



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
SEDE ESMERALDAS

ESCUELA
ENFERMERÍA

TEMA

**MORBI-MORTALIDAD DEL RECIEN NACIDO ATENDIDO EN
EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN
LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL
PERÍODO ABRIL – MAYO DEL AÑO 2013**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PARA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORA

LEONOR ELENA ZÚÑIGA OREJUELA

TUTORA

LCDA. ANGELA ARIAS MEDRANDA

ESMERALDAS - 2013

**DISERTACIÓN APROBADA LUEGO DE HABER DADO CUMPLIMIENTO A
LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR EL REGLAMENTO DE GRADO
DE PUCESE, PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

LECTORA 1

LECTORA 2

DIRECTORA DE TESIS

DIRECTORA DE ESCUELA

AUTORÍA

Yo **LEONOR ELENA ZÚÑIGA OREJUELA**, declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

En virtud que el contenido de ésta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autor/a” y de la PUCESE.

LEONOR ELENA ZÚÑIGA OREJUELA

080238834-8

AGRADECIMIENTO

Gracias señor por la vida, por consentirme con mis errores, limitaciones y capacidades, por permitirme estar en relación con otros/as y por concederme la oportunidad de ver efectuar mi objetivo.

De manera especial agradezco a todos/as aquellas personas que me han hecho sentir acompañada, a mi padre que desde donde esté sé que se me bendice, a mi madre, hermana y familia, mis amigas/os; Sirnius, Fuljames, Ainize, Ximena, Karina y a la comunidad Adsis de Esmeraldas por las experiencias compartidas y el intento de hacerme apreciar la vida desde mi ser humanizado.

Me siento muy agradecida por compartir la realización de esta investigación con mi directora de tesis y lectoras quienes con entereza me han guiado hacia el logro de mi objetivo, haciéndome reconocer mis aciertos y desaciertos.

.

ÍNDICE

Hoja de Aprobación	i
Autoría	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Lista de Ilustraciones y tablas	vi
Resumen	ix
Abstract	x

CAPITULO I

1. Introducción	1
1.1. Problemática	3
1.2. Planteamiento del problema	3
1.3. Formulación del problema	8
1.4. Justificación	9
1.5. Objetivos	11

CAPITULO II

2. Marco teórico	12
2.1. Antecedentes	12
2.2. Embarazo Normal	15
2.3. Embarazo Patológico	17
2.4. Factores determinantes de morbilidad y mortalidad del recién nacido	20
2.5. Factores biofísicos	21
2.6. Factor socio demográfico	22
2.7. Factor ambiental	23
2.8. Estructura y organización de la UCI neonatal	24
2.9. Talento humano de la sala de neonatología	28
2.10. Causas de mortalidad neonatal.	32
2.11. Grupos de recién nacidos con mayor vulnerabilidad a morbi-mortalidad	33
2.12. Normas y Procedimientos durante la recepción y reanimación del neonato.	33

CAPITULO III

3. Metodología	43
3.6. Técnicas de recolección de datos	46
3.7. Instrumento de recolección de datos	46
3.8. Procedimiento	48

3.9. Variables	49
3.10. Criterios	49

CAPITULO VI

Análisis y presentación de resultados	50
Discusión	70
Conclusiones	73
Recomendaciones	75
Bibliografía	76
Anexos	80

LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

#		Pág.
I	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE EDAD DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	51
II	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	52
III	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, EN ABRIL–MAYO DE 2013.	53
IV	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE INGRESOS MENSUALES DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	54
V	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	55
VI	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL NÚMERO DE ABORTOS DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	56
VII	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	57
VIII	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	58

IX	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS POR MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	59
X	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE EDAD DE RECIEN NACIDOS EN RELACION A VULNERABILIDAD DE NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL-MAYO DE 2013.	60
XI	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN EL PESO DE LOS NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	61
XII	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LUGAR DE PROCEDENCIA DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	62
XIII	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL LUGAR DE NACIMIENTOS DE NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	63
XIV	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO NEONATAL DURANTE LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	64
XV	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO NEONATAL DURANTE LA REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	65
XVI	DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL ESPACIO FÍSICO DEL AREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.	66

XVII DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL EQUIPAMIENTO DEL
AREA DE NEONATOLOGÍA Y GINECO OBSTETRICIA DEL 67
HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

XVIII DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL RECURSO HUMANO DEL
AREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA 68
PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

XIX DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL RECURSO HUMANO DEL
AREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA 69
PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

RESUMEN

“La mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y la calidad de la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio”.

