽¹⁹⁾

El término competencia, entonces, puede ser definido de manera general, como un "saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes", es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, actitudes y cualidades personales. ⁽¹⁹⁾

El término alude, en primer lugar, al carácter eminentemente práctico de toda competencia. Para saber si alguien es competente es indispensable observarlo actuando; es decir, no se es competente cuando sólo se sabe cómo se debe hacer, sino cuando se hace efectivamente y de una manera adecuada.

En segundo lugar, la definición hace referencia al algo sobre el que se sabe hacer, que es el contenido de la competencia, en último lugar, para poder afirmar de alguien que es competente no basta saber qué hace ese algo, sino que importa mucho, la manera o la actitud con la que actúa. nuevamente se hace referencia a los aprendizajes que hacen a alguien competente: sabe quién es, sabe hacer, emprender y hacerlo con otros y, finalmente, cómo hizo para saberlo.

⁽¹⁹⁾

A. Competencias Básicas. ⁽¹⁶⁾

Son aquellas en las que la persona construye las bases de su aprendizaje (interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras).

Las competencias básicas están referidas fundamentalmente a la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre y de que en el aula se puede reproducir todo el conocimiento. Requiere de instrumentaciones básicas como la idoneidad para la expresión oral y escrita del manejo de las matemáticas aplicadas y pone en movimiento diversos rasgos cognitivos, como la capacidad de situar y comprender de manera crítica, las imágenes y los datos que le llegan de fuentes múltiples; la aptitud para observar, la voluntad de experimentación y la capacidad de tener criterio y tomar decisiones.

Entre las competencias básicas que suelen incluirse en los currículos se encuentran la comunicación verbal y escrita, la lectura y la escritura, las nociones de aritmética, el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la enseñanza de lenguas extranjeras.

B. Competencias Personales. ⁽¹⁶⁾

Son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras).

Las competencias personales constituyen un conjunto de difícil definición, pues están en función de las capacidades y potencialidades de expresión de un grupo de características que se manifiestan en dependencia del ambiente en que se desarrolle la actividad, tales como: Seguridad en sí mismo, capacidad para dominar los sentimientos y las tensiones emocionales, curiosidad, argumentación crítica y capacidad analítica.

C. Competencias Profesionales. ⁽¹⁶⁾

Son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional. Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo. Es de señalar que la integración de todas las competencias expuestas representa los factores críticos de éxito profesional ⁽²⁰⁾

3.2.1.6. Definición de Competencia en Investigación ⁽¹⁶⁾

Por investigación se utilizará la definición de Ducharme que señala: “La investigación en enfermería explora, describe, explica y predice fenómenos que son de interés para la disciplina. Permite validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica de la enfermería” ⁽¹⁶⁾

Entonces investigación en enfermería sería aquella que explicita la investigación realizada por enfermeras/os y para ser utilizada en la práctica de enfermería, aunque también incluiría, a la investigación realizada por enfermeras/os en grupos multidisciplinarios donde se desea encontrar la solución o respuesta a un problema específico desde el punto de vista de cada disciplina y excluyendo aquellas investigaciones en las cuales la enfermera/o participa como colaborador en estudios que buscan resolver problemas de otras disciplinas y en las cuales generalmente su aporte es anónimo o poco reconocido cuando son socializados los resultados en el ámbito científico.

Considerando que las competencias en general surgieron en el mundo laboral/empresarial para evaluar el cumplimiento de los trabajadores asociadas a un mejor desempeño, y a una mayor calidad y productividad laboral, se utilizará la definición de competencia laboral utilizada en la Ley Chilena N° 20.267 que crea el Sistema Nacional de Certificación de Competencias Laborales y

perfecciona el estatuto de Capacitación y Empleo, como aquellas “aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen una función laboral, según estándares definidos por el sector productivo” ⁽¹⁶⁾

Trasladándolo al terreno práctico de la enfermería, competencia sería la aptitud, conocimiento y destreza necesarios para cumplir exitosamente las actividades que componen la función de enfermería, traducido en una mayor claridad, calidad e integralidad del cuidado de enfermería.

Con todo, competencia en investigación en enfermería sería la capacidad de la enfermera/o asistencial de demostrar aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para generar, validar y clarificar los conocimientos que permitan encontrar y dar solución a los problemas de la práctica de enfermería, mejorar la calidad del cuidado y al mismo tiempo la calidad de vida de las personas involucradas.

Según Pereda y Marriner, nos dice que para que una persona pueda desarrollar los comportamientos incluidos en la competencia, es preciso que ésta tenga los siguientes elementos ⁽¹⁶⁾

- A.** Saber: conjunto de conocimientos que permiten a la enfermera/o realizar una cierta tarea e investigación.
- B.** Saber Hacer: aplicar los conocimientos en la solución de problemas y contar y aplicar sus habilidades y destrezas para dar solución a los problemas y dudas derivadas de la práctica de enfermería, y una excelente enfermera con conocimientos en investigación
- C.** Saber Estar: ajustar los comportamientos a las normas y reglas de la organización y del grupo de trabajo. Son las actitudes e intereses, deben ajustarse a las normas éticas, intereses de la institución de salud y mantener una actitud científica

- D. Querer Hacer:** contar con la motivación personal para llevar a cabo los comportamientos incluidos en determinada competencia, la enfermera/o debe realizar investigación, siendo el principal impulsor de la investigación.
- E. Poder Hacer:** se refiere a las características de la organización que permitan a la persona llevar a cabo la competencia solicitada. La enfermera debe estar motivada e interesada en realizar investigación debe contar en su institución con los recursos y medios (económicos, computacionales, tiempo, etc.) que sean necesarios para llevar a cabo la investigación ⁽¹⁶⁾

Incorporar la práctica de enfermería basada en evidencia (PEBE) es disponer de la mejor evidencia científica, dar respuesta a preguntas surgidas durante el cuidado, guiar la toma de decisiones, garantizar la calidad y seguridad de la atención neonatal. En la praxis, el profesional de enfermería toma de decisiones, asesora, orienta y emite recomendaciones continuamente sin contar con las herramientas adecuadas para hacerlo con absoluta certeza, por la rapidez en la que se transforma el conocimiento. ⁽¹⁶⁾

3. 2 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO ⁽¹⁷⁾

Podemos comenzar por definir que entendemos por recién nacido sano: es aquel feto o embrión que llega a cumplir todas las etapas de gestación o maduración intrauterina. El RN de riesgo, aquellos neonatos que han sido expuestos a procesos que comprometieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición de la vida extra uterina y que son susceptibles de padecer enfermedades e incluso morir a causa de trastornos físicos o complicaciones de parto.

3.3. CLASIFICACIÓN ⁽¹⁷⁾

- A.** Recién nacidos de más de 40 semanas de gestación, conocidos como los de post- término
- B.** Recién nacidos de 37 a 40 semanas de gestación, de término.

- C. Recién nacidos de 33 a 36 semanas de gestación conocidos como los de Pre termino, y dentro de esta clasificación podemos encontrar los nacidos de 24 a 32 semanas de gestación, prematuros de alto riesgo, los cuales requieren de cuidados más específicos y minuciosos.

3.3.1. POSTURA DEL RECIÉN NACIDO Y SUS CARACTERÍSTICAS ⁽¹⁷⁾

Podemos decir, que al momento del nacimiento el RN presenta las extremidades flexionadas y algo hipertónicas, debido a parte a la posición intrauterina en donde predomina el tono flexor. Como así también las asimetrías del cráneo, la cara, la mandíbula o de las extremidades pueden deberse a posición intrauterina.

- A. Piel: La piel al nacimiento es generalmente es rozada o rubicunda y a veces, moteada. La cianosis localizada en las manos y pies (acrocianosis) es normal y persiste durante los primeros días el tejido subcutáneo puede sentirse lleno o ligeramente edematizado. La piel seca, con grietas y descamadas se observa en el recién nacido a pos-terminó o con insuficiencia placentaria. La temperatura de la piel es de 36 a 37° C. podemos encontrar distintas formas de presentación:
- B. Lanugo: crecimiento de cabello fino y lanoso que puede presentarse en los hombros y en la espalda.
- C. Vernix caseosa: sustancia blanquecina o del color de la arcilla, grasosa como el queso, que puede cubrir todo el cuerpo, pero que por lo general se localiza en la espalda, cuero cabelludo y los pliegues.
- D. Milia de la cara: glándulas sebáceas distendidas que producen pápulas blanquecinas diminutas. Es muy prominente sobre la nariz, la barbilla y los carrillos.
- E. Manchas mongólicas: manchas de pigmentación azul localizadas en la parte dorsal baja, región glútea o las superficies extensoras, en especial en los niños de piel oscuras.

- F.** Hemangiomas capilares: (nevos en flama) frecuentes en los parpados, la frente y el cuello.
- G.** Petequias: las petequias en la cabeza, el cuello y la cara, así como las cianosis localizadas en esta última, que respeta las mucosas y es llamada máscara equimótica. Están asociadas con circular del cordón ajustado o con presentaciones anómalas y ceden en pocos días
- H.** Cabeza: Podemos mencionar, que al nacimiento la cabeza del RN es grande en relación con el cuerpo. La circunferencia craneana es aproximadamente 34cm (32,5 y 36,5cm)
- I.** Cara: Podemos encontrar, los órganos de los cinco sentidos, que ayudan a la supervivencia del RN en el mundo extrauterino. Describimos en qué consiste cada uno y como se encuentran al momento del nacimiento:
- J.** Ojos: el color es apizcado y pueden tener lágrimas o no. La mayoría de los niños de término no miran hacia una fuente de luz y transitoriamente fijan la mirada en una cara humana. Una fuente luminosa importante les hace cerrar los ojos
- K.** Boca: los pequeños quistes de retención, a perlados y situados en los márgenes de las encías y en las líneas medias del velo del paladar, son frecuentes y carecen de importancia. Se examina el paladar duro y el blando utilizando el dedo y una luz con buena visualización directa para descartar el paladar hendido.
- L.** Nariz: el recién nacido respira preferentemente por la nariz. Ambas fosas nasales deben estar permeables.
- M.** Oídos: las malformaciones severas de los pabellones auriculares se pueden asociar con anomalías genitourinarias. Los recién nacidos normales responden a los sonidos con un sobresalto pestañeando, moviendo la cabeza o con llanto.
- N.** Cuello: Se inspecciona, al RN en cuanto a los pliegues cutáneos del cuello en busca de membrana o aberturas fistulosas asociadas con quistes branquiales o del conducto trigloso. Asimismo, se examinarán ambos

músculos esternocleidomastoideos para descartar lesiones. Se debe palpar la glándula tiroides para descartar bocio u otro tipo de tumores y ambas clavículas para descartar probables fracturas.

- O.** Tórax: Por otra parte, se examinará al RN, en cuanto a la musculatura, su estructura ósea y la localización de los pezones. Para detectar anomalías y un conocimiento correcto de cada órgano.
- P.** Aparato respiratorio: la respiración es abdominal y puede ser superficial e irregular. La frecuencia respiratoria generalmente oscila entre 30 y 60 por minuto. La auscultación verifica la entrada de aire simétrica en ambos hemitórax. Los ruidos respiratorios son bronquiales y ásperos.
- Q.** Aparato cardiovascular: se deben registrar la frecuencia cardiaca y la calidad de los ruidos cardiacos. La FC promedio es 130 por minuto. Pueden auscultar soplos leves en el mesocardio en las primeras 12 a 36 hrs de vida, los cuales forman parte del periodo de adaptación de RN y no tiene significancia patológica. Se deben palpar y comparar los pulsos radiales, braquiales y femorales. Si los pulsos son diferentes, se debe registrar la presión sanguínea, obtenido por el método de Doppler, en las extremidades superiores o inferiores.
- R.** Abdomen: Podemos decir, que al nacimiento, el abdomen en general es plano, pero pronto se hace prominente. Un abdomen marcadamente escafoides (o excavado) hace pensar en hernia diafragmática (pase de vísceras hacia el tórax a través del diafragma). En el cordón umbilical se encuentran dos arterias y una vena. El hígado es palpable y el bazo lo es en un 10% de los recién nacido. Ambos riñones pueden y deben ser palpables. Los ruidos intestinales se logran auscultar poco después del nacimiento. Se pueden aspirar entre 5 y 25 ml de jugo gástrico blanco turbio del estómago. Los primeros días después del nacimiento son los más propicios para la palpación abdominal (por la flacidez de los músculos de la pared) y para detectar tumoraciones intraabdominales. Es posible que haya una ligera diastasis supra umbilical de los músculos rectos anteriores de abdomen.

- S.** El cordón Umbilical El condón umbilical es un tejido único, que contiene dos arterias y una vena, cubierta por tejido conectivo llamado GELATINA DE WHARTON y una fina membrana mucosa. Su función es primordial intrauterino, ya que es esencial para el transporte de O₂ y nutrientes al feto, para la remoción de los productos de desechos. Desde el nacimiento el cordón umbilical no es necesario para la supervivencia del bebé, pero hasta la separación de las placentas y cuando el cordón todavía late, una pequeña cantidad de sangre se puede transfundir desde la placenta del bebé. Los vasos dentro del cordón se contraen, aunque no están completamente obliterados y por tanto es muy importante que se atee o se clamppee el cordón, para que los vasos umbilicales queden ocluidos y prevenir el desangrado. También la GELATINA DE WHARTON comienza a desecarse, cuando se corta el cordón el tejido que lo forma es privado de irrigación sanguínea, el muñón comienza a secarse y se vuelve negro y más duro (gangrena seca). El secado y la caída o separación del cordón se facilita cuando se expone al mismo aire.
- T.** Genitales: Podemos considerar, el aspecto en ambos sexos depende de la edad gestacional. El edema después del parto en presentación pelviana es frecuente. Se describen dos maneras: Femenino: los labios menores y el clítoris están cubiertos por los labios mayores en las nacidas de término. La mayoría de las niñas presentan un flujo vaginal mucoso durante la primera semana de vida, que en ocasiones se torna sanguinolento y se debe a privación hormonal. Masculino: en los nacidos de término, los testículos están en el escroto. El prepucio está adherido al glande del pene y en su extremo se pueden observar perlas epiteliales blancas de 1 a 2 mm de diámetro. Es importante observar las características del chorro miccional y comprobar que el meato uretral está localizado en el extremo distal del pene. La primera micción se emite, en el 90% de los recién nacidos, dentro de las primeras 24 horas de vida.

- U.** Ano: Mencionamos la verificación de la permeabilidad se realiza por inspección. Donde podemos encontrar, el desplazamiento anterior o posterior del orificio anal puede estar acompañado de estenosis y ser causa de constipación en edades ulteriores. La primera deposición meconial suele ocurrir en las primeras 24 horas de vida. Se deberá dejar constancia de la presencia de líquido amniótico meconial y de la eliminación de meconio en la sala de partos.
- V.** Cadera: Podemos indagar sobre la luxación de cadera si su abducción está limitada (unilateral o bilateralmente) o si es inestable. Se comprueba de la siguiente manera:
- W.** Sistema Nervioso: Finalmente, el punto más importante ya que nos informa el desarrollo neurológico, y este depende de la edad gestacional. En las primeras horas de vida el examen tiene como objetivo evaluar la calidad de tono muscular y la actividad del recién nacido, observar la presencia y simetría de los reflejos arcaicos de Moro, tónico cervical asimétrico, presión plantar y palmar, etc. Y descartar distintos grados de paresias y parálisis. Como parte de la evaluación del sistema nervioso se incluyen la evaluación de la integridad de la columna vertebral y la observación de la parte inferior, para descartar anomalías menores como lesiones pigmentarias inusuales o mechón de cabello, hoyuelos y senos sacros y pilonidales. ⁽¹⁷⁾

3.4. RECURSOS FÍSICOS PARA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO ⁽¹⁷⁾

Podemos mencionar, que es el lugar donde se realiza el examen físico a los recién nacidos, es el sector recepción. Se entiende el mismo por conjunto de normas, acciones, procedimientos y técnicas aplicables eficazmente, con el objeto de valorar, atender y evaluar al recién nacido (RN), siguiendo un ordenamiento acorde con sus necesidades vitales y en un tiempo determinado. ⁽¹⁷⁾

El cual debe estar dentro de la sala de partos, entendiendo esta área, como un complejo que incluye Boxes de partos, quirófano, sector de recepción y demás dependencias de la sala de partos. Es conveniente que esté ubicado en un lugar cercano a los Boxes de partos y quirófano como así también a la sala de internación neonatal, para que el trámite de traslado sea mínimo. ⁽¹⁷⁾

A. PLANTA FÍSICA, DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES: ⁽¹⁷⁾

- Fácil acceso a través de una puerta vaivén (para empujarla con el cuerpo cuando se traslada al recién nacido).
- Mesa de trabajo de acero inoxidable cubierta con colchoneta lavable y con fuente de calor situada a unos 70 centímetros por encima de la mesada. O cuna radiante.
- Pisos de granito o similar con rejillas.
- Paredes azulejadas hasta el techo o de característica similar adecuadas para la limpieza por arrastre.
- Pileta con agua fría y caliente, accionadas al codo.

Mesa de iguales características que la mesa de trabajo para la colocación de la balanza y el infantometro con fuente de calor radiante cubriendo todo el espacio también situada a 70cm de la misma.

- Estantes empotrados en la pared, sin puertas.
- Calefacción central (T° dentro de la sala 30°)
- Fuente central de oxígeno y aire comprimido como así también aspiración.

B. CONDICIONES AMBIENTALES: ⁽¹⁷⁾

Por otra parte, deben lograrse teniendo en cuenta aspectos como: fácil acceso y circulación, fuera y dentro del sector, y suficiente superficie para asegurar la recepción simultanea de más de un recién nacido. La temperatura debe mantenerse siempre por encima de los 30°. Sobre la mesada de trabajo es

necesario una temperatura de 35 a 36° (esto se logra con la fuente de calor a 70 cm.) debe haber un sistema de calor sobre la balanza y el pediómetro donde se realizan las medidas y peso del recién nacido para evitar a pérdida de calor. Para crear un ambiente higiénico es necesario crear el concepto de que en este sector se deben emplear las mismas pautas que para un quirófano, evitando el ingreso innecesario de personas que no cumplan una tarea específica. ⁽²⁰⁾

C. SECTOR DE REANIMACIÓN ⁽¹⁷⁾

Mencionáremos todo lo que se debe disponer para tal situación:

Mesa

En este sector, deberá existir una mesa de reanimación bien equipada. Estará dispuesta de forma que permita colocar una persona de cada lado, a fin de realizar las maniobras de reanimación. Su superficie será de material lavable.

Fuente de calor radiante

Puede ser confeccionada con calefactores electrónicos de cuarzo ubicados a una distancia de 70 cm por encima de la masa de examen. No es conveniente utilizar lámparas de color rojo, pues no permite apreciar en forma correcta la colocación del recién nacido

Frascos para recolección de muestras:

Estos serán utilizados para estudios de laboratorio: hemograma, VDRL, grupo sanguíneo, factor Rh, test de coombs y bilirruinemia.

Medicación

Solución glucosada al 5%, Solución glucosada al 10%, Solución salina fisiológica al 0.9%, Agua destilada estéril, Bicarbonato de sodio molar, Adrenalina, 0.1-0.5ml/kg peso (dilución 1/10000), Fenobarbital, 10 mg/ml, Gluconato de calcio

al 10%, Heparina sódica, 1000 U/ml, Naloxano 0.02 mg/ml, Nitrato de plata al 1%, Vitamina K1.

Equipo de transporte.

Incubadora de transporte provista de fuente térmica (a batería o mediante radiador de agua caliente, etc.) y oxígeno, que permitan su funcionamiento autónomo por un mínimo de dos horas.

Esta incubadora no necesitará hallarse dentro del sector de reanimación, pero si tener fácil acceso. En ella, se realizarán los traslados de recién nacidos de mayor riesgo, dentro o fuera de la institución. Además, se requerirá una bandeja con equipo completo de reanimación, siempre listo para ser utilizado. Este deberá comprender un equipo de espiración completo, una bandeja de reanimación respiratoria, una bandeja de cateterismo umbilical y material para ligar el cordón.

3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO ⁽¹⁸⁾

En esta etapa transcurren tres momentos importantes:

A. ETAPA INICIAL DE LA RECEPCIÓN

En sala de pre parto:

- Brindar apoyo emocional a la madre.
- Detectar tempranamente cualquier signo de alarma.
- Recabar información correcta sobre la salud del feto, o sobre alguna malformación congénita.
- Establecer adecuada información con el servicio de obstetricia.
- Tener en cuenta las determinantes sanguíneas, informando resultado en tiempo y forma.

Sala de Recepción:

- Permite la interacción afectiva temprana.
- Colaborar en la realización de examen clínico.
- Asegurar el cumplimiento de las medidas para el control de infecciones.
- Confirmar y completar datos de la historia clínica.
- Identificar correctamente y en forma completa al recién nacido.

Recolección de información:

- Datos maternos. (Edad, gestas, antecedentes médico quirúrgico, grupo sanguíneo, serología, peso y talla)
- Datos gestacionales. (Fecha de última menstruación, fecha probable de parto, CPN, enfermedades, medicación, tabaquismo, alcoholismo, etc.)
- Datos de trabajo de parto. (Iniciación, presentación, ruptura prematura de membrana, presencia de sufrimiento fetal, características del líquido amniótico, anestesia.)

B. ATENCIÓN EN SALA DE RECEPCIÓN: ⁽¹⁹⁾

- Realizar lavado de manos y antebrazos. (según técnica)
- Utilizar vestimenta adecuada para ingresar a una aérea quirúrgica. Ambo limpio, botas, barbijo y gorro. (Descartables)
- Completar la vestimenta con la utilización de bata y guantes. (Según técnica)
- Integrar el grupo perinatólogico mediante su incorporación del grupo obstétrico que este atendiendo el parto.
- Colocar la medalla de identificación a la madre en el momento mismo de la coronación.
- Colocar la medalla al recién y evaluar el puntaje de Apgar al minuto (desde el momento que queda expuesto todo el cuerpo del recién nacido)

- Secar al recién nacido con la compresa estéril para prevenir pérdida de calor por evaporación cubriéndole la cabeza, preceder a tomar la huella digital de la madre en la hoja de identificación determinada para tal acción por la Institución.
- Permitir la interacción temprana madre e hijo mientras espera que se corte el cordón, el que se debe seccionar después que deje de latir (prevención de la anemia del recién nacido) y todo el tiempo que sea necesario mientras el estado del RN lo permita.
- Posteriormente transportar al RN a la sala de recepción tomándolo firmemente con una mano en la nuca y con la otra de los miembros inferiores a través de la compresa, colocándolo de costado brindándole sensación de protección. (según técnica)
- En la sala de recepción se completará el secado previo cambio de la compresa, se comprueba la existencia de dos arterias y una vena en el cordón umbilical y se colabora con el médico en el examen clínico (puntaje de apgar a los 5, Capurro y Ortalani)
- Se efectúa el control de peso, se mide al recién nacido (talla y perímetro cefálico, según técnica), se identifica imprimiendo la huella plantar de ambos pies con rodillo y tinta especial en la hoja en la que se imprimió el dedo pulgar de la madre, se colorea el cordón con solución de pervinox (prevenir colonización por *Estafilococo áureas*) se coloca en ampolla de vitamina K (1 mg) IM para evitar la hemorragia del recién nacido , administrar 1 gota de nitrato de plata al 1% (método de credé) en el ángulo externo de cada ojo (previniendo la oftalmia gonocócica) es conveniente mantener el nitrato de plata en frascos oscuros y de tamaño pequeño para evitar su reducción y se debe cambiar cada 24hs para evitar la conjuntivitis química.(según técnica)
- Registrar datos del RN en el libro foliado y en la historia clínica de la madre.

C. DESPUES DEL NACIMIENTO:

- Control y evaluación por nacimiento positivamente
- Vestir al RN , llevarlo con la madre e identificar con el brazalete del RN
- Estimular la lactancia.
- Dejar el sector en condiciones.
- Es convenientes que, al terminar con la atención de un RN, el área quede preparada para la siguiente recepción.
- Limpiar la mesada con antiséptico. ⁽¹⁹⁾

3.6. PERSONAL ⁽¹⁹⁾

El personal que atiende al neonato debe anticiparse a los eventos del nacimiento, conociendo los antecedentes perinatales (preparto e intraparto) e identificando oportunamente en los primeros segundos de vida, al paciente que requiere ser reanimado. Es importante que haya un equipo coordinado de trabajo, por lo que, en este hospital, se ha establecido como mínimo un equipo constituido por: un reanimador (el que recibe al recién nacido), un asistente (ayudante) y un supervisor (personal de mayor experiencia), ya que se considera que todo neonato tiene el derecho de ser atendido con el nivel de competencia más alto posible.

El enfermero especialista debe estar preparado para conocer los rangos de normalidad de la valoración física tanto como de las constantes vitales del neonato prematuro y a término. Sólo esa habilidad tiene un valor incalculable a la hora de cuidar del recién nacido.

La monitoria no logra detectar todos los cambios sutiles que pueden tener lugar dentro de los parámetros de “normalidad”, la experiencia y habilidad de un profesional de Enfermería calificado no tiene competencia. ⁽²⁰⁾

3.7. PERFIL DEL ENFERMERA ⁽²⁰⁾

Podemos decir, que actualmente poco se ha hablado hasta el momento de Enfermería en Neonatología. Quizás sea dentro del equipo de trabajo multidisciplinar en estas unidades los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin, para que esta premisa de implicación llegue a penetrar dentro del espíritu del cuidado, se deben de dar los siguientes requisitos:

Conocer su función: La función de la enfermera en los servicios de recién nacidos está fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos. La piedra angular de esta definición viene definida por el concepto de cuidados y definimos estos como "todas aquellas intervenciones de salud y promoción de esta, específicas de los niños recién nacidos". Estas intervenciones deben de ser normalizadas y estructuradas adecuadamente, actualmente la NIC (Nursing Intervenciones Clasificación) que traducido al español CIE (Clasificación de intervenciones de Enfermería) es el organismo que se encarga de esta tarea.

Conocer sus límites: Los límites del profesional de Enfermería en los servicios deben de ir definidos por el nivel de preparación y pericia del profesional. Comienzan desde que el neonato toma contacto con el mundo exterior, hasta que cumple un mes de edad. Conlleva cuidados desde los más básicos de protección e higiene de la salud hasta los más específicos de mantenimiento de la vida en condiciones óptimas.

Tener conocimientos de aplicabilidad de los cuidados: Los conocimientos de los profesionales de Enfermería en un porcentaje muy elevado vienen dados por su experiencia, pero sin duda alguna, con el desarrollo de estos profesionales debe de venir dado por el nivel de adquisición de conocimientos científicos que redunden las intervenciones que se aplican a los neonatos.

Estos conocimientos se adquieren por medio de:

- Lectura de bibliografía adecuada a los cuidados neonatales
- Lectura crítica de revistas científicas referentes a los cuidados neonatales
- Revisiones sistemáticas de problemas específicos de los cuidados neonatales

Tener experiencia en la aplicabilidad de los cuidados: La experiencia en muchas ocasiones viene ligada a los años de experiencia, pero esta circunstancia puede ser errónea, la experiencia viene dada por el grado de conocimiento y aplicabilidad sobre un cuidado específico neonatal, a mí me pueden haber enseñado mal a hacer una técnica de cuidado y desde luego yo creer que esa técnica es la idónea, para comprobar es tipo de experiencias desde luego hay que tener espíritu de mejora.

Tener capacidad para mejorar: Esta capacidad viene dada por el grado de implicación que el profesional tiene con su paciente, no viene dada como muchos autores dicen enfocando todo a incentivos, los incentivos profesionales no deben de ser económicos, se supone que los profesionales cualificados deben de percibir un salario digno y equiparado a su nivel de conocimiento y responsabilidad.

Todas las enfermeras neonatales primero deben calificar como enfermeras registradas, lo que pueden lograr a través de un título de asociado por dos años en una universidad o una licenciatura de cuatro años. Algunos hospitales aceptan solicitantes con un grado de asociado, mientras que otros sólo contratan enfermeras con un título de licenciatura. Si bien no hay un programa de estudios específico para la enfermería neonatal, las estudiantes de enfermería pueden tomar cursos electivos en ese campo.

Experiencia, una enfermera de Nivel III, necesita mucha más experiencia.

Habilidades las enfermeras neonatales trabajan con algunos de los RN de más alto riesgo y bajo en un hospital. Ellas deben estar preparadas para proporcionar reanimación cardiopulmonar y terapia IV, y ser capaces de trabajar con equipos especializados, tales como ventiladores e incubadoras. También, necesitan conocer en profundidad los medicamentos de uso común en el tratamiento de niños y recién nacidos.

Educación superior y certificación los requisitos de educación continua para las enfermeras neonatales varían según el estado, y es la junta de enfermería del estado la que determina cuántas horas deben completar cada dos o tres años para mantener su licencia de enfermería. Después de ganar experiencia en enfermería neonatal, estas profesionales pueden obtener un título de postgrado en enfermería especializada en el cuidado neonatal. ⁽²⁰⁾

3.8. TÉCNICA PARA UNA ATENCIÓN ADECUADA DE LOS RECIÉN NACIDOS ⁽²¹⁾

- A.** Técnica de lavado de manos: Este procedimiento es uno de los más importantes en la atención del RN, ya que mediante su puesta en práctica se descontaminan manos y antebrazos, eliminando el máximo posible los microorganismos patógenos de la piel y reduciendo la posibilidad de infecciones cruzadas.
- B.** Técnica de medición del perímetro cefálico: Esta técnica se lleva a cabo para detectar patologías tales como, microcefalia, hidrocefalia. Consta de utilizar una cinta métrica, y medir la circunferencia de la cabeza.
- C.** Técnica de medición de talla: Este procedimiento se realiza, para medir la longitud del RN, acorde a la edad gestacional y su peso. Se utiliza un pediómetro para la valoración del mismo.
- D.** Técnica de vacunación: Se vacuna al RN para prevenir contagio de enfermedades dentro de las primeras horas de vida.

- E.** Técnica de colocación de gotas oftálmicas: Este procedimiento se realiza para prevenir infecciones oculares, que pueden producirse a través del canal del parto.
- F.** Técnica de colocación de sonda orogástrica: La necesidad de su empleo está dada fundamentalmente por una succión y deglución ausente, defectuosa, incoordinada o contraindicada.
- G.** Técnica de oxigenoterapia: La oxigenoterapia consiste fundamentalmente en aumentar la concentración de oxígeno inspirado, para mantener una presión parcial de oxígeno en sangre arterial dentro de los rangos normales.
- H.** Técnica de colocación de vía endovenosa: Para la hidratación del RN, en las primeras horas de vida cuando este, requiera cuidados especiales en la unidad.
- I.** Higiene: Este procedimiento se realiza para limpiar las secreciones excesivas que pudiera presentar el RN al momento del nacimiento. Pero siempre tener presente que el estado del neonato no desmejore, principalmente se debe evitar la hipotermia.
- J.** Control de signos vitales: Es un procedimiento de rutina y es de crucial importancia para el RN, y valorar alteraciones futuras.
- K.** Alimentación: La necesidad de nutrientes del feto se cubren a través de la placenta, con el nacimiento esta vía se interrumpe, y el RN debe pasar a recibir alimentación por vía enteral, por el pecho materno o el biberón.
- L.** Bioseguridad: Son medidas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el trabajo del equipo de salud. Estas precauciones deben ser agregadas a las técnicas de barrera apropiadas para precauciones universales. Disminuir la probabilidad de exposición a sangre, otros líquidos corporales o tejidos que pueden contener microorganismos patógenos transmisibles por la sangre. ⁽²⁰⁾

3.9. HOJA DE ENFERMERÍA EXISTENTE EN LA UNIDAD. ⁽²²⁾

Hoja de cuidados (ver modelo adjunto) de valoración diaria que consta:

- A. Identificación:**
- Nombre y apellidos.
 - N° de cuna.
 - Fecha de nacimiento.
 - Sexo del R.N.
 - N° de historia clínica.
 - Somatometría R.N.
- B. Constantes:**
- Temperatura.
 - Frecuencia cardíaca.
 - Frecuencia respiratoria.
 - Saturación.
- C. Cuidados básicos:**
- Cordón umbilical.
 - Profilaxis ocular
 - Cambios posturales.
 - Identificación (pulseras identificativas).
 - Administración de Vit K
 - Permeabilidad de esófago y Ano.
- D. Alimentación:**
- Tipo de alimentación.
 - Cantidad.
 - Succión.
 - Suero oral.
- E. Perdidas:**
- Diuresis.
 - Heces.
 - Vómitos.
- F. Medicación:**

G. Diagnósticos (NANDA) y PC, Intervenciones (CIE-NOC) de cada turno (mañana, tarde y noche).

3.10. CONTACTO PRECOZ DEL RECIÉN NACIDO (PIEL A PIEL) ⁽²³⁾

El contacto piel a piel (COPAP) consiste en poner el bebé sobre el pecho descubierto de su mamá y/o de su papá. Se trata de una técnica que promueve el contacto directo, piel a piel, entre los niños prematuros y/o con bajo peso al nacer y sus padres. Es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a la mamá, al recién nacido y a la atención en general.

"Colocar a las bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda si es necesario, siempre que la madre y el bebé lo permitan ".

En el hospital se promocionarán procedimientos apropiados y amigables para la atención del parto que sean consistentes con la lactancia y obedezcan los principios de la atención humanizada e intercultural del parto (evitar tricotomías, enemas, permitir la asistencia de la pareja al parto, trato cordial y respetuoso).

Todo el personal que atienda el parto y todo personal que reciba al bebé, residentes, internos y médicos de planta, enfermeras y auxiliares de enfermería de todos los turnos, deben conocer este procedimiento y llevarlo a la práctica en todos los partos y cesáreas siempre que las condiciones de la madre y el bebé lo permitan, amamanten o no.

A. Parto Eutócico:

a. El Neonatólogo, residente de Neonatología, o el interno que efectúe el apego bajo supervisión del profesional de la Institución, tiene la responsabilidad de

recordar a la madre porqué el apego es importante. Mencionar lo siguiente en términos sencillos y comprensibles para la madre:

- Permite mantener la temperatura (Christensson y col 1992).
 - Facilita la adaptación metabólica, especialmente niveles de azúcar y equilibrio ácido base (Christensson y cols, 1995).
 - Menor llanto (Christensson, y cols 1992, y Christensson y col 1995).
 - Facilita el apego, (Widstrom y cols 1990) la impronta en el cerebro de la madre y del bebé, mejora la respuesta al estrés.
 - La secreción de oxitocina por la madre y el bebé.
 - Incrementa la duración inmediata y a largo plazo de la lactancia (Righard y Alade, 1990, WHO 1998, De Chateau and Wiberg 1977).
 - Favorece la conducta prealimentaria.
 - Estimula los sentidos del recién nacido.
- b.** Se le explica cómo se realizará el apego y qué se espera del bebé. (Que se arrastre desde el abdomen hasta alcanzar la teta por sí solo, y que le ayudarán si fuera necesario a reconocer cuando está listo para amamantar (babeo, chupeteo).
- c.** Valorar y restringir el uso de sedantes, anestésicos durante el trabajo de parto para evitar las demoras en el inicio y mantenimiento de la lactancia.
- d.** La madre debe tener un camisón abierto en la parte delantera.
- e.** Procedimiento:
- Una vez que la madre haya dado a luz, luego de la sección tardía y oportuna del cordón umbilical, estando ambos madre y bebé está51es (color, respiración, llanto en el bebé) se realiza el examen físico general del bebé sobre el abdomen de la madre.
 - NOTA: No debe llevarse el bebé a otro ambiente, el apego es inmediato al secado en el abdomen de la madre.

- El equipo debe conocer la técnica de secado del bebé, gentil, masajeando, distribuyendo el vérmix caseoso uniformemente, si lo hubiera, para evitar la deshidratación.
- Evitar secar las manos del bebé, porque las necesita para impregnar la piel de la madre con el olor del líquido amniótico.
- f. Una vez secado el bebé, se cambia el pañal por uno seco, con el cual se cubre el dorso del bebe y siempre que la madre y el bebé estén en buenas condiciones generales el Neonatólogo, residente de neonatología, o el interno bajo la supervisión de los anteriores, realizará el apego precoz.
- g. Se coloca al bebé sobre el abdomen de la madre, en decúbito prono cercano al área pre cardíaca de la madre, para que el bebé se tranquilice con los latidos del corazón de la madre.
- h. En esta posición el bebé podrá rotar su cabeza para facilitar el contacto ojo a ojo con su madre.
- i. Una vez tranquilizado, el bebé estimula sus sentidos.
 - Se deja al bebé, con el contacto piel a piel con su madre, esperando que el bebé se arrastre hasta encontrar el pecho de la madre, se espera que el bebé agarre el pecho, cuando existe este contacto se estimula la producción de oxitocina en la madre y el bebé. Este contacto será de una hora.
 - Durante el apego, cuando se estabilizan los signos vitales del bebé y la madre, se ayuda a la madre, si es necesario, a identificar cuando su bebé está listo para iniciar la lactancia (lactancia inmediata). El bebé saliva, alcanza la teta, busca y agarra la areola.
 - La enfermera de obstetricia cubrirá al binomio madre-bebé con una frazada.
 - El bebé permanecerá con su madre durante el procedimiento de episiorrafía. Se le brindará una atmósfera tranquila, íntima en lo posible, evitando los comentarios ajenos al procedimiento.

- Una vez concluido el procedimiento de episiorrafia, si se estuviera realizando, el interno, la enfermera y/o la manual extenderá la mesa de parto para que las extremidades inferiores de la madre descansen. No dejar a la madre en posición ginecológica.
 - Se favorece la posición semifowler o fowler de la madre elevando el respaldo de la mesa.
 - si no se realiza la episiorrafia se realiza el apego de igual manera.
- j. En caso de presentarse partos simultáneos (3%) y las salas de parto están ocupadas con binomios madre - recién nacido en apego precoz, se retirará a la madre que tiene más tiempo con su bebé, la primera de la secuencia, evitando interferir entre el bebé y su madre.
- El apego se efectivizará con la participación del equipo multidisciplinario que este rotando en pre parto, parto, y quirófano.
- k. La antropometría y la profilaxis ocular y la aplicación de vitamina K se realizarán el momento de vestir al bebé, mientras se asee a la madre, luego de la hora de apego.

B. Cesárea:

- a. Una vez extraído el producto, se procede al secado del bebé con la precaución de colocar la cabeza del bebé en posición lateral para evitar la aspiración de secreciones bucofaríngeas. Solo aspirar con perilla en caso muy necesario.
- b. El Neonatólogo coordinará con el Obstetra y el Anestesiólogo. El Neonatólogo hablará con la madre recordándole los beneficios del apego.
- c. El Anestesiólogo a su vez, también hablará con la madre refiriéndose a la comunicación del Neonatólogo y como él le ayudará para que la madre pueda sostener a su bebé el mayor tiempo posible. Esta comunicación dependerá de las características del bebé y la mamá. Podría colocar el oxímetro en dedos del pie.