Los problemas de morbilidad y mortalidad neonatal evidenciados en los últimos años en el Ecuador despiertan el interés de determinar las causas de morbi-mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas durante el periodo Abril – Mayo del año 2013, por ello se realizó un estudio analítico, descriptivo y prospectivo en 40 madres y neonatos, 8 profesionales de salud y 5 auxiliares de enfermería. Las variables a investigar fueron: antecedentes maternos, equipamiento, espacio físico, edad, peso del recién nacido, recurso humano, aplicación de normas protocolarias.

Los resultados encontrados afirman que el 87,5% de las madres presentan infecciones de vías urinarias durante el embarazo y solo el 58% de éstas son tratadas a tiempo por asistir a los controles prenatales, esto en cuanto a antecedentes maternos refleja un elevado riesgo de morbilidad perinatal, también se apreció en un 53% la falta de equipamiento necesario para atender al recién nacido mórbido. Existen problemas en la captación temprana de la gestante, en la promoción de la importancia de los controles prenatales y la autogestión de las unidades de primero y segundo nivel.

ABSTRACT

"Neonatal mortality is the basic indicator to express the level of development and the quality of care of the newborn in a particular geographic area or in a service". The problems of neonatal morbidity and mortality evidenced in recent years in Ecuador awoken the interest to determine the causes of morbidity and mortality of the newborn treated in the Divine Providence Hospital of the canton of San Lorenzo, Esmeraldas Province during the period April - May 2013 this was done by an analytical study, descriptive and prospective in 40 mothers and neonates, 8 health professionals and 5 nursing auxiliaries. The variables to investigate were: maternal history, equipment, physical space, age, birth weight, human resource, application of protocol standards.

The results claim that 87,5% of the mothers have urinary tract infections during pregnancy and only 58% of these are treated in time to attend antenatal checks; this in regard to maternal history reflects a high risk of perinatal morbidity, it is also appreciated by 53% the lack of equipment needed to care for the newborn child morbid.

There are problems in the early uptake of the pregnant woman, in promoting the importance of prenatal care and self-management of the units of first and second level.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La morbilidad neonatal en el Ecuador durante los últimos 2 años representa una mayor incidencia de muerte infantil.

La accesibilidad, disponibilidad o calidad de los servicios de salud se ponen a prueba cuando un neonato necesita de cuidados sanitarios. Sobre todo si un recién nacido de hasta 28 días de edad es vulnerable a factores externos, las probabilidades de que éste tenga una infección que puede llevarlo hasta la muerte es alta si no se aplican todas las medidas de bioseguridad, asepsia y antisepsia y no se cuenta con insumos, equipamiento y personal capacitado para la atención oportuna que posibilite su pronta recuperación.

La mortalidad y morbilidad neonatal son el resultante de problemas presentes durante el embarazo, parto y post parto, es un indicador de las condiciones de salud de las embarazadas, y de la influencia que tiene sobre ésta la calidad de los controles prenatales, patologías durante el embarazo, manejo inadecuado del parto, distribución deficientes de espacios físicos, así como equipamientos en malas condiciones, recurso humano e insumos insuficientes.

La tasa de morbilidad y mortalidad neonatal se ha incrementado paulatinamente a pesar de vivir en el siglo 21 y contar con los múltiples recursos producto de la permanente investigación de los países desarrollados, que posibilita frenar las condiciones de vida de la mujer antes, durante y después del embarazo, así como de garantizar una vida sexual reproductiva segura donde el producto nazca sano, y minimizar las posibilidades de muerte durante el parto o en los primeros 28 días de vida.