- d.** El arco del campo se colocará por debajo de los pechos o retirado si es más cómodo para el médico y la madre antes de la limpieza del área. Para ello se habrá explicado a la madre, y verificar que esté de acuerdo con el procedimiento y en condiciones de aceptarlo.
- e.** La madre debe tener la bata con la apertura hacia adelante, hasta por debajo de sus pechos.
- f.** Una vez realizado el secado del bebé, se cambia el campo o pañal por uno seco y con la ayuda del Anestesiólogo, quien habiendo evaluando las condiciones de la madre, liberará los brazos de la madre para recibir a su bebé; el Neonatólogo, habiendo evaluado al bebé en los primeros 5 minutos para descartar patología, coloca al bebé en contacto piel a piel con su madre, o instruye a la enfermera de reanimación que coloque al bebé manteniendo la posición prona con la cabecita cercana al área cardiaca de la madre y los pies hacia abajo lo que se pueda.

El bebé, durante el apego, se impulsará y arrastrará por el pecho por lo cual es conveniente colocar el torso del bebé un poco antes de la línea media de la madre y vigilar.
- g.** Podría elevarse el espaldar de la mesa para facilitar la visibilidad de la madre al bebé.
- h.** La madre podrá sujetar a su bebé, acariciarle y besarle. Debe estar atenta a las muestras de que está listo para mamar {babeo, extracción de la lengua). El bebé debe permanecer con su madre durante una hora, independientemente de la duración del acto quirúrgico. Para cumplir con este propósito, enfermería debe redistribuir el trabajo de Reanimación y Recuperación (por ej.: el vestido del bebé, aplicación de Vil. K, etc.).
- i.** El Anestesiólogo colaborará durante el procedimiento, en expectativa armada, si la madre muestra datos de desestabilización para discontinuar el apego. El Neonatólogo o el residente o el interno, o la enfermera, vigilarán la evolución del contacto. Deberán salir juntos del área de quirófano.

- j. Si no se pudo realizar el apego, la madre está aún bajo efecto de anestesia, se espera a que se recupere y si está en condiciones, la enfermera de Recuperación solicitará al bebé. Le acomodará de acuerdo a la técnica.

Beneficios para la madre

Durante el contacto piel a piel la succión de la aréola mamaria estimula la secreción de dos hormonas: la oxitocina y la prolactina. La oxitocina produce disminución del estrés e inicio de los sentimientos maternales. Las mamás sufren menos depresión después del parto, sienten mayor seguridad y confianza en sí mismas, sonríen más a sus hijos, los abrazan, acarician y consuelan más. Esto permite establecer las bases afectivas del vínculo madre/hijo. La prolactina estimula la iniciación y mantenimiento de la lactancia porque aumenta la producción de leche en las madres y el bebé aprende antes a succionar el pecho, ya que durante la realización del método el niño explora, huele, busca y encuentra el pezón. No debe olvidarse que la leche materna es la mejor opción para alimentar a un bebé ya que, además de nutrir, les brinda protección frente a infecciones, y su composición varía continuamente en función de las necesidades de crecimiento del bebé, adaptándose para proporcionarle el mejor desarrollo en cada etapa. ⁽²⁰⁾

4. MARCO CONTEXTUAL

El hospital de la Mujer centro es tercer nivel y referente nacional en alta especialidad. Atención Ofrece servicio en ginecológica, obstétrica y oncología ginecológica.

Nacimientos Ocupa el tercer lugar a nivel nacional, en la atención de partos.

Cifras En lo que va de esta gestión el Hospital de la Mujer atendió 2.800 partos.

Misión

Atención y resolución de referencia Departamental y Nacional, que brinda servicios de salud especializada con calidad y calidez en las especialidades de Obstetricia, Ginecología, Neonatología y Medicina Crítica, contribuyendo a disminuir la morbi-mortalidad materna-neonatal mediante acciones de promoción de la salud, asistencia sanitaria oportuna y atención médica en función a RR.HH., calificados en el marco de la integración docente asistencial forma profesionales en salud tanto en pregrado como en postgrado.

Visión

Al 2025 el Hospital de la Mujer Acreditado de tercer nivel de referencia departamental y nacional, con alta capacidad resolutive y de respuesta en la atención a la demanda de usuarias que acuden para una resolución satisfactoria a sus problemas de salud, contando con suficientes RR.HH., infraestructura acorde al nivel de atención y equipamiento médico moderno necesario y asimismo promoviendo la investigación científica en beneficio de la comunidad y de toda la población usuaria.

Objetivo

Hasta el 2025 el Hospital de la Mujer, fortalecerá los servicios y productos de salud con calidad, eficiencia, y eficacia.

Hasta el 2025 el Hospital de la Mujer, contará con Infraestructura y Equipamiento Hospitalaria de Tercer Nivel de acuerdo a los lineamientos técnicos del Sector de Salud que permita mayor confiabilidad del usuario.

Historia

El Hospital de la Mujer crece junto con el Hospital de Clínicas que este antes se llamaba Nataniel Aguirre, que con el tiempo por la demanda de pacientes se

Separa del Hospital de Clínicas y le ponen el nombre actual Hospital de La Mujer.

FUNCIONES

I. CONSULTA EXTERNA:

➤ Ginecología

Atención integral de la paciente con patología ginecológica, Rastreo de Cáncer cérvico uterino y de mama, ITS, Salud Sexual Reproductiva.

II. HOSPITALIZACIÓN:

➤ Ginecología

Infecciones ITS sepsis, Abortos sépticos, Cirugía de Tumores Benignos y Tumores Malignos Rescatables por Cirugía, Cirugía Laparoscópica, Histeroscopia, Patología Cervical, Patología Mamaria, Esterilidad e Infertilidad Conyugal, Complicaciones del Embarazo: Ectópicos y Mola hidatiforme, y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.

➤ Obstetricia

Parto distócico, Cirugía de Alto Riesgo Obstétrico Quirúrgico, Patología Asociada al Embarazo, Diabetes, Tiroides, Alto riesgo obstétrico perinatal, Medicina fetal, Cesárea Histerectomía, Manejo del Choque: Hipovolémico, Séptico, Hipertensivo, Puerperio de Alto Riesgo, Medicina Critica Obstétrica, y Otros definidas en Anexos de la R.M. No 132.

➤ Terapia Intensiva - UCI

Soporte vital, Respiración Asistida, Manejo de Choques, Complicaciones por Sistemas: Neurológico, Cardio-respiratorio, Renal, Digestivo, Coagulación y otros, y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.

➤ Neonatología

Asistencia de Recién Nacidos, Recién Nacidos Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales-UCIN, Terapia Intermedia Neonatal, Terapia de Crecimiento Neonatal, Complicaciones y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.

➤ Anestesiología

Anestesia General, Anestesia Conductiva, Recuperaciones, Visita Pre Anestésica Ambulatoria y Pre Operatoria, y Otros definidas en Anexos de la R.M. No 132.

III. COMPLEMENTOS

- Ecografía: Ecografía Ginecológica, Obstétrica, Estudio de Bienestar Fetal.
- Farmacia Cobertura y Asistencia de 24 horas en provisión de medicamentos, insumos y otros.
- Laboratorio Química Sanguínea, Examen de Orina, Gases en Sangre, Electrolitos.
- Anatomía Patológica Citología, Estudio Anatómico Patológico.
- Transfusión de Sangre y Derivados
- Medicina Transfusional.
- Banco de Leche: Promoción de Lactancia Materna, Oferta de Leche Materna Procesada.
- Fisioterapia: Fisioterapia Integral y Especializada a la Madre, Recién Nacido y Usuaria Ginecológica.
- Psicología Apoyo Psicológico según Demanda.
- Nutrición Manejo Dietético de Patologías Metabólicas, Endocrinas y Otras Asociadas al Embarazo.
- Trabajo Social Visita Domiciliaria, Seguimiento a Casos Especiales (24)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, o sea el 47% de las defunciones de menores de 5 años, lo que supone un aumento respecto del 40% registrado en 1990. En 2015 se registró aproximadamente el mismo número de defunciones prenatales. (1)

Mencionamos la eficiencia de atención en la recepción del recién nacido como la capacidad para brindar cuidados a través de un grupo interdisciplinario, que dispongan de conocimientos prácticos y equipo apropiado para cada intervención entre estos son un neonatólogo, una enfermera capacitada para la atención inmediata de un recién nacido de bajo riesgo o una enfermera neonatal esta sabrá cómo proceder en cada situación que se presente durante la recepción de un ser humano de la vida intrauterina a la vida extra uterina.

Se observó en el servicio de Recién Nacidos del hospital De La Mujer que las enfermeras tienen debilidades en la aplicación de las técnicas de atención al recién Nacido de bajo riesgo, no se cuenta con protocolos de atención del recién nacido de bajo riesgo, y si existe estos no están actualizados, el hospital es un centro de referencia a nivel departamental y en algunos casos a nivel nacional, por el exceso trabajo y el ingreso de pacientes la atención del recién nacido de bajo riesgo no es acorde a lo establecido según la OMS, el personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de Recién Nacidos tiene debilidades en las competencias cognitivas mostramos algunas cifras de la atención en el Hospital de la Mujer en un periodo de 13 años hubo 50. 180: en el primer semestre del 2019 hubo 1644 nacimientos: cesárea 825, partos 823 los Recién Nacidos fueron atendidos por el pediatra los de alto riesgo por el neonatólogo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Cuáles son las competencias cognitivas de Enfermería en la recepción del recién nacido de bajo riesgo en el Hospital de la Mujer primer semestre del 2019

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las competencias cognitivas de Enfermería en la recepción del recién nacido de bajo riesgo, en el Hospital de la Mujer primer semestre del 2019

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Especificar las características sociodemográficas del personal de enfermería en el servicio de recién nacidos
2. Identificar las competencias cognitivas (saber) del personal de enfermería sobre la atención del recién nacido de bajo riesgo en la unidad
3. Evaluar las competencias técnicas del personal de enfermería sobre la atención del recién nacidos de bajo riesgo
4. Conocer la frecuencia de nacimientos y caracterizar a los recién nacidos

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Esta investigación es cuantitativo de tipo descriptivo, observacional.

- **Descriptiva:** Porque se empleó un instrumento de recolección de datos el cual tuvo como fin medir diferentes variables referentes al tema de investigación en un determinado momento.
- **Observacional:** Porque permite la recolección de datos en base a los Recién Nacidos

6.2 Área de Estudio

En la ciudad de La Paz, Hospital de La Mujer ubicado en la Zona de Miraflores Av. Saavedra la cual es la referencia de las personas aseguradas de esta institución la cual abarca aseguradas del SUS.

El estudio se desarrolló en la unidad de Recién nacidos del Hospital de la Mujer.

6.3. Universo y Muestra

6.3.1 Universo

Está conformada por todas las licenciadas de Enfermería que son un total de 112 Licenciadas que trabajan en diferentes turnos del hospital haciendo el 100%

6.3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

10 Licenciadas de enfermería que trabajan en el servicio de Recién Nacidos que equivale a un 100% del total de los diferentes turnos.

6.3.3 Muestra

No se trabajó con muestreo ya que se toma en cuenta a toda la población de estudio de 10 Licenciadas de Enfermería que trabajaban en el servicio de Recién Nacidos

6.4 Criterios

Criterios Inclusión

- Licenciadas que trabajan en la unidad de recién nacidos
- Licenciadas con la hoja de observación, registro completo.
- Licenciadas que desean participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Licenciadas que no trabajen en el servicio de Recién Nacidos
- Licenciadas que se encuentra de vacaciones permiso.
- La jefa de enfermeras.
- Licenciadas que no desean ser parte del estudio.

6.5 VARIABLES

VARIABLES dependientes

- Protocolos
- Conocimiento

VARIABLES independientes

- Edad
- Sexo
- Grado de formación

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Edad	Categórica Policotómica	Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Porcentaje
Sexo	Categórica Dicotómica	Nominal	Diferenciación de hombre y mujer	Porcentaje
Grado académico	Categórica Politómica	Ordinal	Cuando culminas una persona sus estudios y toma otro Para superarse	Porcentaje
Tiempo de experiencia	Categórica Politómica	Ordinal	Cuánto tiempo se encuentra trabajando	Porcentaje
Capacitación o actualización	Categórica Politómica	Ordinal	Cursos periódicos	Porcentaje

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Lavado de manos	Categórica Dicotómica	Ordinal	Acto de lavarse las manos con antiséptico y agua	Porcentaje
Pedido de material		Ordinal	Solicitud de insumos, material e	Porcentaje

	Categoría Dicotómica		instrumentar quirúrgico	
Material e insumos	Categoría Politómica	Ordinal	Todo lo que se necesita para atender a un recién nacido tallimetro, balanza, insumos	Porcentaje
Condición del recién nacido	Categoría Politómica	Ordinal	Como nace un recién nacido cambios fisiológicos de la vida intra uterina a extra uterina.	Porcentaje
Planta física para atender a recién nacido	Categoría Dicotómica	Ordinal	Ambiente donde se atenderá a un recién nacido	Porcentaje
Rol de la enfermera	Categoría Politómica	Ordinal	Actividad y procedimientos que realizan las profesionales en el momento de transición	Porcentaje
Técnica para atender a un Recién nacido	Categoría Politómica	Ordinal	Destrezas que tiene una enfermera para realizar estas actividades de transición del recién nacido	Porcentaje
Hoja de enfermería	Categoría Politómica	Ordinal	Una hoja de registro donde se detalla todo lo que se hace en la recepción del recién nacido	Porcentaje

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
PESO	Cuantitativa Continua	Ordinal	Es manifestado por gramos cuando pesa algo	Porcentaje
SEXO	Categoría Dicotómica	Nominal	Diferenciación de hombre y mujer	Porcentaje

TALLA	Cuantitativa continua	Ordinal	Es manifestado en centímetros para ver cuán grande es una persona	Porcentaje
APGAR	Cuantitativa Discreta	Ordinal	Es un test que se realiza a los recién nacidos cuando nacen y así determinar cómo están	Porcentaje

6.6 Métodos y técnicas

6.6.1 Técnica

Los métodos y técnicas que fueron utilizadas para la recolección de datos fue la encuesta la misma que fue elaborada con preguntas de carácter cerrado y la hoja de observaciones. Los instrumentos fueron validados con anterioridad a su aplicación, puesto que los expertos los revisaron y dieron su visto de conformidad. Posterior a la validación es que se aplicó los instrumentos. Por otro lado, se aplicó un consentimiento informado antes de su aplicación. Se observa al personal profesional de enfermería, se registrará manualmente en la guía de observación.

7.7.2 Instrumento

El Instrumento utilizado fue un Cuestionario Validado, formulado con 12 preguntas cerradas cuya valoración fue de acuerdo a respuestas correctas o incorrectas. El sumatorio total determinó un resultado que permitió medir el conocimiento de cada unidad de estudio según la Escala Stanones para medir conocimientos, en donde la respuesta correcta se valoró con 1 punto y la incorrecta con 0.

Respuestas Correctas	Porcentaje	Niveles
0 – 20	0 - 35%	Bajo
21 – 27	36% - 69%	Medio
28 – 35	70% - 100%	Alto

Dicho cuestionario fue aplicado en una investigación realizada en la unidad de recién nacidos, sometido a pruebas de validación del instrumento por parte de expertos en metodología y pruebas de confiabilidad con el Método de Kuder-Richardson obteniendo una puntuación de 0,81/1. Este método califica la confiabilidad de una técnica de medición de conocimientos, los factores se ordenan de 0 a 1 en el que 0 significa una confiabilidad nula y 1 representa un máximo de confiabilidad. Cuando más se acerca el coeficiente a 0 hay mayor error en la medición mientras que si se acerca más a 1 será mejor la efectividad

6.6.3 Plan de tabulación y análisis

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS 20.0 versión gratuita y fue analizado mediante gráficos. El análisis de la información se realizó con estadística descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes. Para garantizar la confidencialidad de la información, los datos obtenidos han sido utilizados exclusivamente para el presente estudio

VII CONSIDERACION ETICA

Se consideró solicitar los permisos necesarios a las autoridades pertinentes que cumplen sus funciones en el Hospital De LA Mujer La Paz:

Jefe de Enseñanza e Investigación.

Jefa del área de recién nacidos

Jefa del departamento de enfermería. (Ver Anexo 1).

Se realizó una previa presentación del trabajo de grado a cada una de las autoridades competentes para la aplicación de la encuesta.

El instrumento de recolección de datos fue validado por tres expertas en el área de neonatología, a nivel departamental (Hospital del Niño, Hospital del Materno Infantil y hospital De La Mujer)

Se realiza bajo los principios ético-morales de:

Principio de justicia

Sinónimo de equidad de acuerdo a nuestra investigación se traduce a realizar la encuesta para evaluar los conocimientos a los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de recién nacidos.

Principio de no maleficencia

No se puede obrar con intención de hacer daño, esto viene a expresar que nuestro objetivo como profesionales de enfermería es fundamental en los cuidados inmediatos en la recepción del recién nacido.

Principio de beneficencia

Se debe actuar con el único objetivo de conseguir el bienestar del recién nacido en la adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina.

Principio de autonomía

En este caso todos los profesionales de salud tienen la libertad de elegir si desea ser parte de este proceso de investigación con el fin de contribuir al estudio, identificado su nivel de conocimiento mediante encuesta.

VIII RESULTADOS

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2019

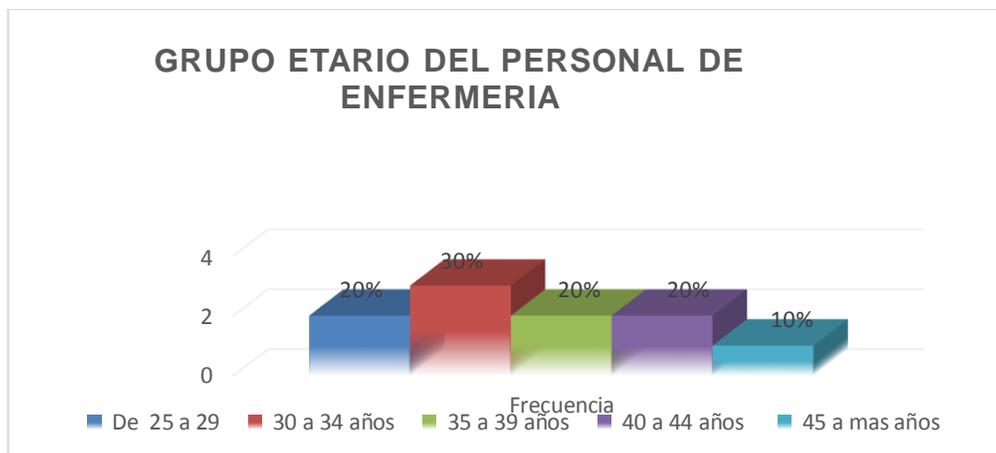
Tabla 1 Personal de Enfermería según edad y sexo en la unidad de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	100%
Masculino	0	0%
TOTAL	10	100,0

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras 2019

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 29	2	20%
30 a 34 años	3	30%
35 a 39 años	2	20%
40 a 44 años	2	20%
45 a más años	1	10%
TOTAL	10	100

Grafico 1



Interpretación: La población participante en el estudio el promedio de sexo de las personas encuestadas, se aprecia que el 100% es de sexo femenino, en promedio de edad de las personas encuestadas, se aprecia que las edades comprendidas entre 30 –34 años representan un 30%. En segundo lugar, se ubica con el 20% el rango de edad de 25–29 años, seguido encontramos el grupo de enfermeras con más de 35- 39 años y de 40 -44 años las de 45 a más años cuales representan el 10% siendo el grupo con menos integrantes.

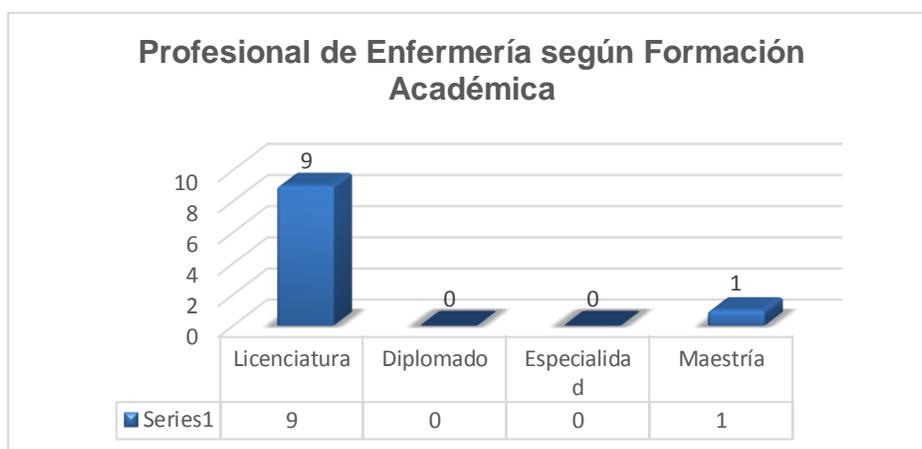
Datos fundamentales el personal de enfermería que trabaja en el servicio de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer es joven lo que hará posible una mejor adaptación a cambios y adopción de estrategias para mejorar la atención de los recién nacidos de bajo riesgo a través del protocolo de atención.

Tabla 2 Profesional de Enfermería según Formación Académica en la unidad de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019

Estudios Realizados	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	9	90%
Diplomado	0	0%
Especialidad	0	0%
Maestría	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras de Recién Nacidos 2019.

Gráfico 2



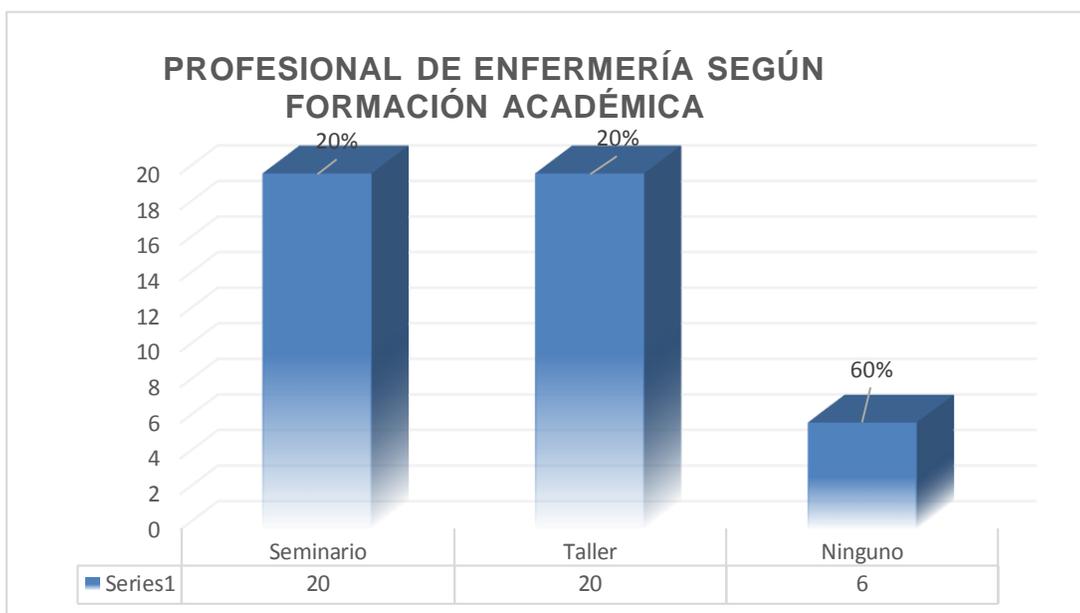
Interpretación: El gráfico demuestra que el 90% del personal que trabaja en el servicio de recién nacidos del Hospital de la Mujer, posee licenciatura en enfermería y sólo el 10 % tienen una maestría, sin embargo, no se encuentra profesionales que tienen diplomado y especialidad, en el cual muestra la influencia del nivel académico como uno de los factores que más influyó en la calidad de atención de los pacientes, a mayor educación del personal enfermero mayor probabilidad de que la atención del paciente sea de mejor calidad y por ende los resultados de recuperación de los pacientes más efectivos y menos costosos.

Tabla 3 Capacitación Recibida/Tipo de Capacitación sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo en la unidad de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Seminario	20	20%
Taller	20	20%
Ninguno	6	60%
TOTAL	10	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras de recién nacidos 2019.

Gráfico 3



Interpretación: Como se observa en la gráfica el 40% del personal de enfermería recibió capacitación sobre la atención del recién nacido de bajo riesgo, el 20% de enfermeras se capacitó por un seminario, mientras que el 20% lo hizo a través de un taller. El 60% restante no recibió ningún tipo de capacitación.

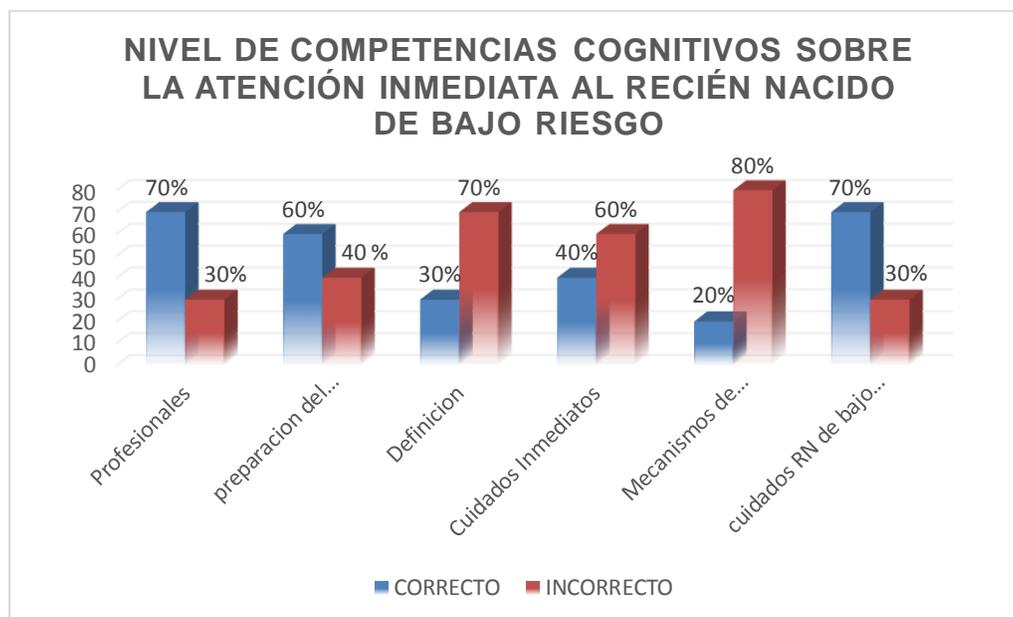
RESULTADOS COGNITIVOS

Tabla 4 Nivel de Competencias Cognitivas Sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería del Servicio de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019

	Correcto		Incorrecto		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Profesionales	70	70%	30	30%	100%
preparación del material	60	60%	40	40%	100%
Definición	30	30%	70	70%	100%
Cuidados Inmediatos	40	40%	60	60%	100%
Mecanismos de perdida de calor	20	20%	80	80%	100%
Cuidados inmediatos RN de bajo riesgo	70	70%	30	30%	100%

Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras de Recién nacidos 2019

Grafico 4



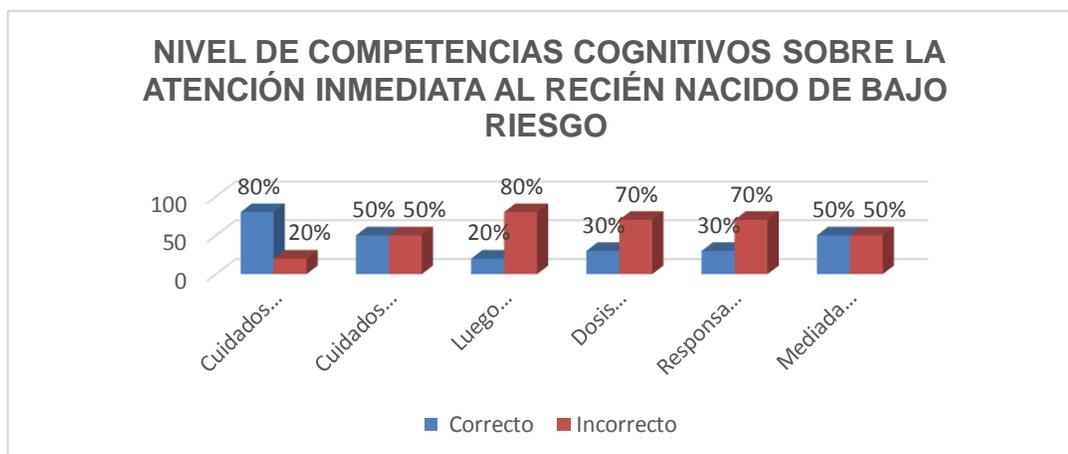
Interpretación: La evaluación de los seis ítems referentes al conocimiento que el personal de enfermería tiene con respecto a la atención del recién nacido de bajo riesgo evidencia que: el 70% de enfermeras contestan correctamente el tema relacionados que profesionales deben atender al recién nacido, un alto nivel de error se observa en el tema correspondiente a la atención del recién nacido en donde el 70% se equivoca, en temas relacionados con cuidados de un recién nacido de bajo riesgo también es un 70% que contesta incorrectamente y la otra el 80% se equivoca al contestar los mecanismos de pérdida de calor de los recién nacidos. En contraposición el 60% del personal contestó correctamente los temas sobre alistar el material.

Tabla 5 Nivel de Competencias Cognitivas Sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería del Servicio de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019.

	Correcto		Incorrecto		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Cuidados de un recién nacido de bajo riesgo	80	80%	20	20%	100%
Cuidados de un recién nacido de alto riesgo	50	50%	50	50%	100%
Luego del primer minuto de vida se realiza	20	20%	80	80%	100%
Dosis vitamina k	30	30%	70	70%	100%
Responsabilidad de la enfermera	30	30%	70	70%	100%
Mediadas antropométricas	50	50%	50	50%	100%

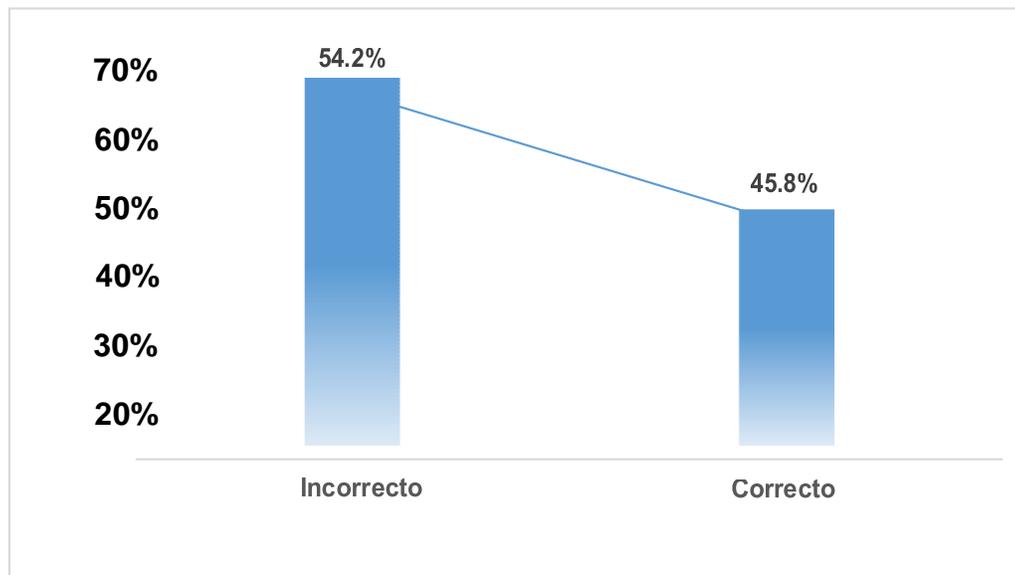
Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras de Recién nacidos 2019

GRAFICO 5



Interpretación: La evaluación de los seis ítems referentes al conocimiento que el personal de enfermería tiene con respecto a la atención del recién nacido de bajo riesgo evidencia que: el 80% de enfermeras contestan correctamente los temas relacionados con los cuidados de un recién nacido de bajo riesgo; al mismo nivel de error se observa en el tema correspondiente a la atención del recién nacido después del minuto de vida en donde el 80% se equivoca, en temas relacionados con cuidados de un recién nacido y las medidas antropométricas es un 50% que contesta correctamente, y la otra el 70% se equivoca al contestar las responsabilidades de la enfermera como también la dosis de la vitamina K.

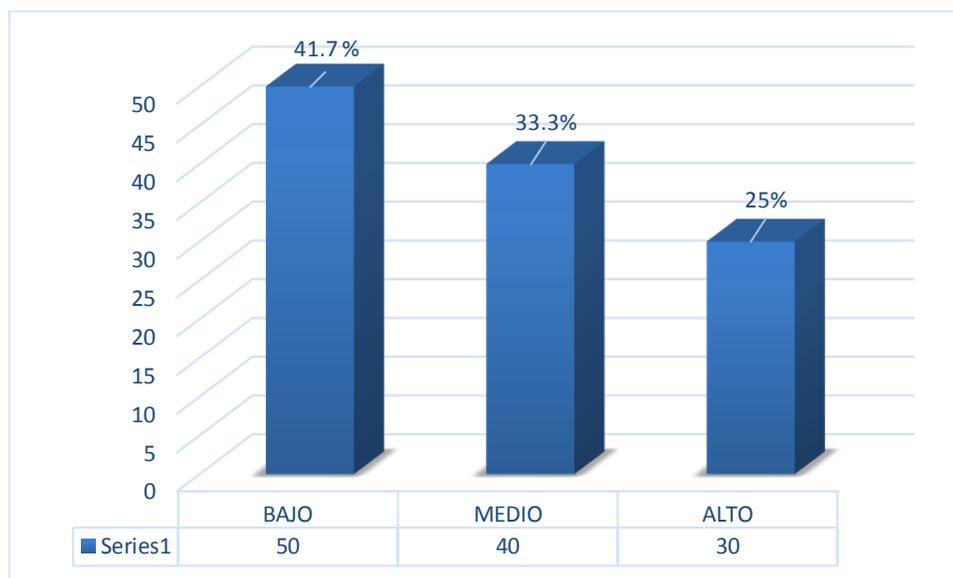
Gráfico 6 Porcentaje Total de la competencia cognitiva sobre la atención inmediata al recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería de la unidad Recién Nacidos del Hospital de la Mujer



Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras de recién nacidos 2019.

Interpretación: El gráfico demuestra que el 54.2% del personal de enfermería el momento de ser evaluados sobre los 12 ítems de atención al recién nacido de bajo riesgo se equivocan en su contestación mientras que el 45.8%% de enfermeras se son correctas al contestar.

Gráfico 7 Escala de Stanones Para Medir Conocimientos sobre la atención del recién nacido de bajo riesgo del Personal de Enfermería de la unidad Recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019



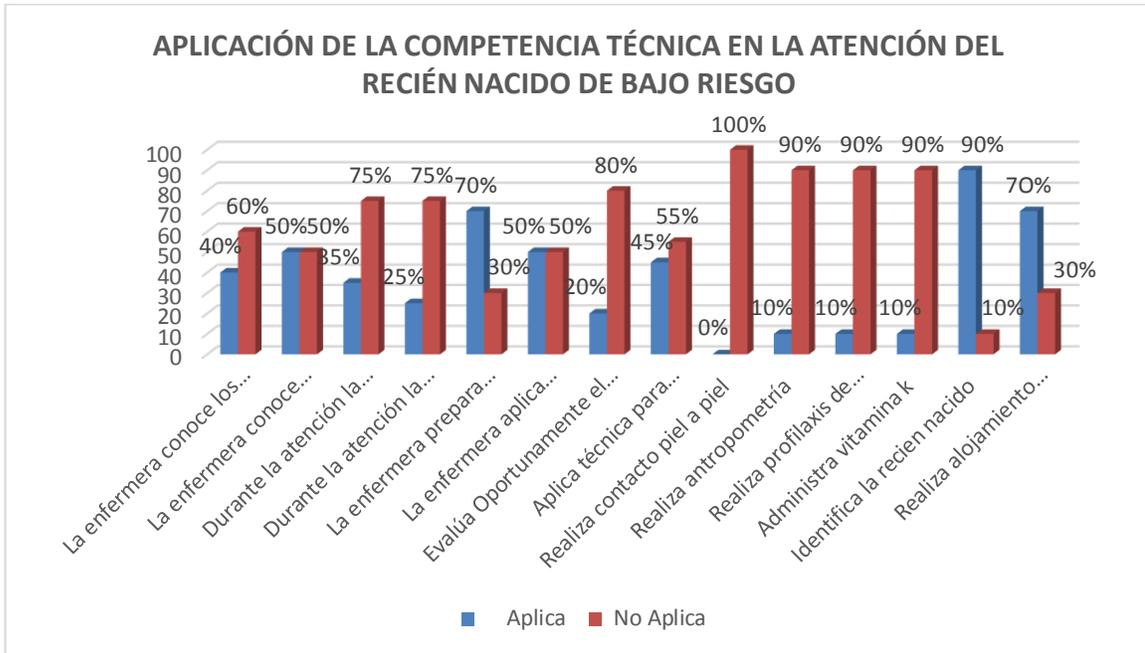
Fuente: Hoja de observación aplicada a enfermeras de recién nacidos 2019

Interpretación: El indicador Conocimiento sobre la Atención al Recién Nacido de Bajo Riesgo que poseen los profesionales de enfermería según la Escala Stanones (0-35% bajo, 36-69% medio, 70-100% alto), evidenciándose que el 41.7% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento Bajo sobre la atención del Recién Nacidos de bajo Riesgo, 33.3% medio y solo un 25% alto.

Tabla 6 Aplicación de la Competencia Técnica en la Atención del Recién nacido de bajo riesgo por parte del Personal de Enfermería en el servicio de recién Nacidos del Hospital de la Mujer gestión 2019

	Aplica		No Aplica		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
La enfermera conoce los antecedentes maternos y perinatales?	40	40%	60	60%	100%
La enfermera conoce antecedentes del recién nacido	50	50%	50	50%	100%
Durante la atención la enfermera permite a la madre expresar sus temores en cuanto al cuidado del recién nacido	35	35%	75	75%	100%
Durante la atención la enfermera motiva a la madre para que realice ejercicios de relajación en el momento del parto	25	25%	75	75%	100%
La enfermera prepara todos los insumos para la atención del recién nacido	70	70%	30	30%	100%
La enfermera aplica normas de bioseguridad	50	50%	50	50%	100%
Evalúa Oportunamente el estado del recién nacido	20	20%	80	80%	100%
Aplica técnica para mantener la termorregulación del Recién Nacido	45	45%	55	55%	100%
Realiza contacto piel a piel	0	0%	100	100%	100%
Realiza antropometría	10	10%	90	90%	100%
Realiza profilaxis de cordón umbilical	10	10%	90	90%	100%
Administra vitamina k	10	10%	90	90%	100%
Identifica la recién nacido	90	90%	10	10%	100%
Realiza alojamiento conjunto	70	70%	30	30%	100%

Grafico 8



Interpretación: La gráfica muestra el 100 % de aplicación de las actividades de atención al recién nacido, no realizan contacto piel a piel, como las medidas antropométricas, profilaxis de cordón umbilical, profilaxis ocular se demuestra que la actividad de enfermería la realiza los pediatras, las actividades menos aplicadas son aquellas que tienen que ver la actividad más ejecutada 80% es aquella que tiene que ver con procedimientos propios como termorregulación.