Sanitariamente no se cuenta con los recursos tanto humano, materiales y físicos que asegure una óptima atención, determinándose complicaciones como muerte perinatal, o en el intento por salvaguardar la vida queden secuelas que alteren el crecimiento y desarrollo del neonato.

Los espacios para la vida casi son inexistentes, el hacinamiento y la falta de higiene son una costumbre habitual que se encuentran ligadas al desempleo disminuyendo la esperanza de contar con los servicios básicos y de mejorar la calidad de vida del individuo y familia.

Por lo expuesto anteriormente se decidió realizar el presente trabajo a fin de conocer las causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo, Provincia Esmeraldas durante el período Abril – Mayo del 2013.

1.1. PROBLEMÁTICA

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inadecuada alimentación, nivel de escolaridad, alcoholismo materno, infecciones de transmisión sexual, madres fumadoras, mal nutridas, sumado el desinterés de la gestante frente a las inmunizaciones y controles prenatales da como resultado recién nacidos prematuros, con bajo peso, defectos congénitos, síndrome de alcoholismo fetal, siendo éstas causas de morbilidad o muerte neonatal.

A nivel mundial la OMS estima que la mortalidad neonatal ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2000.¹

Según la OPS/OMS, las principales causas de muerte entre los menores de cinco años a nivel mundial son: neumonía, diarrea, paludismo y los problemas de salud durante el primer mes de vida. La malnutrición es responsable de una tercera parte de los 8.8 millones de muertes registradas anualmente entre los niños menores de cinco años. Además de ser una causa de defunción directa, constituye el factor de riesgo más importante de morbilidad entre los niños de corta edad.²

En América Latina y el Caribe se calcula que la mortalidad neonatal es 15 por 1,000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa alrededor del 60% de las defunciones de los menores de 1 año y 36% de la mortalidad entre niños menores de 5 años.³

En el Ecuador la morbilidad y mortalidad neonatal en los 2 últimos años es alarmante, esta situación deja al descubierto que en el país aún existen problemas en el manejo

¹ OMS http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/index.html

² <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101325002>

³ PDF(Reducción De Morbilidad Y Mortalidad En América Latina Y El Caribe) <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdcofesa/pdf/iaiepiRedMMNALyC.pdf>

hospitalario. Si bien Ecuador se sitúa en la media de la tasa de América Latina que es de 11, su situación tampoco es satisfactoria, entre otras razones, porque países como México, cuyo número de partos supera siete veces al de Ecuador, tiene una tasa de mortalidad de apenas el 0,7%, en el país han quedado al manifiesto los problemas de bioseguridad en las unidades para neonatos de la mayoría de hospitales públicos. Se detectaron falencias en el Francisco de Icaza de Guayaquil, escenario de 10 muertes y en cuyas instalaciones se encontró la bacteria *Serratia*, sin embargo, el caso más alarmante se destapó la semana pasada en el hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo, imágenes evidenciaron que bebés eran atendidos en tinas plásticas y cajas de cartón. Incluso dos bebés compartían una termo cuna, una práctica que va en contra de los estándares de salud. Este tipo de dificultades no se concentra en ambos hospitales. Existen problemas de disponibilidad en 28 áreas de neonatología de Manabí, Pichincha, Esmeraldas, Imbabura, El Oro, Azuay, Zamora Chinchipe y otras provincias.⁴

Desde el 2006, 21 padres de familia recuerdan con nostalgia las muertes de sus niños. “La mayoría no siguió acciones legales para que el Estado reconociera que, en el Napoleón Dávila, la sala de neonatos no era la adecuada para recibir a niños recién nacidos que presentaban problemas”, sostiene Ricardo Fernández de Córdova, abogado de cinco padres de familia que reclaman justicia. En el 2006, la muerte de los neonatos se le atribuyó a un cuadro de sepsis, una bacteria que ataca a los recién nacidos. Después de las muertes de los infantes, las inspecciones de los técnicos de la Defensoría del Pueblo, en el área de neonatos, revelaron verdades que eran evidentes para todos los que trabajaban allí”, agrega el abogado Fernández. “En los tumbados se encontró excremento de murciélago. Tenían que usar palas para remover esas pestilentes heces”.⁵