TABLA 7 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL RECIÉN NACIDOS EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2019

AÑO	NACIMIENTOS
	FERCUENCIA
2015	3824
2016	3701
2017	3073
2018	2828
TOTAL	13426

FUENTE: Datos recolectados del SNIS hospitalario

CUADRO N 9



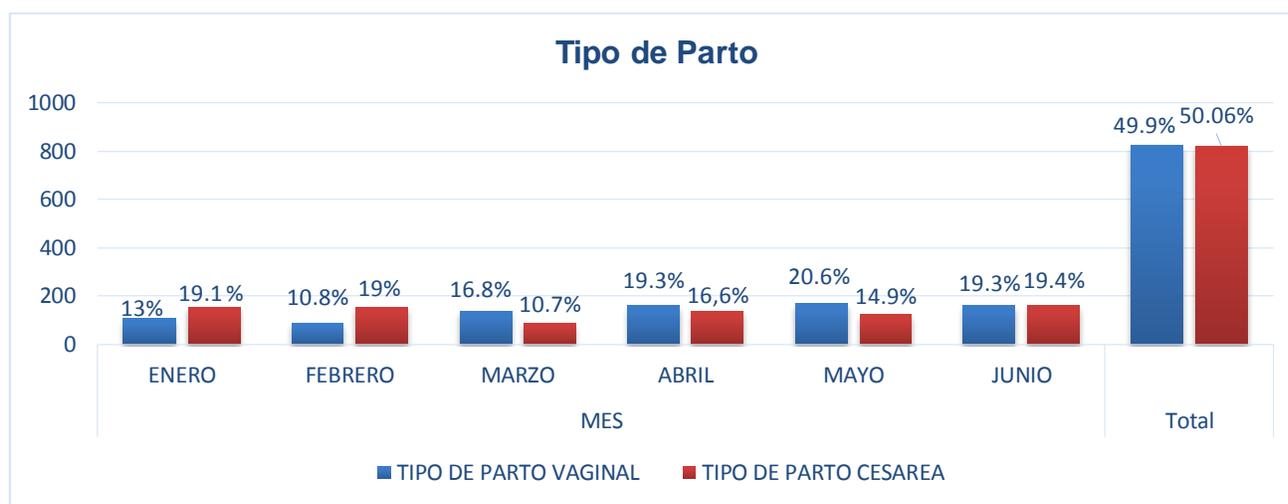
Interpretación: La gráfica muestra los nacimientos de los últimos 4 años de estudios teniendo que el 2025 hubo más nacimientos 3824 luego fue descendiendo la afluencia de pacientes para el 2016 con un total de nacimientos de 3101 se evidencia que bajo, para el 2017 son 3073 nacimientos y por ultimo tenemos al 21018 con 2828 nacimientos que tienen que ver la actividad más ejecutada 80% es aquella que tiene que ver con procedimientos propios como termorregulación.

TABLA N°8 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL RECIÉN NACIDOS EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2019

TIPO DE PARTO		MES						Total
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	
		VAGINAL	107	89	139	159	170	
	CESAREA	157	156	88	137	123	160	821
Total		264	245	227	296	293	319	1644

FUENTE: Datos recolectados del SNIS hospitalario

GRAFICO N° 10



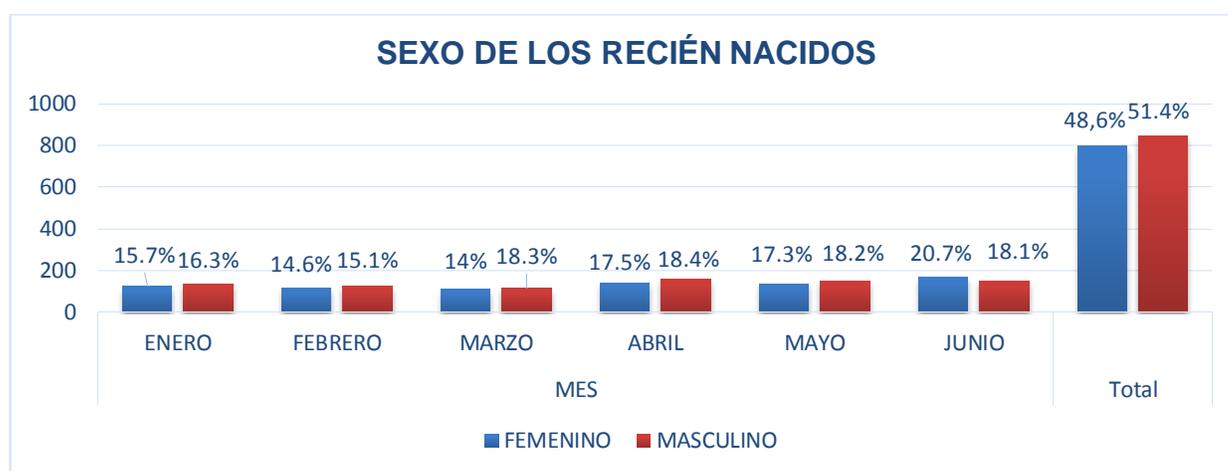
Interpretación: la gráfica nos muestra los resultados del tipo de nacimiento teniendo un total en el primer semestre del 2019 de 1644 recién nacidos y el tipo de parto, teniendo parto vaginal de 49.9% y 50.06% cesáreas teniendo solo 2 como diferencia del tipo de parto de vaginal y cesárea.

TABLA Nº 9 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL RECIÉN NACIDOS EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN EL SEXO DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2019

	MES						Total
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	
FEMENINO	126	117	112	140	139	166	800
MASCULINO	138	128	115	156	154	153	844
Total	264	245	227	296	293	319	1644

FUENTE: Datos recolectados del SNIS hospitalarios

GRAFICO Nº 11



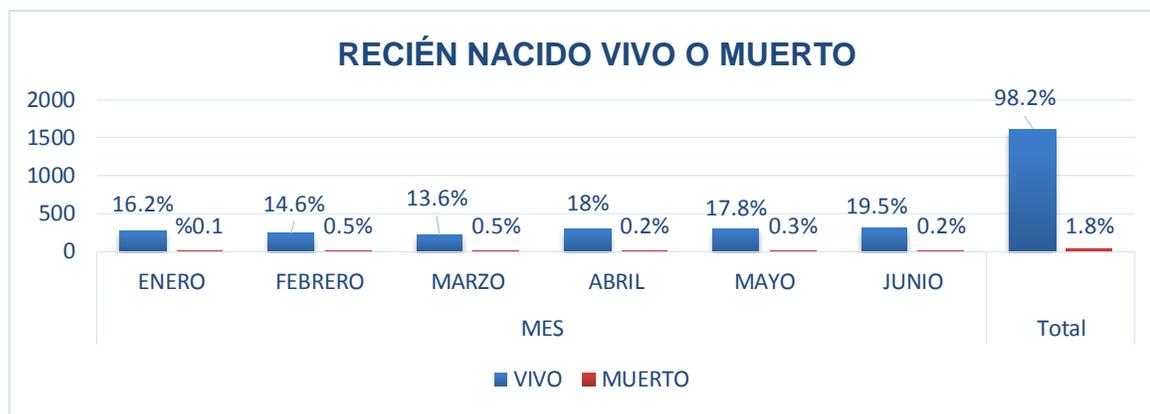
Interpretación: La gráfica nos muestra los resultados el sexo del recién nacidos teniendo un total en el primer semestre del 2019 de 1644 recién nacidos de ambos sexos, teniendo 48,6% recién nacidos de sexo femenino y 51,4% de recién nacidos de sexo masculino siendo más los de sexo masculino.

TABLA Nº 10 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL RECIÉN NACIDOS EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDO VIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2019.

MES	VIVO	MUERTO	TOTAL
<i>ENERO</i>	262	2	264
<i>FEBRERO</i>	237	8	245
<i>MARZO</i>	221	6	227
<i>ABRIL</i>	292	4	296
<i>MAYO</i>	288	5	293
<i>JUNIO</i>	315	4	319
TOTAL	1615	29	1644

FUENTE: Datos recolectados del SNIS hospitalario

GRAFICO Nº 12



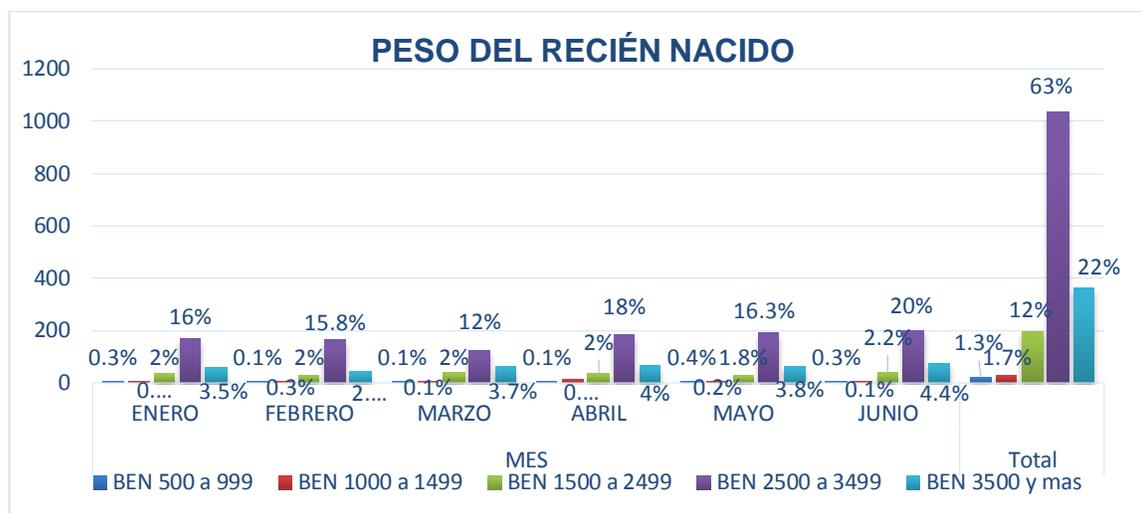
Interpretación: La gráfica nos muestra los resultados de recién nacidos vivo 8 fallecidos en el mes de febrero por distintas causas, dos teniendo como mínimo en el mes de enero tiendo un total en el primer semestre del 2019 de 1.8% recién nacidos fallecidos.

TABLA Nº 11 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL RECIÉN NACIDOS EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDO SEGÚN SU PESO DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2019.

Válido	Frecuencia	%
500 a 999	21	1,3
1000 a 1499	29	1,8
1500 a 2499	196	11,9
2500 a 3499	1036	63,0
3500 y mas	362	22,0
Total	1644	100,0

FUENTE: Datos recolectados por el SNIS hospitalarios

CUADRO Nº 13



Interpretación: La gráfica nos muestra los resultados el sexo del recién nacidos teniendo un total en el primer semestre del 2019 de 1644 recién nacidos según el peso donde se evidencia que 63% tienen un peso de acuerdo de 2500 a 3499 kg. De 3500 a más tenemos 22% y los que llegaron a pesar de 500 a 999gr son 1.3% de 1000 a 1499 1.7% recién nacidos y de 1500 a 2499 tenemos 12%.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos aportan lo siguiente:

1. Respondiendo al objetivo general en relación al nivel de competencia cognitiva un 41.7% poseen conocimiento bajo un 33.3% medio y un 25% alto y respecto a la competencia técnica el 70% no aplican los lineamientos básicos del programa, ya que no realiza adecuadamente los procedimientos. Unas debilidades de las profesionales son con lo cognitivo en el servicio es que no están actualizadas con conceptos, procedimientos en la actualidad como la ciencia va evolucionando día a día hay que estar a la par con la tecnología y los avances científicos.

Los contenidos que se evaluaron a través de la guía de observación aportaron que las competencias técnicas de la profesional de enfermería es otra debilidad en el servicio

2. Respondiendo al primer objetivo específico nos muestran que las enfermeras, Profesionales, Licenciadas necesitan incrementar sus conocimientos, de capacitación. Para poder desarrollar cada técnica con la mayor eficiencia posible y brindar una óptima recepción, cuidado al recién nacido. Protegiéndolo de todos los agentes externos que se pudieran evitarse desde el punto de vista de la salud
3. Respondiendo al segundo objetivo específico en cuanto a las variables sociodemográficas del personal de enfermería de la unidad de Recién Nacidos del Hospital de la Mujer se aprecia 100% corresponde al sexo femenino, de los cuales el 70% de Enfermeras Profesionales son con una antigüedad no más de cinco años, el 10% con 6 años de antigüedad y el 20% con más de 16 años de antigüedad en el servicio.

En relación con el interés de actualizaciones que el 30% realiza actualizaciones una vez al mes; un 40% no realiza ningún tipo de capacitación teniendo un restante el 30% una vez en 6 meses

4. Respondiendo al tercer objetivo específico sobre las competencias técnicas de la aplicación de las actividades de atención al recién nacido, debe señalarse que las profesionales, es deficiente la aplicación de las normas de la atención al recién nacido por ese motivo se realizara un protocolo de atención al recién nacido de bajo riesgo, para poner en práctica, ya que en el momento del nacimiento y los primeros minutos de vida podemos evitar muchos males a estos bebés.
5. Respondiendo al último objetivo específico los datos sociodemográficos de los recién nacido nos mues que en el primer semestre del 2019 hubo 1644 nacimientos, de los cuales 823 son parto eutócico y 821 son por intervención quirúrgica cesárea, 800 son de sexo femenino y 844 de masculino, en el semestre tuvimos 29 fallecidos.

X. RECOMENDACIONES

Al finalizar la investigación se hace indispensable expresar algunas recomendaciones que podrían apoyar los resultados del presente trabajo y sobre todo la actividad profesional del personal implicado.

- El personal participante de la investigación debe estar perfectamente calificado técnicamente en el programa, pero aún más importante es que se encuentre motivado para llevarlo a cabo con la finalidad de garantizar un cuidado altamente técnico, pero sobre todo humano.
- El éxito de la atención del recién nacido de bajo riesgo depende en gran parte de la permanencia del personal en el mismo, por lo que se sugiere al hospital que dicho personal no sea transferido a otros servicios pues la capacitación y la experiencia cuentan mucho en la calidad de atención del recién nacido de bajo riesgo.
- La Dirección del Hospital deberá decidir la implementación del protocolo de atención del recién nacido de bajo riesgo considerando no solo la disponibilidad del personal, su experiencia, conocimientos y motivación sino también la estructura administrativa y física que de soporte del servicio de recién nacidos.
- A la Jefa de Enfermería de la Unidad de Recién Nacidos se sugiere aplicar el protocolo de intervención que se diseñó con el fin de fortalecer el procedimiento que debe realizar el personal de enfermería en la atención recién nacido de bajo riesgo.
- Estimular a las enfermeras la importancia de la capacitación, ya que es la base para lograr una calidad en cuidados inmediatos. Proporcionando, capacitando desde el servicio sobre cursos, charlas educativas, dentro o fuera de la institución.

Es importante recordar que la enfermera debe conocer estos acontecimientos tiene lugar en el seno de la familia y, por lo tanto, es necesario favorecer un

ambiente de cordialidad, respeto y dignidad a la familia. Por ello se propone lo siguiente para que se respete y aplique en los recién nacidos de bajo riesgos: Enfocar los cuidados primando el bienestar. Velar, por sus derechos; respetar las preferencias de los padres; Mínima interferencia en la adaptación a la vida extrauterina

Facilitar y promover la aparición del vínculo madre-hijo; No separar al RN de su madre; Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Badner A. Influencia del contacto inmediato del Recien Nacido de la madre en la regulacion termica. Scielo. 2002 Junio; 41(2).
2. OMS. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. OMS. 2019 Septiembre; 2(2).
3. UNICEF. La Razon. 2017 SEPTIEMBRE: p. 3.
4. Ministerio de Salud. Guia de practica clinica del Recien Nacido Sano. In Alianza , editor. Guía para profesionales de la salud. Bogota Colombia: Cinetes; 2013. p. 11 - 30.
5. OMS. Reducir la mortalidad en la niñez. In ; 2019 septiembre. p. 1.
6. Jaramillo R. W. Conocimientos y habilidades del personal de salud sobre consejería en lactancia materna del Hospital Vicente Corral Moscoso. TESIS. Azuay: UNIVERSIDAD DE LA CUENCA, Azuay; 2018.
7. Caballero E.. valoración del estado general y cuidados inmediatos al recién nacido que realizala enfermera en el área de neonatología hospitalsanta maría del socorro. tesis. iva: hospital santa maria, ica ; 2018.
8. Leiva Parra E.J.. El recién nacido de madre adolescente. Sicelo. 2018 setiembre; 83(6).
9. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación. Enfermeria Universitaria. 2014 Febrero.
10. Carballo E. Actualización del Programa de Atención Materno Infantil en la disciplina Enfermería. Ciencias Medicas Pinar Del Rio. 2014 Septiembre; 6(18).

11. Noguera J. M. Recomendaciones de la sociedad española de infectología pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. *scielo*. 2012 octubre; 18(2).
12. Sánchez Lunaa . Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *ANALES*. 2009 Octubre; 71(4).
13. Cruz D. SN. Los cuidados inmediatos prestados a los recién nacidos y la promoción del vínculo madre-bebé. *Scielo*. 2007 Septiembre; 41(4).
14. Badner P. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Scielo*. 2013 Julio; 12(32).
15. Urbina O. TJ. Competencias laborales del profesional de enfermería en el servicio de neonatología. *Scielo*. 2008 Octubre; 22(4).
16. Quizhp R. YZ. Cumplimientos de normas y protocolos del Ministerio de Salud Pública en la atención del recién nacido. Tesis. Quito: Universidad de la Cuenca, Cuenca; 2014.
17. Camacho V. FG. "Grado de eficiencia de las enfermeras en la. Tesis. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza; 2012.
18. Madrid C.D. Guía de cuidados de Recién Nacidos en la Maternidad. Guía. Madrid: Salud Madrid, Madrid; 2018.
19. Molano M. GN. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Scielo*. 2012 Junio; 28(2).

20. Odzaquidetzta. Atencion al recién nacido. Guia. Vasco: Ministerio de Salud, Vasco; 2015.
21. Una M. S, et al. Portales Medicos. 2018 Octubre; 34(23).
22. C R. Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término. Anales. 2013 Febrero; 51(53).
23. Servicio Departamental de Salud La Paz - Bolivia
[htt://www.sedeslapaz.gob.bo](http://www.sedeslapaz.gob.bo) 2019 [citado JUNIO 30].
24. OMS- OPS. Clasificación de estadísticas Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Decima ed. ESPAÑA BARCELONA; 2016.
25. Carrillo C. García Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario. Enfermeria Global. 2018 España Abril;(50).
26. Villalobos A.G. Cuidados del recién nacido críticamente enfermo instituto de Salud Perinatal y reproducción humana Isidoro Esinoza de Reyes Mxici 2014
27. Zabalegui A., Mencia M. Administración de medicamentos y cálculo de dosis España 2014
28. Coronado A. Prevención e intervención Oportuna de retos Ética y humanismo Instituto Nacional de Perinatología y reproducción humana Mexico 2013
39. Bellido Vallejo JC, Osuna M.E, Vallejo Identificación y estandarización de la actividad. Biblioteca Casas. 2010 mayo.

30. Pritchard JA, Macdonald PC. Obstetricia. segunda ed. Baelona España: Salvat; 1980.
31. Sumamll N.S. Los cuidados inmediatos prestados a los recién nacidos y la promoción del vínculo madre-bebé. Sielo. 2007 enero; 41(7).
32. Condee E., Narbona A. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. ANALES PEDIATRIA. 2009 Octubre; 71(4).
33. Ramón W. J, Cabrera Conocimientos y habilidades del personal de salud sobre consejería en lactancia materna del hospital vicente corral moscoso cuenca 2017. tesis. ecuador: vicente corral moscoso, cuenca; 2018.
- 34.. Hernandez Sampieri. Metodología de la Investigación. Panamericana; 2015. p. 40.

XI ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO

COMPETENCIAS DE ENFERMERIA EN LA RECEPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, PRIMER SEMESTRE 2019

El presente estudio tiene como objeto identificar las competencias cognitivas del personal de enfermería que trabaja en la atención inmediata del recién nacido.

Distinguida Licenciada:

Primeramente, deseare éxitos en las funciones que desempeña el agradecimiento será eterno por su participación en el presente estudio de grado, que será de total confidencialidad.

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada ítem, en las preguntas se le pide que elija entre varias posibilidades un inciso que es la respuesta correcta, con un círculo.

I. DATOS DEMOGRAFICOS

Edad..... Sexo..... Fecha.....

1. Experiencia laboral
 - a) 0 – 5 años
 - b) 6 – 10 años
 - c) 11 – 15 años
 - d) 16 años a más
2. Nivel de formación
 - a) Licenciada en enfermería
 - b) Diplomado
 - c) Especialidad

- d) Maestría
3. ¿Recibió capacitación en cuidados inmediatos al recién nacido de bajo riesgo?
- a) Taller
 - b) seminario
 - c) Ninguno

ANEXO N° 2

DATOS DE COMPETENCIAS COGNITIVAS

INTRUCCIONES

Competencias cognitivas lea las siguientes aseveraciones y marque la casilla correspondiente con una X

	SI	NO
Para que la atención inmediata del Recién nacido sea efectiva se debe contar con un neonatólogo y una enfermera Enfermera neonatal		
Cuando prepara el material (insumos, misceláneos, medicamentos y equipos) para el Nacimiento debe ser 15 minutos antes de que pase a sala de partos		
La atención inmediata del Recién Nacido es el conjunto sistematizado de actividades intervenciones y procedimientos oportunos, eficaces que se realiza en todo recién nacido inmediatamente al nacimiento hasta las dos primeras horas.		
Los factores de riesgo fetal en la atención inmediata al Recién Nacido son Prematuridad, bajo nacer, hipotermia, dificultad respiratoria, características del líquido amniótico.		
Los cuidados inmediatos al Recién Nacido de bajo riesgo son secado, succión bucal, Silverman, Apgar, profilaxis a cordón umbilical, Administración de Vit. K examen físico.		
El Recién Nacido pierde calor por Conducción, radiación, convección, evaporación		
Los cuidados de Enfermería en un Recién Nacido de Bajo riesgo proveer calor, liberar vías respiratorias si es necesario, secar, pinzamiento de cordón (hasta que deje de latir) y madre piel con piel		
Los cuidados de enfermería en un Recién Nacido de alto riesgo es proveer calor, liberar vías respiratorias, secar,		

estimular, pinzamiento de cordón, valoración continua, pasar a UCIN		
Luego del primer minuto de vida se realiza piel a piel (aprox. 1 hora), pinzamiento de cordón administración de vit. K, somatometria, profilaxis ocular, alojamiento conjunto Realiza después del parto contacto piel a piel madre hijo		
La dosis adecuada de Vitamina K en un neonato es: 1 mg IM a los mayores de 2 kilos y 0,5 para los menores de 2 kilos de peso		
Es responsabilidad de la profesional de enfermería revisar todo el equipamiento de servicio de recién nacidos de manera: antes y después de la atención		
las medidas antropométricas son perímetro cefálico, perímetro abdominal, talla, peso y segmento inferior		

ANEXO N°4

GUIA DE OBSERVACION

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA A LA ATENCION DE RECIEN NACIDOS DE BAJO RIESGO EN LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA GESTION 2019

Competencias técnicas en la aplicación de la atención al Recién Nacido de bajo riesgo

Criterio a Evaluar	Si	No
La enfermera conoce los antecedentes maternos y perinatales		
La enfermera conoce antecedentes del RN		
Durante la atención la enfermera permite a la madre expresar sus temores en cuando al cuidado del recién nacido		
Durante la atención la enfermera motiva a la madre para que realice ejercicios de relajación en el momento del parto		
La enfermera prepara todos los insumos para la atención del recién nacido		
La enfermera aplica normas de bioseguridad		
Evalúa oportunamente el estado del bebé		

Aplica técnicas para mantener la termorregulación en el bebé		
Realiza contacto piel a piel		
Realiza antropometría		
Realiza profilaxis de cordón umbilical		
Administra Vit. K		
Identifica al Recién Nacido		
Realiza alojamiento conjunto		

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA
ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE
BAJO RIESGO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER**

**Trabajo de Grado presentada para Optar el título de Especialista Enfermería
Neonatal**

**La Paz – Bolivia
2021**

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	5
ALCANCE.....	6
DESARROLLO.....	6
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	7
PRINCIPIOS CIENTÍFICOS.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO		

INTRODUCCIÓN.

La Unidad de recién nacidos es un servicio sumamente crítico los pacientes que se atienden en este servicio son seres que se están adaptando a la vida entre recién nacidos a término, pre término y post término entre sanos delicados y graves que tienen compromiso vital de alto riesgo, por lo mismo deben atenderse con capacidad y prontitud, así como todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos, como la recepción del recién nacido para una buena adaptación del mismo.

La OMS exige condiciones obstétricas y neonatales esenciales, que deben cumplirse en todos los servicios que asisten partos, cualquiera sea su nivel de complejidad, entre ellas está la evaluación del riesgo materno - feto - neonatal; asistencia neonatal inmediata y reanimación si corresponde. Se debe garantizar una atención prenatal eficiente y con impacto en el control de los factores de riesgo, con la existencia de diferentes niveles de atención, según la complejidad, para garantizar que los embarazos de alto riesgo sean atendidos en establecimientos que cuenten con cuidado intensivo.

El Programa Nacional de Salud apoya la iniciativa de reducir la mortalidad en recién nacidos, niños menores de cinco años, implementando un Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. Donde contempla la instrumentación de mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal del servicio

se salud, por medio de una regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención medica; así como el mejoramiento en la calidad en la formación y adiestramiento de los recursos humanos, alineados con las necesidades demográficas y epidemiológicas que está viviendo la población.

En lo que respecta al Recurso Humano, los establecimientos asistenciales que asistan partos, deben asegurar la disponibilidad de personal especializado las 24 horas, con cobertura asistencial completa todos los días. El médico deberá atender todos los partos y un neonatólogo o médico, entregará la atención y/o reanimación al recién nacido si se requiere. En casos de embarazos de edad gestacional menor a 32 semanas y malformaciones mayores, debe derivarse el paciente a neonatología. La reanimación oportuna del Recién Nacido deprimido es uno de los principales desafíos que enfrentan las y los profesionales que asisten el parto, ya que con una oportuna y adecuada intervención, se pueden prevenir complicaciones permanentes o la muerte.

Para mejorar las condiciones de salud de la mujer y del niño, es necesario contar con el equipamiento adecuado y que el personal de salud aplique las normativas y guías de atención establecidos a fin de poder cumplir con los compromisos adquiridos a nivel nacional.

Las guías tienen como propósito reducir las desviaciones no deseadas en la entrega de los servicios y representan los niveles óptimos de salud que se espera como resultado de los servicios que el sistema proporciona. Las guías de atención son procedimientos escritos que rigen las acciones del personal profesional para garantizar la seguridad de los usuarios en el abordaje de una condición clínica.

Esta guía de atención, tiene por objeto estandarizar la atención inmediata que debe ser brindada al recién nacido, valorar su estado general y detectar cualquier trastorno que pueda poner en peligro su vida.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO		

JUSTIFICACIÓN

La guía de Procedimientos para la Atención del Recién Nacido de bajo riesgo, tiene como propósito: entregar herramientas al personal, para fortalecer la supervisión y el cuidado de la salud del recién nacido de bajo riesgo desde el nacimiento, impulsando acciones para mejorar la calidad de la atención durante la etapa temprana de la vida y disminuir la morbilidad perinatal

En los últimos años la calidad de los sistemas de salud ha sido objetivo de controversia ya que la aplicación deriva una serie de competencias. En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por el desempeño del personal de enfermería, dado que este mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, a fin de que interactúe con todos los subsistemas de las unidades de atención.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO		

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar un instrumento que permita estandarizar la realización de procedimientos para la atención del recién nacido en los Servicio de Obstetricia en la Unidad de Recién Nacidos en el Hospital de la Mujer gestión 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

1. Mejorar la calidad y seguridad en la atención del Recién Nacido de bajo riesgo, disminuyendo la morbi-mortalidad.
2. Entregar una atención con equidad en la atención de salud que reciben los recién nacidos de bajo riesgo en nuestra institución.
3. Disminuir la posibilidad de ocurrencia de efectos adversos.
4. Disponer de un instrumento que facilite el conocimiento al personal que se integra a la atención de los recién nacidos

	<p>HOSPITAL DE LA MUJER</p> <p>UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES</p> <p>POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL</p>	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
<p>UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS</p> <p>GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO</p>		

ALCANCE

Potencializar los conocimientos y el desarrollo de las competencias actitudinales en procedimientos en la recepción del recién nacido.

DESARROLLO

Una buena calidad en salud cumple los estándares mínimos para una atención adecuada, se define como el logro de los mayores beneficios posibles de atención con los menores riesgos para el paciente.

Recién Nacido con peso adecuado para su edad gestacional: Producto de la concepción que nace con peso comprendido entre el percentil 10 y el 90 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo a su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma.

El 90 % de los recién nacidos no requieren ninguna intervención para hacer la transición de la vida intra a la extrauterina. En este periodo (primeras 4-6 horas de vida) es que se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la sobrevivencia del nuevo ser.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO		

RECURSOS FÍSICOS PARA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO

Podemos mencionar, que es el lugar donde se realiza el examen físico a los recién nacidos, es el sector recepción. Se entiende el mismo por conjunto de normas, acciones, procedimientos y técnicas aplicables eficazmente, con el objeto de valorar, atender y evaluar al recién nacido (RN), siguiendo un ordenamiento acorde con sus necesidades vitales y en un tiempo determinado.

El cual debe estar dentro de la sala de partos, entendiendo esta área, como un complejo que incluye pre partos, partos, quirófano, sector de recepción y demás dependencias de la sala de partos

PLANTA FÍSICA, DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES:

- Fácil acceso a través de una puerta vaivén(para empujarla con el cuerpo cuando se traslada al recién nacido)
- Mesa de trabajo de acero inoxidable cubierta con colchoneta lavable y con fuente de calor situada a unos 70 centímetros por encima de la mesa. O Cuna radiante
- Pisos de granito o similar con rejillas.
- Paredes azulejadas hasta el techo o de característica similar adecuadas para la limpieza por arrastre.
- Pileta con agua fría y caliente, accionadas al codo.
- Mesa de iguales características que la mesa de trabajo para la colocación de la balanza y el infantometro con fuente de calor radiante cubriendo todo el espacio también situada a 70cm de la misma.
- Estantes empotrados en la pared, sin puertas.

- Calefacción central (T° dentro de la sala 30°)
- Fuente central de oxígeno y aire comprimido como así también aspiración.

CONDICIONES AMBIENTALES:

Por otra parte, deben lograrse teniendo en cuenta aspectos como: fácil acceso y circulación, fuera y dentro del sector, y suficiente superficie para asegurar la recepción simultánea de más de un recién nacido. La temperatura debe mantenerse siempre por encima de los 30°. Sobre la mesa de trabajo es necesario una temperatura de 35 a 36° (esto se logra con la fuente de calor a 70 cm.) debe haber un sistema de calor sobre la balanza y el infantometro donde se realizan las medidas y peso del recién nacido para evitar a pérdida de calor. Para crear un ambiente higiénico es necesario crear el concepto de que en este sector se deben emplear las mismas pautas que para un quirófano, evitando el ingreso innecesario de personas que no cumplan una tarea específica.

SECTOR DE REANIMACIÓN

Mencionáremos todo lo que se debe disponer para tal situación:

Mesa

En este sector, deberá existir una mesa de reanimación bien equipada. Estará dispuesta de forma que permita colocar una persona de cada lado, a fin de realizar las maniobras de reanimación. Su superficie será de material lavable.

Fuente de calor radiante

Puede ser confeccionada con calefactores electrónicos de cuarzo ubicados a una distancia de 70 cm por encima de la masa de examen. No es conveniente utilizar lámparas de color rojo, pues no permite apreciar en forma correcta la colocación del recién nacido

Frascos para recolección de muestras:

- Estos serán utilizados para estudios de laboratorio: hemograma, VDRL, grupo sanguíneo, factor Rh, test de coombs y bilirruinemia.
- Medicación

- Solución glucosada al 5%, Solución glucosada al 10%, Solución salina fisiológica al 0.9%, Agua destilada estéril, Bicarbonato de sodio molar, Adrenalina, 0.1-0.5ml/kg peso (dilución 1/10000), Fenobarbital, 10 mg/ml, Gluconato de calcio al 10%, Heparina sódica, 1000 U/ml, Naloxana 0.02 mg/ml, Nitrato de plata al 1%, Vitamina K1.
- Equipo de transporte.
- Incubadora de transporte provista de fuente térmica (a batería o mediante radiador de agua caliente, etc.) y oxígeno, que permitan su funcionamiento autónomo por un mínimo de dos horas. Esta incubadora no necesitará hallarse dentro del sector de reanimación, pero si tener fácil acceso. En ella, se realizaran los traslados de recién nacidos de mayor riesgo, dentro o fuera de la institución. Además se requerirá una bandeja con equipo completo de reanimación, siempre listo para ser utilizado. Este deberá comprender un equipo de espiración completo, una bandeja de reanimación respiratoria, una bandeja de cateterismo umbilical y material para ligar el cordón

PROCEDIMIENTOS GENERALES

1. LAVADO DE MANOS

1.1. Lavado clínico de manos

Objetivo

- Eliminar la flora microbiana transitoria y reducir la flora residente de las manos mediante arrastre mecánico
- Prevenir infecciones por manos portadoras
- Responsable de su ejecución
- Todo el personal que atiende recién nacidos
- Alumnos en práctica (internos de medicina, enfermería y de las escuelas)
- Pediatra
- Personal de servicios de apoyo que tenga contacto con recién nacido.

Materiales:

- Dispensador con jabón antiséptico con efecto residual
- Lavamanos con grifería en forma de "cuello de cisne"
- Dispensador de toalla de papel
- Basurero con tapa

Procedimiento:

- Manos y antebrazos se deben encontrar libre de accesorios.
- Subir mangas de la ropa por sobre el codo.
- Abrir la llave y regular la temperatura del agua.
- Mojar manos, espacios interdigitales y antebrazos.

- Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente de jabón para cubrir toda la superficie de manos y antebrazos.
- Frotar la palma de las manos entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano, con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Frotar la muñeca y el antebrazo derecho con la mano izquierda atrapándolo con forma de “C” haciendo movimientos rotatorios hasta antes de llegar al codo y viceversa.
- Enjuagar desde las manos hacia los antebrazos retirando todo el jabón con abundante agua corriente.
- Dejar escurrir agua desde manos a codos.
- Secar primero las manos, luego los antebrazos hasta antes de llegar al codo con toalla de papel.
- Cerrar la llave con el papel y eliminarlo en el tacho de la basura* evitando contaminar manos o antebrazos.
- Consideraciones:
- El personal debe usar uñas cortas, limpias y sin barniz.
- Nunca escobillar la piel.
- No utilizar uñas de acrílico o extensiones de uñas.
- Antes del lavado de manos debe retirarse reloj, anillos o pulseras de las manos.
- El jabón a utilizar debe ser líquido, en envase no reutilizable y antiséptico, según norma vigente.
- Las toallas para el secado de manos deben ser desechables, el dispensador debe estar cerca del lavamanos y cerrado.
- Mangas de ropa deben estar por sobre el codo.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- El primer lavado del día debe tener una duración de 1 minuto, los subsiguientes de 15 a 20 segundos.
- El lavado de manos considera antebrazos.
- Lavado de manos quirúrgico: tiempo estimado con jabón antiséptico es de 3 a 6 minutos.
- Lavado clínico de manos: tiempo estimado de 40 a 60 segundos.
- Antes y después de entrar en contacto con la unidad del recién nacido.
- Se debe realizar lavado clínico de manos:

- Al iniciar y terminar la jornada de trabajo.
- Antes y después de la atención directa de un paciente.
- Entre paciente y paciente.
- Antes y después del uso de guantes de procedimientos o estériles.
- Antes de tocar elementos del área limpia.
- Después de manipular equipos o material sucio o contaminado.
- Después de estornudar, limpiarse la nariz o ir al baño.
- Si las manos están visiblemente sucias.
- Antes de aplicar preparaciones alcohólicas por primera vez.
- Antes de manipular un dispositivo invasivo.
- Al atender un paciente, cuando se pase de un área contaminada a una limpia
- Indicaciones de uso del jabón antiséptico:
- Antes de realizar procedimientos invasivos.
- Antes de ponerse guantes estériles.
- Antes y después de atender a pacientes colonizados o infectados por patógenos multiresistentes.
- Antes de atender a pacientes inmunodeprimidos.
- Antes de la instalación de nutrición parenteral.

1.2 Uso de alcohol gel

Objetivo

- Remover la flora transitoria de las manos en situación de emergencia.
- Prevenir infecciones por manos portadoras.
- Responsable de su ejecución.
- Todo el personal que atiende recién nacidos.
- Alumnos en práctica (internos de medicina, enfermería y de la escuelas).
- Pediatra y Neonatólogo.
- Personal de Servicios de apoyo que tenga contacto con la Unidad y/o un recién nacido.

Materiales

- Dispensador con preparación alcohólica.

Procedimiento

- Descubrir las manos y antebrazos para realizar el procedimiento.
- Manos y antebrazos libre de accesorios.
- Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente de solución para cubrir toda la superficie de manos y antebrazos.
- Frotarse la palma de las manos entre si.
- Frotarse la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.

- Frotarse las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frotarse el dorso de los dedos de una mano, con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotarse muñeca y antebrazo derecha con la mano izquierda atrapándolo con forma de “C” haciendo movimientos rotatorios hasta antes de llegar al codo y viceversa.
- Esperar que seque completamente la solución aplicada.

Consideraciones

- El personal debe usar uñas cortas, sin barniz.
- No utilizar uñas de acrílico o extensiones de uñas.
- Se utilizará en caso de emergencia donde no hay tiempo para realizarse un lavado de manos.
- En los casos en que no se encuentra disponible el uso de agua, jabón y toalla de papel.
- Siempre que haya suciedad visible en manos o antebrazos se debe realizar lavado de manos con agua y jabón.
- Luego de haber ocupado 3 veces el alcohol gel debe realizarse un lavado de manos con agua y jabón.
- Siempre lavar las manos con agua y jabón antes de la primera aplicación con la preparación alcohólica y cada vez que se sientan sucias.
- Debe realizarse antes y después de la atención directa de un paciente, contacto con elementos de su unidad y/o equipos.
- *Dejar secar las manos posteriores al uso de alcohol gel, previas al ingreso a una incubadora.
- El uso de alcohol gel considera antebrazos, debido a que en neonatología se usan incubadoras y se introducen los antebrazos.
- No debe ser utilizado si las manos están visiblemente sucias o con desechos orgánicos.
- La temperatura de la incubadora y la mano húmeda en alcohol, produce alta concentración de alcohol vaporizado, potencialmente tóxico para el recién nacido.

2. USO DE GUANTES

Objetivo

- Establecer una barrera mecánica entre el operador y el paciente.
- Disminuir la transmisión de microorganismos de las manos del personal a un paciente durante la realización de un procedimiento o viceversa.
- Disminuir el riesgo de contaminación y/o infección al manipular fluidos orgánicos y material contaminado, corto punzante.
- Mantener la técnica aséptica durante la realización de procedimientos invasivos.