En Esmeraldas el incremento de mortalidad y morbilidad neonatal durante el año 2012 es causa de preocupación. Según datos obtenidos de la Dirección Provincial de Salud, en los

⁴ http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/Ecuador-quinta-mortalidad-neonatal-region_0_448155187.html

⁵ http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/proceso-internacional-marcha-muertes-Chone_0_440356021.html

meses de enero, febrero y mayo del año 2012, se puede apreciar un número elevado de hasta 10 muertes neonatales en lo que va del mes, suscitándose éstas en la primera semana de vida.⁶

Un promedio de entre 60 y 80 neonatos han muerto en lo que va del año debido al traslado del área de Gineco-Obstetricia y Neonatología del Hospital Delfina Torres Viuda de Concha al reducido espacio físico de la maternidad Virgen de la Buena Esperanza en el que actualmente están atendiendo la demanda de partos de la zona urbana y referencias de la zona rural, puesto que éste se encuentra en reconstrucción.⁷

En el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, con frecuencia nacen neonatos mórbidos, a pesar que éste es una unidad de segundo nivel no tiene la capacidad de resolver los problemas que se presentan debido a la falta de espacio físico, equipamiento y talento humano, por lo que se ven obligados a referir a estos pacientes a los diferentes hospitales del país ayudando a que estos se saturen, pese a que recientemente se inauguró el área de Gineco - Obstetricia y Neonatología, ésta aún no está habilitada para atender la demanda de pacientes que llegan a esta casa de salud, puesto que hace falta talento humano e insumos, obligando al personal que allí labora a seguir atendiendo temporalmente en un espacio muy reducido.

Los problemas patológicos maternos durante el embarazo incrementan la predisposición del neonato a morbi-mortalidad, así como también elevan el riesgo de muerte materna por que actualmente no hay anestesiólogo para realizarle la cesárea.

La hipertensión inducida por el embarazo es una de las complicaciones más frecuentes en los países en vías de desarrollo, constituye la principal causa de morbimortalidad materna. La enfermedad hipertensiva asociada al embarazo también conocida como pre eclampsia/eclampsia, es una enfermedad de origen no claramente definido que se presenta con una frecuencia que varía entre 4 y 12 %, en especial entre mujeres de países de bajo desarrollo. Se ha podido establecer que constituye la

⁶ Dirección provincial de salud (Departamento de Epidemiología. Dra. Isaura Briones)

⁷ Dirección provincial de salud (Departamento de Epidemiología. Dra. Isaura Briones)

principal causa de muerte de la segunda mitad de la gestación y está vinculada su presentación a un inadecuado control prenatal.⁸

Las infecciones de las vías urinarias son frecuentes durante el embarazo, probablemente porque el crecimiento uterino comprime los tubos que conectan los riñones a la vejiga (uréteres) y se retarda el flujo de orina. A consecuencia de este retraso, es probable que las bacterias no sean arrastradas hacia fuera de las vías urinarias y aumentan las probabilidades de infección. Estas infecciones aumentan el riesgo de un parto precoz y de una rotura prematura de las membranas que rodean al feto. La diabetes es un trastorno en el que los valores de azúcar en sangre (glucosa) son anormalmente altos. Muchos de los cambios hormonales que tienen lugar durante la gestación hacen más difícil el control del azúcar en la sangre. La diabetes en la embarazada incrementa el riesgo de contraer una infección, de tener un parto anticipado y de presentar hipertensión a causa del embarazo.⁹

Otro problema desencadenante de morbilidad neonatal es la nutrición materna, muchas de las gestantes no aportan a su organismo los requerimientos nutricionales necesarios, esto está ligado a bajos recursos económicos, falta de controles prenatales o enfermedad como diarreas seguidas durante el embarazo. Los bebés de madres desnutridas tienen un riesgo elevado de presentar prematuridad, puesto que las membranas del útero pueden romperse antes de tiempo debido a la pérdida de elasticidad, producto de una alimentación deficiente. También hay riesgo de que sufran de anemia, de problemas metabólicos y hasta de deficiencias cerebrales. Como si fuera poco, contraen infecciones más fácilmente por la debilidad de su sistema de defensa condicionado por la prematuridad.

El reducido espacio físico, las condiciones poco asépticas, monitores en mal estado, falta de recurso humano con el que se atiende en el área de ginecología no son adecuadas ni suficientes para suplir las necesidades requeridas por los usuarios.

⁸ <http://espanol.babycenter.com/a600016/el-embarazo-y-tu-edad#ixzz2Z8TmjeWi>

⁹ http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_246.html

Todas estas causas se convierten en detonantes para aumentar una problemática que con medidas de cuidados oportunos, pueden ser solucionadas. Una atención temprana, planificada y orientada desde las unidades de primer nivel disminuiría la incidencia de morbilidad neonatal.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia?

¿Cuál es la importancia de la aplicación efectiva de normas y procedimientos durante el manejo del neonato?

¿Qué influencia tiene el espacio físico, equipamiento y talento humano sobre la recuperación del recién nacido?

1.3.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas, con neonatos atendidos en esta unidad de salud, personal médico, de enfermería, y madres de familia.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El interés de realizar esta investigación surge a partir de los continuos casos de muerte en recién nacidos que han venido suscitándose en los años (2011-2012) a nivel nacional y provincial.

Se elige el tema de morbi - mortalidad del recién nacido debido a la necesidad de evidenciar los problemas que tiene el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo y determinar las causas que aumentan el riesgo de complicaciones perinatales.

Es necesario verificar que los protocolos de atención al neonato sean bien aplicados por el personal de salud, y si éstos realizan acciones destinadas a garantizar la salud perinatal, así como también valorar la adecuada distribución de espacio físico, condiciones higiénicas en las que se labora y si la institución cuenta con suficientes insumos y equipamiento en buen estado para atender la demanda de pacientes con diferentes problemas.

Es un fin de este estudio disponer de información acerca de los antecedentes maternos, controles prenatales y su relación con la morbimortalidad del neonato, para entender a cabalidad la magnitud de los problemas presentes en el Hospital Divina Providencia y la relación que tienen dichos problemas con sus áreas de influencias.

Por todo ello es importante que se apliquen acciones que impulsen el compromiso del personal de salud, madre y familia, propiciando la implementación de espacios físicos adecuados, la aplicación continua y control de las medidas de bioseguridad, fomentando la educación permanente haciendo participes a la gestante y sus familiares mediante la realización de visitas domiciliarias y controles pre y post natal, para lograr disminuir el índice de morbilidad y mortalidad neonatal, mejorando los espacios físicos donde las mujeres puedan ser atendidas de forma segura sin que se ponga en riesgo la vida de la gestante y del producto garantizando una atención sanitaria de calidad que conserve la salud de los usuarios.

De esta manera el Hospital Divina Providencia resolvería en la medida de sus posibilidades la problemática local sin tener que referir a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza

(Área de Neonatología del Hospital Delfina Torres Viuda de Concha), disminuyendo la saturación de espacios y el aumento en la morbilidad neonatal de dicha unidad.

Este trabajo investigativo pretende determinar las causas de morbi-mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas con el propósito de atraer la atención sobre el tema y que la institución pueda aplicar medidas que permitan reducir la morbilidad del recién nacido, teniendo como resultado garantía en salud, demostrando que los servicios prestados tienen un alto nivel de calidad, en evidencia de la satisfacción de los/as usuarios que se atienden en ésta institución.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. GENERAL:

- ✓ Determinar las causas de morbi-mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas durante el periodo Abril – Mayo del año 2013.