Responsable de su ejecución

- Todo el personal que trabaja en el servicio de Recién nacidos.
- Alumnos en prácticas (internos de medicina, enfermería y de las escuelas)
- Médicos Pediatra y Neonatólogo.
- Personal de servicios de apoyo que tenga contacto con la unidad y/o un recién nacido.

Materiales

- Guantes de procedimiento (látex o vinilo).

Procedimiento

Postura.

- Realizar lavado clínico de manos.
- Sacar guantes de la caja por la zona del puño.
- Colocarse los guantes.
- Acomodar ambos guantes.

Retiro

- Primer guante: empuñe la mano, tome el borde del puño del guante con mano contraria y cubra totalmente la mano empuñada.
- Tomar el guante retirado con la mano enguantada, cierre la mano con el guante sucio en su interior y proceda como en el primer guante.
- Eliminar de acuerdo a norma local (quedan dos guantes sucios juntos uno dentro del otro).
- Realizar lavado de manos.
- Consideraciones del uso de guantes de procedimiento.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Siempre utilizar en la manipulación de fluidos orgánicos, cortopunzantes y/o material contaminado.
- Siempre utilizar en pacientes colonizados o infectados con microorganismos multiresistentes.
- Verifique indemnidad del guante.

2.2. Postura de guantes estériles

Materiales

- Guantes estériles.
- Compresa estéril.

Procedimiento

Postura

- Abrir la cubierta exterior del paquete de guantes y exponga la parte interior sin tomar contacto con esta.
- Realizar lavado de manos clínico o quirúrgico según procedimiento.
- Abrir la cubierta interior del paquete de guantes en una superficie firme y limpia.
- Tomar el primer guante por la cara interna del puño con la mano contraria, calce el guante siguiendo su forma.
- Tomar el segundo guante con la mano ya enguantada, cogiéndolo por la cara externa del puño, calce el guante siguiendo su forma.
- Acomodarse ambos guantes sin tocar la cara que está en contacto con la piel.
- Retiro.
- Primer guante, empuñe la mano, tome el borde del puño del guante con mano contraria y cubra totalmente la mano empuñada.
- Tomar el guante retirado con la mano enguantada, cierre la mano con el guante sucio en su interior y proceda como en el primer guante.
- Eliminar de acuerdo a norma local (quedan dos guantes sucios juntos uno dentro del otro).
- Realizar lavado de manos.
- Consideraciones del uso de guantes.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Siempre utilizar como complemento de la técnica aséptica.
- Verificar indemnidad del envoltorio y observe fecha de vencimiento.
- Debe utilizarse guantes estériles siempre que realicemos procedimientos invasivos, toma de cultivos y ante el uso de material estéril.
- Reemplazar guante ante alguna alteración.
- Realizar lavado quirúrgico y secado con compresa estéril, cuando se utilice ropa estéril para procedimientos invasivos.

3. USO DE GORRO Y MASCARILLA

Objetivos

- Establecer una barrera mecánica entre el operador y el niño/a para prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos durante la realización de procedimientos invasivos.
- Evitar la contaminación de áreas limpias y estériles (pabellón, preparación de medicamentos).

Responsable de su ejecución

- Todo el personal que trabaja en el servicio de Recién nacidos.
- Los padres y familiares que ingresen al Servicio si lo amerita.
- Alumnos en práctica (internos de medicina, enfermería y de las escuelas).
- Pediatra y Neonatólogo.

- Personal de Servicios de apoyo que tenga contacto con la Unidad y/o un recién nacido.

Materiales

- Gorro desechable.
- Mascarilla desechable.

Procedimiento

Postura

- Gorro: colóquelo cubriendo todo el pelo.
- Mascarilla: colóquela sobre boca y nariz ajuste y amarre sus tiras a la cabeza.
- Realizar lavado de manos, según norma y procedimiento a realizar.

Retiro

- Desatar amarra de la mascarilla, dóblela hacia afuera y enrolle las tiras sobre ella.
- Eliminar al tacho de la basura.
- Retirar gorro y deseche.
- Realizar lavado de manos.

Consideraciones

- Cambiar la mascarilla si esta se humedece durante un procedimiento
- La mascarilla debe cubrir completamente boca y nariz.
- En aislamiento respiratorio se debe colocar y retirar mascarilla fuera de la sala.
- Cuando la mascarilla se está utilizando en un procedimiento no se pueden tocar ni dejarla colgando del cuello.
- El gorro debe cubrir completamente el cabello.
- Al fin de no contaminar las manos, la mascarilla no debe tocarse mientras se lleve puesta.
- Tampoco debe colgar del cuello.
- En personas de pelo largo, se recomienda amarrarlo antes de colocar el gorro.

4. USO DEL DELANTAL

Objetivo

- Establecer una barrera mecánica entre el operador y el paciente para evitar las infecciones cruzadas en especial en pacientes con técnica de aislamiento.

Responsable de la ejecución

- Todo el personal que atiende el recién nacido y que lo tomará en brazos para alimentar o algún procedimiento.
- Alumnos en práctica (internos de medicina, enfermería y de las escuelas)
- Pediatra y Neonatólogo.
- Personal de Servicios de apoyo que tenga contacto con la Unidad y/o un recién nacido.

Materiales:

- Delantal de atención individual.
- Género.
- Desechable.
- Delantal estéril.

Procedimiento

Postura

- Realizar lavado clínico de manos.
- Tomar el delantal por el cuello, abra el delantal.
- Introducir primero una mano hasta el hombro y luego la otra.
- Estirar el delantal para que cubra completamente su ropa.
- Tomar las tiras del cuello y anude con los brazos en alto, no tocar el pelo ni la piel.
- Tomar las tiras de la cintura desde proximal y atar en la parte posterior.

Retiro

- Desatar las amarras de la cintura y amarrar en la parte de adelante.
- Lavado de manos.
- Desatar la tira del cuello.
- Dejar caer las mangas hacia las manos y retirar tomándolo del cuello.
- Doblar dejando la cara interna hacia adentro y la cara externa hacia afuera y colgar en la parte posterior de la unidad del recién nacido.

Consideraciones

- El delantal de atención individual se utiliza para la atención directa del recién nacido.

- El delantal de atención individual debe ser cambiado cada 12 horas o antes si se ensucia.
- Idealmente utilizar delantal desechable en pacientes con aislamiento.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO		

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

1. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARÍNGEAS

Objetivo

- Mantener la vía aérea superior permeable, en caso de nacer deprimido y detectar la presencia de secreciones.
- Responsable de la ejecución
- Neonatólogo / Pediatra.
- Personal de apoyo
- Lic. De enfermería.
- Materiales
- Red de vacío o aspiración central y/o máquina de aspiración.
- Gomas de succión y frasco de aspiración.
- Sonda de aspiración n° 8-10 french (12 -14 french cuando hay presencia de meconio).
- Guantes estériles.
- Ampolla de agua destilada.
- Mesa de procedimientos.

Procedimiento

- Reunir el material.
- Abrir envoltorios y ubique sobre mesa de procedimientos.
- Seleccionar sonda según peso del recién nacido.
- Realizar lavado de manos clínico o quirúrgico y secar.
- Conectar silicona y frasco de aspiración a la red o máquina de aspiración.

- Regular la presión de aspiración, no debe sobrepasar los 80 -100 mm Hg o 8 - 10 cm de agua).
- Abrir la ampolla de agua.
- Ponerse guantes de procedimientos.
- Conectar sonda de aspiración al circuito.
- Introducir la sonda en ampolla de agua para verificar permeabilidad de esta y corroborar presión de aspiración.
- Introducir la sonda en cavidad orofaríngea con el sistema de aspiración destapado.
- Retirar la sonda aspirando suavemente.
- Repetir procedimiento si es necesario.
- Si se aspira estómago, se debe medir la cantidad de sonda a introducir (según técnica de instalación sonda nasogástrica).
- Permeabilizar sonda de aspiración con agua destilada o solución fisiológica.
- Acomodar al recién nacido.
- Aspirar agua de la ampolla para lavar la silicona y la sonda de aspiración.
- Cortar la aspiración.
- Retirar frasco de aspiración, sonda, silicona y dejarlas donde corresponda según norma del servicio.
- Retirarse los guantes.
- Lavarse las manos.
- Registrar el procedimiento.

Consideraciones

- Este procedimiento debe ser conocido por todo el personal que realice atención directa del recién nacido.
- Se debe realizar en forma cuidadosa con movimientos suaves y de corta duración, por el riesgo de producir espasmo laríngeo o bradicardia.
- No se recomienda el paso rutinario de una sonda a estómago, para descartar atresia de esófago, puede producirse lesiones en mucosa esofágica y gástrica e incluso perforaciones, reflejo vagal con bradicardia, trastornos circulatorios como elevación de PA y efectos a largo plazo en la motilidad intestinal. Se reserva para los RN en que hay antecedente de sospecha de malformaciones gastrointestinales o que presentan salivación abundante.
- Si se aspira estómago, se debe medir la cantidad de sonda a introducir (según norma descrita en la instalación de SNG).
- Suspender procedimiento si el recién nacido presenta cianosis, bradicardia o apneas e informar de inmediato a matrona o médico.
- Este procedimiento solo se realizará en pacientes que presenten líquido amniótico con meconio y en reanimación neonatal.
- No se realiza aspiración de secreciones como procedimiento de rutina
- El material a utilizar debe ser nuevo y desechable.

- Los frascos de aspiración deben ser lavados cada vez que se utilizan.
- Las gomas de aspiración pueden ser reemplazadas cada 12 o 24 horas según norma local.
- El tamaño de la sonda depende del tamaño del RN, N° 6 en RN prematuros y N° 8 -10 en RN de término; si lo que se aspira es meconio de la cavidad gástrica en atención inmediata se debe conectar una sonda de grueso calibre N° 12 o 14 French.
- La secuencia de aspiración es: boca, faringe, fosas nasales y estómago, si corresponde.
- Es necesario ir limpiando la sonda de aspiración con agua destilada para evitar obstrucción.
- Si se encontrara dificultad u obstrucción al paso de la sonda, no insistir porque se puede dañar la mucosa e informar a médico.
- Cuando se introduzca la sonda de aspiración debe hacerse sin aspirar; cuando esté en las cavidades realizar la aspiración retirando suavemente la sonda.
- Registrar cantidad y características de las secreciones en ficha del recién nacido.
- Recordar que el líquido amniótico es un fluido de alto riesgo, por lo que se utiliza siempre guantes de procedimientos y no es recomendable el uso de pipetas de aspiración bucal.

2. VALORACIÓN DEL APGAR

Este test debe su nombre a la pediatra Virginia Apgar, quien desarrolló un test o examen al recién nacido tras el parto, aunque también son las siglas de Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración. Se valora:

- El tono muscular del neonato.
- Respiración.
- Frecuencia de latidos.
- Reflejos.
- Tono de la piel.

Cada uno de estos parámetros deberá valorarse con una puntuación comprendida entre 0 y 2. La suma de las 5 puntuaciones, darán los resultados del test de Apgar. Este test se realiza al minuto de nacer y se repetirá a los 5 minutos. Si la puntuación alcanzada a los 5 minutos de nacer fuera inferior a 7, la prueba se irá realizando cada 5 minutos hasta llegar a los 20 minutos.

El Apgar es una evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1º y 5º minuto de vida. La evaluación del 1er minuto, tiene valor diagnóstico y el que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más baja es 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.

TEST APGAR

SIGNO	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO	AUSENTE	MENOS DE 100	100 O MÁS
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR O DÉBIL	REGULAR O LLANTO
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSADO COMPLETAMENTE

3. CONTACTO PRECOZ DEL RECIÉN NACIDO (PIEL A PIEL)

Objetivos:

- Favorecer el vínculo afectivo entre la madre, padre y su hijo(a).
- Favorecer la termorregulación del recién nacido.
- Favorecer la lactancia materna.
- Realizar apego seguro.
- Responsable de su ejecución.
- Pediatra.
- Lic. De enfermería.

Materiales

- Mantilla.
- Gorro.

Procedimiento

- Informar a la mujer durante el ingreso al servicio sobre la norma de contacto precoz.

- Recibir al recién nacido en sala de partos, integral de partos o pabellón, con temperatura de 24-26 °C.
- Recibir al recién nacido sobre paño precalentado y secar de la cabeza a los pies.
- Identificar al RN.
- Leer brazalete de identificación del recién nacido a la madre.
- Seccionar y ligar el cordón umbilical al minuto de vida.
- Valorar el Apgar.
- Pediatra coloca al recién nacido en contacto piel a piel con su madre, por un mínimo de 30 minutos y cubrir con mantilla y colocar gorro.
- Estimular el inicio de la succión acercando al recién nacido al pecho materno.
- Durante el contacto precoz en sala de partos debe permanecer una licenciada o un ayudante de atención inmediata al lado de la madre y el recién nacido, supervisando el período de transición.

Consideraciones:

Evitar el riesgo de eventos adversos durante el contacto piel a piel, es fundamental.

- El recién nacido no debe tener antecedentes, ni clínica sugerente de patología.
- Disponer de los equipos de reanimación y de personal capacitado.
- Se requiere una iluminación adecuada.
- Uso de gorro de algodón que abrigue sin cubrir el rostro, para permitir adecuada visualización.
- La vigilancia por el equipo profesional se debe mantener.
- Se debe contar con un ambiente terapéutico y adecuada observación clínica, sin delegar esta responsabilidad en los padres.
- La postura en prono tiene riesgos, se debe evitar, pues puede no producirse un adecuado reflejo de liberación de orificios (el RN no debe quedar en prono con la vía aérea obstruida).
- Ante alguna duda de un niño con eventual patología o con una transición postnatal anormal, es mejor evaluarlo adecuadamente y a continuación llevarlo a piel a piel con la madre, ya que diferir 20 a 30 min el contacto piel a piel no se ha asociado a disminución de sus efectos positivos.
- Evaluar condiciones de la madre y aceptabilidad espontánea para realizar el procedimiento.
- El contacto precoz es de 30 minutos como mínimo.
- Si la mujer está en condiciones de ser trasladada a recuperación gineco-obstétrica, se trasladará con su hijo en camilla con barandas.
- Se realizará contacto precoz en:
- Recién nacido vigoroso (respira o llora, buen tono muscular y frecuencia cardíaca > 100 latidos).

- El equipo de salud debe ser un facilitador de este proceso fisiológico, centrándose en las necesidades de la mujer, el niño y el o la acompañante, garantizando el buen desarrollo de este proceso.

4. LIGADURA Y SECCIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL

Objetivos

- Separar al RN de su madre después del nacimiento favoreciendo la adaptación a la vida extra-uterina.
- Realizar una técnica de ligadura de cordón en forma correcta y sin riesgos de sangramiento posterior.

Responsable de su ejecución:

- Pediatra y Neonatólogo
- Personal de apoyo.
- Lic. De Enfermería.

Materiales

- Clamps umbilical.
- 2 Pinzas Kelly.
- Pinza anatómica.
- Tijera.
- Guantes estériles.
- Gorro, mascarilla.
- Delantal estéril durante el parto.

Procedimiento

- Usar medidas de barrera: gorro, mascarilla, antiparras.
- Lavado quirúrgico de manos.
- Ponerse delantal y guantes estériles.
- Colocar clamp en el extremo de la pinza Kelly, y traicionar hacia la unión de la pinza.
- Verificar que el RN este vigoroso: esperar que deje de latir el cordón (+/- 1 minuto).
- Pinzar el cordón con pinza Kelly más clamp si fuese el caso a 2 a 3 cms. de la base de inserción del cordón.
- Presionar el cordón desde primera pinza desplazando sangre hacia la placenta.
- Colocar la segunda pinza Kelly a unos 10 cms de la primera pinza.
- Cortar el cordón entre ambas pinzas, cerca de la primera.

- Si la ligadura es con clamp, colocar inmediatamente después de la primera pinza el clamp, estrujar hacia la placenta y colocar segunda pinza.
- Verificar que no exista sangramiento.
- Realizar la profilaxis del cordón con alcohol desde el corte hacia la base del muñón.

Consideraciones:

- Verificar que el cordón no tenga desgarros o ruptura de vasos sanguíneos, por riesgo de sangramiento; si esto sucediera reforzar la ligadura con otro clamp.
- La ligadura deberá hacerse antes de los 30 segundos solo en caso de:
- Sufrimiento fetal agudo y con recién nacido deprimido, con bradicardia y con incapacidad de adaptarse al medio extrauterino.
- Recién Nacido no vigoroso y con presencia de líquido amniótico con meconio espeso.
- Madre con anestesia general y que el recién nacido nace deprimido.
- Circular de cordón al cuello irreducible, a pesar de adecuadas maniobras para intentar reducirla.
- RCIU severo y/o con Doppler alterado.
- Desprendimiento de Placenta normo inserta y/o metrorragia severa.
- Paciente con Síndrome de Down.
- Hijo de madre diabética mal controlada.
- Hijo de madre RH (-).

5. IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Objetivos

- Identificar al RN desde el momento de su nacimiento, con los datos de su madre, para asegurar una identificación correcta.
- Prevenir la ocurrencia de errores en la atención, asegurando una identificación correcta.
- Responsable de su ejecución.
- Lic. De Recién nacidos.
- Personal de apoyo
- Interna de enfermería.

Materiales

- Brazaletes con identificación materna para colocación inmediata.
- Brazaletes de identificación plástico.
- Lápiz de pasta.
- Ficha clínica materna y cédula de identidad.

Procedimiento

- La licenciada a cargo de sala atención inmediata (RN) debe ser la responsable de llenar los datos del brazalete de identificación y verificarlos previo a su instalación.
- El brazalete se colocará en la muñeca de la extremidad superior izquierda en sala de parto o en pabellón, deberá especificar al menos nombre completo de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo.
- Licenciada de partos o pabellón al momento del nacimiento confecciona segundo brazalete es opcional debe incluir datos de ficha clínica y carne de identidad de la madre, nombre completo de la madre, fecha, hora de nacimiento y sexo del recién nacido.
- En caso de embarazo múltiple se debe confeccionar el número de brazaletes que sea necesario. (2, 3 o más).
- Postura de brazalete de identificación.
- El brazalete de identificación debe colocarse inmediatamente después del nacimiento, antes de retirar al recién nacido de la sala de partos o pabellón.
- El brazalete debe colocarse en extremidad superior izquierda.
- • La licenciada, debe leer el brazalete de identificación completo a la madre, verificando información.
- Informarle a la madre que el recién nacido debe permanecer con brazalete durante toda la hospitalización,
- Contenido del brazalete
- El brazalete de identificación del RN contendrá los siguientes datos:
- Nombre completo de la madre (2 nombres y 2 apellidos).
- Fecha y hora de nacimiento.
- Sexo del RN.

Identificación del RN que cumple condiciones para apego.

La licenciada de atención inmediata deberá realizar la identificación del RN sano, mediante la colocación del brazalete en la muñeca de la extremidad superior izquierda, previa lectura de los datos que éste contiene a su madre y/o padre o familiar.

Identificación del RN que no cumple condiciones para apego.

RN que requieran maniobras de reanimación. RN con meconio y no vigoroso.

RN menor de 34 semanas.

Todo recién nacido debe ser inmediatamente identificado. Si son estabilizados y están en condiciones de ir con su madre, la Matrona de RN inmediato colocará el brazalete, en la muñeca de la extremidad superior izquierda, en presencia de esta o algún familiar significativo.