1.4.2. ESPECÍFICOS:

1. Analizar hallazgos encontrados en la historia de salud con el propósito de Identificar factores determinantes de morbilidad y mortalidad neonatal.
2. Identificar grupos de mayor vulnerabilidad a mortalidad y morbilidad neonatal.
3. Determinar la aplicación de normas y procedimiento que realiza el personal de salud durante la recepción y reanimación del recién nacido.
4. Determinar el espacio físico, equipamientos y personal de enfermería con el que cuenta el área de neonatología y su influencia en el aumento de morbilidad y mortalidad neonatal.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El cantón San Lorenzo limita: al norte – Colombia, al sur – Provincia de Imbabura. al este – Provincia del Carchi, al oeste – Cantón Eloy Alfaro de la Provincia de Esmeraldas y el Océano Pacífico.

El Hospital Divina Providencia fue creado el 22 de marzo de 1978. Tiene una extensión de 3086 Km².

La creación y desarrollo histórico del hospital Divina Providencia del Cantón de San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas se fundamenta a través de las siguientes acciones:

Comienza muy modestamente como un hospital de 10 camas, inaugurado el 6 de mayo de 1966, debido al entusiasmo e interés del obispo de ese entonces, Monseñor Barbisote quien encargó la administración del mismo a las misioneras Combonianas.

Con el tiempo las necesidades del hospital fueron aumentando debido a la demanda de pacientes, puesto que desde el comienzo se constituyó como un centro hospitalario de eficiente funcionamiento.

El gobierno ecuatoriano, a través del Ministerio de salud apoyó la iniciativa y constituyó una fundación de ayuda que se incrementaba anualmente de forma modesta, no alcanzando a solventar los gastos de mantenimiento que fueron siempre por cuenta del vicariato de Esmeraldas. Por fin, comprendiendo que la obligación con la salud del pueblo era compromiso del estado el 31 de marzo del 1978 se expide el decreto de fiscomisionalización del Hospital Divina Providencia para regular la misma, se firma un convenio interinstitucional entre el vicariato apostólico de Esmeraldas con el ministerio de salud el 30 de junio del 1980, en el cual de forma clara se precisa las obligaciones de ambas partes con respecto a la marcha y administración del divina providencia.

En ese lapso de tiempo fueron incrementándose los servicios, así tenemos que en 1981 se inaugura un pabellón de pediatría con la contribución del grupo CÁRITA de SUIZA y en el año siguiente se inauguró otro pabellón obstétrico con la ayuda del estado ecuatoriano y benefactores suizo, por fin en 1983 se construye un pabellón para el gabinete de RX. Con un presupuesto proporcionado por el Ministerio de Salud, el hospital pudo ofrecer a la comunidad de San Lorenzo y su área de influencia toda su capacidad de 70 camas y 4 servicios básicos (pediatría, clínica, cirugía, Gineco-Obstetricia).

Hasta las primeras semanas del presente año las religiosas Combonianas tenían a su cargo la administración y otros servicios, pero al inicio de febrero 1988 las hijas de la caridad se hacen cargo de la administración del hospital.

Desde su comienzo la dirección del hospital ha estado a cargo del Dr. Aurelio Fuente C. después fue el cargo de la dirección a otras manos de profesionales; en la actualidad el director a cargo es el Dr. Renzo Ayoví Morales.

ÁREA DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA y NEONATOLOGÍA

Debido a la poca demanda de partos que anteriormente se realizaba, se construye en el año de 1982 una pequeña sala de parto de aproximadamente unos 4 m, compuesta por 2 camillas ginecológicas, 3 soportes, 1 escritorio, 2 monitores, 1 termo cuna para recepción y reanimación del recién nacido, 1 baño, 2 armarios e insumos.

En el año 2011, con la ayuda de la Obst. Irene Spreafico, profesional de la maternidad de Milán que realiza voluntariado en el Ecuador desde hace muchos años y conocedora de la realidad sanitaria de la zona de San Lorenzo, se empieza a construir el área de Gineco-Obstetricia y Neonatología, siendo inaugurada el 8 de marzo del 2012.

El área de Ginecología está dividida en una pequeña sala de recuperación, quirófano, sala para partos, sala de partos culturales, alojamiento conjunto, sala de valoración, estación de servicio el cual se divide para pacientes de Gineco obstetricia y neonatología, y un pequeño espacio para almacenamiento de desechos hospitalarios.