Consideraciones:

- Brazalete de identificación debe ser escrito con letra clara y legible.
- Todo recién nacido debe salir de la sala de partos o pabellón quirúrgico identificado (lo básico es que se identifique con la identidad materna y esté disponible antes del nacimiento).
- La identificación debe permanecer en los recién nacidos que fallecen: mortinatos Colocar un segundo brazalete con la fecha y hora de fallecimiento.
- Si el recién nacido ingresa de un servicio externo, verificar presencia de brazalete.
- La licenciada deberá confeccionar el brazalete con: nombre completo de la madre con 2 apellidos.
- En cada turno, se debe registrar en hoja de registro la presencia del brazalete de identificación
- Se sugiere el uso de 2 brazaletes de identificación (el segundo brazalete es opcional) plástico cierre hermético
- Digitalizado con nombre y CI de la madre .Se debe confeccionar al ingreso de la madre a maternidad en conjunto con el brazalete materno, debe pegarse a la ficha para ser puesto en pabellón inmediatamente después del nacimiento.
- En caso de deterioro, ilegibilidad, ruptura; el brazalete deberá ser reemplazado en el mismo instante de la constatación por uno nuevo que cumpla con todos los requisitos preestablecidos
- Al trasladar un mortineonato a anatomía patológica, se debe verificar que lleve brazalete de identificación
- Antes de salir de la sala de atención inmediata, se verificará en ambos brazaletes la identidad, que no se salgan con facilidad y se registrará actividad en la ficha del recién nacido.
- Si el brazalete plástico o informatizado se puede retirar fácilmente de la extremidad, debe cambiarse y colocarse correctamente.
- Si el brazalete plástico se sale, deberá colocarse un nuevo brazalete sin cambio del registro, papel original.

6. CONTROL DE SIGNOS VITALES

Objetivo

Obtener una evaluación de los parámetros cardio respiratorios y de termorregulación del recién nacido con el fin de detectar oportunamente alteraciones.

Responsable de su ejecución

- Licenciada de enfermería

Materiales

- Fonendoscopio.
- Termómetro digital.
- Reloj mural con segundero.

Procedimiento

Se describirán por separado con fines didácticos, considerando que en la práctica se realizan en forma simultánea; es recomendable realizarlo en el siguiente orden: Frecuencia respiratoria; frecuencia cardiaca; temperatura axilar, temperatura rectal.

Frecuencia respiratoria (FR)

- Realizar lavado de manos.
- Descubrir y visualizar el tórax del recién nacido.
- Controlar durante un minuto los movimientos respiratorios (inspiración) con recién nacido en reposo.
- Registrar o memorizar N^o de respiraciones.

Frecuencia cardiaca (FC).

- Realizar lavado de manos.
- Lavar fonendoscopio.
- Descubrir el tórax del RN.
- Colocar capsula del fonendoscopio tibio en el hemitórax izquierdo bajo la mamila.
- Controlar durante un minuto los latidos cardiacos con recién nacido en reposo.
- Guardar fonendoscopio limpio (lavado o con alcohol).

- Registrar o memorizar FC.
- Temperatura axilar.
- Realizar lavado de manos.
- Soltar sabanillas o ropa del recién nacido dejando buen acceso a la axila (secar axila).
- Encender termómetro digital, colocar en el hueco axilar en forma paralela al tronco del recién nacido, esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que termino la medición.
- Cubrir al recién nacido.
- Dejar al recién nacido cómodo y seguro.
- Lavar termómetro con agua corriente limpiar con alcohol y guardar.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar los signos vitales en hoja de enfermería.

Temperatura rectal.

- Realizar lavado clínico de manos.
- Colarse guantes de procedimiento.
- Retirar el pañal, limpiando la región genital si está con deposiciones.
- Retirar guantes y lave sus manos, colocar pañal limpio.
- Colocar al recién nacido decúbito dorsal, lateralizar ligeramente.
- Sostener las extremidades inferiores flectadas suavemente, encender termómetro e introducir el bulbo en el ano, esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que termino la medición.
- Retirar el termómetro, lea temperatura y dejarlo en el área sucia.
- Dejar al recién nacido cómodo.
- Lavar termómetro con agua corriente, limpiar con alcohol y guardar.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Registrar temperatura en hoja de enfermería.
- Consideraciones.
- El control de signos vitales generalmente se realiza en forma simultánea.
- Realizar el procedimiento antes de la atención para no alterar la frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- Se recomienda utilizar termómetro y fonendoscopio individuales, si no se cuenta con ellos realizar desinfección de estos entre paciente y paciente.
- La temperatura rectal solo se medirá en atención inmediata para verificar termorregulación y permeabilidad anal y por indicación profesional.
- Durante el control, siempre inmovilizar al niño y mantener el termómetro en la mano del operador, para evitar accidentes.
- El uso de termómetros de mercurio, debe excluirse de los hospitales, por el riesgo toxico de los vapores de mercurio.
- No exponer al recién nacido a enfriamientos innecesarios.

Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura axilar	Temperatura rectal
90 – 160 latidos x minuto	40 – 60 respiraciones x minuto.	36,5 a 37 °C	36,5 a 37,5 °C mayor que Tº axilar

7. PROFILAXIS DEL RECIÉN NACIDO EN ATENCIÓN INMEDIATA

OBJETIVOS

- Prevenir la infección ocular bacteriana en el recién nacido.
- Prevenir la infección umbilical en el recién nacido.
- Prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K.

Responsable de su ejecución.

- Quien atendió al recién nacido.

7.1 Profilaxis ocular

Materiales

- Gasa estéril
- Suero fisiológico
- Guantes estériles
- Bolsa de desecho
- Cloranfenicol de uso individual en pacientes con antecedentes

Procedimiento

- Realizar lavado de manos con jabón antiséptico
- Colocarse guantes estériles
- Usar ungüento antibiótico si es necesario o suero fisiológico
- Humedecer 2 torundas de algodón con suero fisiológico para hacer aseo ocular
- Con una tórula de algodón limpiar el párpado desde el ángulo interno hacia el externo en forma suave y eliminar la tórula en la bolsa de desechos.
- Repetir lo mismo en el otro ojo.
- Bajar el párpado inferior y aplicar ungüento a lo largo del saco conjuntival en cada ojo en caso de indicación médica.
- Masajear los párpados suavemente para diseminar el ungüento si corresponde
- Desechar torundas en bolsa de papel.

- Dejar al recién nacido cómodo y seguro.
- Retirar los guantes.
- Eliminar material sucio en bolsa para desecho.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en ficha clínica del recién nacido.

7.2 Profilaxis umbilical

Materiales

- Gasa esteril.
- Alcohol al 70%.
- Guantes estériles.
- Bolsa de desechos.

Procedimiento

- Realizar lavado de manos con jabón antiséptico.
- Colocarse guantes.
- Humedecer una torunda con alcohol.
- Limpiar el cordón comenzando por la zona distal (identificando vasos sanguíneos), luego los bordes y finalmente la base del cordón.
- Desechar torunda en bolsa de desechos.
- Dejar al recién nacido cómodo.
- Retirar los guantes de procedimiento.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en hoja de enfermería.

7.3 Profilaxis enfermedad hemorrágica.

Materiales.

- 2 gasas estériles.
- Alcohol al 70%.
- Jeringa de tuberculina.
- Ampolla de vitamina K de 1 mg.
- Guantes de procedimiento.
- Bolsa de desechos.
- Caja desecho corto punzante.

Procedimiento

- Verificar dosis de vitamina K, según peso del recién nacido y cargar la jeringa de tuberculina con la dosis indicada.
- Realizar lavado de manos.
- Colocarse guantes de procedimiento.

- Pincelar con 1 tórula con alcohol al 70% el tercio medio borde externo o lateral del muslo y dejar secar.
- Fijar extremidad inferior a puncionar sosteniendo con una mano (la mano menos diestra).
- Puncionar en el tercio medio anterior del muslo en ángulo de 90°C.
- Aspirar e inyectar solución.
- Si fluye sangre, retirar un poco la aguja, aspirar nuevamente, si no fluye sangre puede introducir el medicamento.
- Retirar aguja, presionar sitio de punción con torunda seca.
- Desechar aguja en caja del corto punzante.
- Desechar material sucio en bolsa de desechos.
- Dejar al recién nacido cómodo y seguro.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en ficha clínica del recién nacido.

Dosis de vitamina K

- RN con peso mayor o igual a 2000 gr. Administrar 1mg IM.
- RN con peso menor a 2000gr. Administrar 0,5 mg IM.

Consideraciones

- Las profilaxis serán diferidas hasta dos horas para favorecer el contacto precoz y la estimulación de la lactancia.
- Frente a una situación de reanimación, la profilaxis será diferida hasta que el recién nacido se estabilice.
- Las profilaxis se deben realizar a todos los recién nacidos en la sala de atención inmediata.
- Verificar que no exista sangramiento del cordón posterior a la ligadura.
- La vitamina K debe mantenerse protegida de la luz (se inactiva).
- Se recomienda realizar este procedimiento bajo calor radiante para evitar las pérdidas de calor en el recién nacido.
- Si las profilaxis son diferidas por gravedad del recién nacido y traslado, debe quedar consignado en su ficha e informar al profesional responsable que lo recibe.

8. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO

Objetivo

Realizar la medición de talla, perímetro cefálico y peso, con la finalidad de establecer la adecuación a la edad gestacional del recién nacido.

Responsable de su ejecución

- Pediatra, neonatólogo Lic, de enfermería.
- Responsable de supervisar.
- Lic. Responsable de servicio.

Materiales

- Balanza mecánica o digital.
- Infantómetro.
- Cinta métrica.
- Pañal de tela.
- Solución desinfectante.
- Paño de aseo o tórunda de algodón.

Procedimiento:

- Reunir el material a utilizar.
- Realizar lavado de manos.
- Verificar identificación del recién nacido.
- Verificar que balanza este limpia y calibrada, coloque pañal de tela y calibre a cero o pese pañal para luego descontar del peso.
- Colocar al recién nacido en la balanza sobre el pañal.
- Verificar peso según la balanza que esté usando: leer peso en caso de balanza digital y desplazar “fiel” de la balanza en caso de ser peso mecánica.
- Registrar el peso.
- Colocar al recién nacido sobre podómetro apoyando la cabeza en el tope cefálico.
- Estirar suavemente ambas extremidades inferiores, sujetando las rodillas y colocar tope distal.
- Verificar medición, registrar o memorizar la talla.
- Trasladar niño a su cuna y cubrirlo.
- Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza pasando por la región occipital y frontal, por encima del reborde ciliar, ajustar, verificar medición, registrar.
- Para la medición torácica, pase la cinta métrica alrededor del tórax, por sobre las mamilas y mida en espiración. Para la medición de la circunferencia abdominal mida el contorno abdominal por sobre el muñón umbilical en espiración. La medición torácica no aporta información adicional y hoy no es una práctica habitual.
- Vestir al niño dejándolo en posición cómoda y segura.
- Lavar las manos.
- Limpiar y desinfectar la pesa, podómetro y huincha métrica.
- Registrar el procedimiento de acuerdo a normativa.

Consideraciones.

- Verificar termorregulación previo al procedimiento.
- Durante el peso cubrir al recién nacido con el pañal, para evitar hipotermia.

- En atención inmediata, idealmente, realizar antropometría bajo calor radiante.
- En niños graves se puede realizar solo peso y diferir el resto de la medición para cuando se estabilice.
- Siempre verificar calibración de la balanza.
- Nunca poner al niño directo sobre pesa o antropómetro, siempre usar pañal.
- Nunca dejar al recién nacido solo en la pesa o cartabón mientras se realiza la antropometría.
- Realizar aseo recurrente de la balanza, cartabón y huincha de medir entre cada paciente.

9. BAÑO DE INMERSIÓN

Objetivo

Retirar del cuerpo y cuero cabelludo vermex sebáceo, sangre u otro fluido con la finalidad de contribuir al aseo y confort del recién nacido.

Responsable de su ejecución.

Lic. De enfermería.

Materiales

- Jabón o shampoo de pH neutro.
- Agua corriente tibia.
- Guantes de procedimientos.
- Paño clínico.
- Pechera plástica.

Procedimiento

- Colocarse pechera plástica.
- Realizar lavado de manos.
- Colocarse guantes de procedimientos.
- Verificar identificación del recién nacido.
- Cubrir a recién nacido con un pañal tibio dejando al descubierto la cabeza.
- Llevarlo al lavamanos.
- Abrir llave de agua dejando que escurra con temperatura adecuada.
- Mojar cabeza del RN y aplicar Jabón o shampoo neutro con movimientos suaves y rotatorios con yema de dedos, cubriendo todo el cuero cabelludo.
- Enjuagar cuero cabelludo.
- Secar con pañal tibio suavemente.
- Dejar al recién nacido en cuna cómodo y seguro.
- Retirar los guantes y pechera.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar procedimiento en ficha clínica.

- Consideraciones.
- El aseo del cuero cabelludo se realizará si el recién nacido está termorregulado.
- El agua siempre debe ser tibia.
- Realizar procedimiento de manera rápida para evitar que recién nacido se enfríe.

10. VALORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO.

Objetivos.

- Evaluar las características físicas generales del niño con la finalidad de detectar cualquier desviación de la normalidad e informarla.
- Orientar los cuidados de enfermería hacia la prevención de posibles problemas de salud del neonato.
- Responsable de su ejecución.
- Pediatra, neonatólogo.

Materiales.

Cuna calefaccionada o cuna corriente.

Procedimiento.

- Realizar lavado de manos.
- Mantener cuna calefaccionada en potencia media de calefacción.
- Desnudar al niño totalmente.
- Iniciar la valoración física primero realizando examen físico general y luego segmentario.
- En el examen físico general observar: actividad, reposo, sueño, coloración de la piel y presencia de manchas, lesiones, eritema, etc.
- En examen físico segmentario, comenzar de céfalo a caudal, observar:
- En cabeza palpar suturas y su grado de cabalgamiento, fontanelas, observar deformación plástica y/o presencia de bolsa serosanguínea o cefalohematoma, simetría, forma y tamaño del cráneo, implantación del pelo.
- Implantación de orejas, presencia de papilomas, características de los ojos, palpar paladar, evaluar reflejo de succión.
- En los ojos: la presencia de edema, movilidad, simetría, cornea, oblicuidad, esclerótica, pupilas, conjuntivas, visión.
- En nariz: la forma, tamaño y simetría presencia de millium.
- En la boca: observar el aspecto, simetría, color, humedad de la mucosa, presencia de dientes, integridad y tipo de paladar, simetría y tamaño de la lengua, reflejos.
- En el cuello, palpar clavículas y observar presencia de lesiones.
- En el tórax: observar simetría, características de la respiración, características de los nódulos mamarios, integridad parrilla costal.

- En abdomen, observar características, forma del cordón umbilical, comprobar presencia de 3 vasos.
- Continuar por extremidades superiores e inferiores, deben ser simétricas en tamaño y funcionalidad, contar dedos de manos y pies, verificar que estén separados. Observar reflejos de prehensión palmar y plantar, pulso y llene capilar.
- En dorso y columna vertebral, observar forma, posición, movilidad, curvaturas, presencia de malformaciones, reflejos.
- En región genital, realizar inspección y palpación, sexo, forma, tamaño, color de la piel, escroto, arrugas en saco, ubicación de testículos, pene, meato urinario.
- Palpar testículos, observar prepucio en los niños y labios mayores y menores en las niñas, presencia de flujo o secreciones.
- Observar ubicación y permeabilidad del ano, presencia de meconio, presencia de dermatitis.
- Vestir al recién nacido y dejar cómodo.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en ficha clínica del recién nacido.

Consideraciones

- Primero se deben controlar los signos vitales.
- Iniciar la inspección física del recién nacido, primero realizando examen físico general y luego segmentario.
- Si encuentra alguna alteración física, registrar e informar a médico.
- Analizar los antecedentes maternos y perinatales, previo al procedimiento.
- Preparar todo el material a usar y preocuparse del ambiente.
- Previo al procedimiento explicar a la madre y/o padre.
- Evitar el enfriamiento durante el procedimiento.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO BAJO RIESGO		

PRINCIPIO CIENTÍFICO

El recién nacido sufre cambios fisiológicos profundos en el momento de nacer cuando salen de un medio ambiente caliente, apretado, oscuro y lleno de líquido que ha llenado todas sus necesidades básicas, a un mundo externo frío, lleno de luz brillante y basado en la gravedad.

En unos minutos después de nacer en este nuevo y extraño medio ambiente, el recién nacido tiene que iniciar las respiraciones y acomodar su sistema circulatorio para mantener una oxigenación fuera del útero.

Qué tan bien haga estos importantes cambios, dependerá de su composición genética, de lo bien que estuvo dentro del útero y del cuidado que reciba en el momento de nacer.

La labor de parto, el parto y el momento inmediato después del parto son los más críticos para la sobrevivencia del recién nacido y de la madre.

Los estudios han demostrado que muchas vidas pueden salvarse con el uso de unas sencillas intervenciones que requieren una tecnología simple.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA NEONATAL	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: OCTUBRE
		Páginas: 1 – 15
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO BAJO RIESGO		

RECOMENDACIONES

1. Es importante que las enfermeras mantengan una actualización constante respecto al manejo de calidad de los antibióticos, ya que dentro de los requisitos de calidad exigibles para un medicamento esta su estabilidad.
2. Se debe mantener una misma teoría basada en fundamentos experimentales y principios científicos durante las competencias actitudinales en la administración de los antibióticos.
3. Las enfermeras deben identificar los medicamentos preparados sobrantes después de la administración con ml de dilución, hora y fecha de preparación.
4. Se debe considerar la mantención de los antibióticos fotosensibles o termolábiles, evitando exposición prolongada a la luz evitando así la degradación de las moléculas y garantizando la efectividad del antibiótico.
5. Se debe revisar periódicamente la temperatura del refrigerador con registro del mismo ya que la temperatura muy alta genera el deterioro de los medicamentos solubles y las temperaturas muy bajas facilita el deterioro de algunos materiales plásticos y coadyuvan a la formación de floculo o gránulos en ciertas soluciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VILLALOBOS A. G. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO CRITICAMENTE ENFERMO, Instituto de salud perinatal y reproducción humana Isidro Espinoza de Reyes, republica de Mexico 2014
2. BARBOSA ANGELES R. ESTRUCTURA DE LA ATENCION Y CUIDADOS NEONATALES, Instituto Nacional de perinatología y reproducción humana Isidro Espinoza de Reyes, republica de Mexico 2013.
3. MENDOZA RAMIREZ A. NUTRICION Y BALANCE HIDRICO EN EL RECIEN NACIDO, Instituto de salud perinatal y reproducción humana Isidro Espinoza de Reyes. republica de Mexico, 2013
4. CORONADO ZARCO I. A. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN OPORTUNA RETOS, ETICA Y HUMANISMO, Instituto Nacional de perinatología y reproducción humana, Republica de Mexico. 2013.
5. ZABALEGUI YARNOZ A. – LOMBRAÑA MENCIA M. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y CALCULO DE DOSIS, editorial ELSEVIER MASSON, segunda edición, España, 2014.
6. ACOSTA POLO A. – SOLA A. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA EN RECIEN NACIDOS, clínicas de enfermería neonatal, SIBEN volumen 3, agosto 2016.
7. SOLA A.– QUIROGA A. CLINICAS DE ENFERMERIA NEONATAL CUIDADOS INFECTOLOGICOS, Sociedad Iberoamericana de Neonatología, SIBEN volumen 2, ciudad DF México, 2016
8. ORTEGA – LEIJA – PUNTUNET, MANUAL DE EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ENFERMERIA Y ESTRATEGIAS PARA SU APLICACIÓN, editorial Panamericana, Ciudad Buenos Aires, 2014.
9. NEOFAX Editorial Panamericana, 14ª Edición México D.F. 2001
10. TAKETOMO C.-HODDING J. – KRAUS D. – MANUAL DE PRESCRIPCIÓN PEDIATRICA Editorial Lexicomp, 14ª. Edición