En cuanto al área de Neonatología a esta le corresponde una pequeña sala de 12m² con un pequeño lavabo para duchar a los neonatos, 2 incubadoras 2 monitores destinada a atender a neonatos mórbidos desde las 34 semanas, inferior a esta fecha serán referidos a una unidad asistencial de mayor complejidad, una pequeña sala de visita con una ventana que divide a ésta de la sala neonatal. Por motivos de falta de recursos humanos hasta entonces no se ha logrado atender la demanda de partos que se presentan a diario.

2.2. EMBARAZO NORMAL

2.2.1. Cambios en el Organismo Materno durante la Gestación

Las alteraciones endocrinas conducen a cambios muy importantes en el organismo de la mujer embarazada. Insinuadas apenas desde las primeras semanas de la preñez, estas modificaciones van haciéndose más acusadas a medida que ésta avanza, para ser más llamativas al final de la misma.

2.2.2. Cambios en el útero

El morganio que sufre cambios más importantes es, sin duda el útero. Su peso aumenta diez y veinte veces, y este aumento lleva aparejada una enorme complicación anatómo-histológica.

Al principio del embarazo el útero pesa de 50 a 65g (igual que fuera de la gestación), llegando al final muy cerca de los 1000g. Estos cambios de tamaño conllevan un paralelo aumento en la capacidad de la cavidad uterina, la cual es de 3-5cc al comienzo y alcanza los 4-5 litros al término. El crecimiento del útero gravídico se verifica principalmente a expensas de la parte muscular o miometrio, y, en mucha menor proporción de la parte epitelial o endometrio, que ha de constituir la decidua.

2.2.3. Cambios del Cuello

Los cambios que se verifican en el cuello uterino durante el embarazo son muy importantes. Desde las primeras semanas se observa una hiperemia que ocasiona cianosis y mayor blandura en su consistencia.

Estos cambios se producen por la influencia de hormonas en especial los esteroides. El endo-cervix reaccionará por una hiperplasia, lo que motivará que el orificio cervical externo se desplace hacia afuera, ocasionando una eversión o ectopia muy características de las embarazadas. Pero esta mucosa cilíndrica no encuentra un medio adecuado en la vagina, que es ácida y séptica, por lo que puede ser puerta de entrada de cervicitis como veremos más adelante.

El estroma del cérvix tiene pocos elementos musculares, por lo que la reacción principal correrá a cargo del tejido conjuntivo. El colágeno no crecerá formando tabiques o trabéculas paralelas en su espesor, lo que unido al edema propio de los estrógenos elongará el cérvix, emigrando hacia la parte posterior de la vagina, haciéndose así poco accesible a la exploración.

Cuando se acerca el término, los cambios hormonales, especialmente el aumento de prostaglandinas, y relaxina, desestructuran el colágeno, acortándose la longitud del cérvix al tiempo que este vuelve a su posición anterior. A este proceso se le denomina maduración cervical y, como veremos tiene mucha importancia en el comienzo del parto.

2.2.4. Modificaciones en la vagina y vulva

La mucosa de la vagina es capaz de reaccionar al estímulo de los estrógenos, cargando sus células de glucógeno, el cual por la descamación cae en la cavidad vaginal y sirve de pasto a los bacilos de Doderlein, que con él crean ácido láctico, por cuyo mecanismo se auto-depura la vagina.

El tejido conectivo que rodea la mucosa sufre también importantes cambios. La vascularización se hace intensa, adquiriendo la vagina una coloración violácea. Como consecuencia de esto aumenta la trasudación y, junto a la descamación celular, hace que sea frecuente la leucorrea fisiológica. Las fibras musculares y conjuntivas se elongan, haciendo más elástica la cavidad vaginal. Gracias a estos cambios podrá distenderse lo suficiente como para permitir el paso del feto.

En la vulva se observan análogas modificaciones, por lo que pueden aparecer paquetes varicosos muy molestos.

2.2.5. Cambios en el corazón

La frecuencia cardíaca suele ir aumentando hasta la mitad de la gestación, alcanzando entonces un máximo del 15%, para ir decreciendo después hasta el parto, en que se normaliza. Esto es debido a la hipervolemia, que eleva el volumen sistólico durante el primer trimestre, permaneciendo invariable hasta el término.

2.2.6. Cambios vasculares

Como las resistencias periféricas disminuyen por la acción de los estrógenos, existe una tendencia a que baje la tensión arterial, especialmente si la mujer era hipertensa. Sigue habiendo una variación diurna, como fuera del embarazo, siendo mayores las diferencias por la noche. En el tercer trimestre comienzan a aumentar las resistencias periféricas, por lo que también se modifica la tensión arterial, que tiende a normalizarse e incluso a elevarse.

La presión venosa se halla aumentada en la pelvis y en las piernas, especialmente por la compresión y el efecto paralizante de los estrógenos sobre el sistema valvular venoso. Lógicamente el cuadro es progresivo durante todo el embarazo, y en el tercer trimestre serán frecuentes los edemas maleolares vespertinos, y la aparición de varices.

Por último, existe una redistribución del flujo sanguíneo en el organismo, aumentando en la piel, todavía más en los riñones, y de manera extraordinaria en el útero. Se calcula que en el transcurso de un minuto, la mitad de la volemia pasa por este órgano, y el 80% de éste lo hace a través del espacio inter-velloso.

2.3. EMBARAZO PATOLÓGICO

La gestación no debe considerarse como un fenómeno local en el que un embrión se desarrolla en el útero. Es, por el contrario una transformación general del organismo, en la que se producen importantes cambios en toda la economía.

Como consecuencia de estas alteraciones en los órganos y en sus funciones, que afectan a todos ellos en mayor o menor grado, la patología del embarazo es también distinta de la patología fuera de la gestación.

2.3.1. Enfermedades del aparato circulatorio durante el embarazo

Las cardiopatías gravídicas afectan aproximadamente al 1% de todas las gestantes. Después de la gestosis las hemorragias y la infección, es la cuarta causa de muerte de la embarazada. Aunque en los últimos 30 años se hayan hecho progresos notables en su comprensión,

diagnóstico y tratamiento, todavía las afecciones cardiacas de la gestante constituyen un problema muy serio.

Fisiopatología. En la gestación el corazón está sometido a condiciones distintas de las normales. Hay en primer lugar, una mayor exigencia de trabajo cardiaco y, en segundo, alteraciones que disminuyen el rendimiento cardiaco.

Una mayor exigencia de trabajo cardíaco. La volemia y el gasto cardiaco están elevados en un 30% de la gestación normal. Este fenómeno es debido a que en el área placentaria, que constituye al final del embarazo una tercera parte del área vascular del organismo vasos arteriales (las arterias espirales, desembocan sin intermedio de red capilar en los senos venosos placentarios. Hay así una verdadera fístula arteriovenosa fisiológica. El trabajo cardiaco tiene así que estar aumentado.

Una disminución del rendimiento cardíaco. No sólo las demandas son mayores, sino que, además, las condiciones en que el corazón ha de responder a ellas, son peores por las razones siguientes:

El corazón se encuentra desviado por la elevación del diafragma, sobre todo al final de la gestación. Esta elevación determina un cierto grado de torsión y una desviación del eje eléctrico cardiaco. El vacío intra torácico está disminuida, por la razón anterior, y ello dificulta la circulación de retorno.

El crecimiento del útero determina además un rechazo de la sangre hacia los miembros inferiores. El gran reservorio de sangre del organismo deja de ser el área esplácnica para pasar a los miembros inferiores, lo cual aumenta las dificultades circulatorias. El corazón sano vence estas dificultades, pero la gestación constituye una prueba funcional extraordinariamente del trabajo cardiaco de la mujer.

2.3.2. Enfermedades de las vías urinarias durante el embarazo

Bacteriuria asintomática.

El primero en llamar la atención sobre esta afección ha sido el norteamericano Kass. Entendemos por bacteriuria asintomática la presencia de tal cantidad de gérmenes, que

originan el crecimiento de más de 105 colonias de un solo tipo de organismos por mililitro de orina.

No se comprende como esta afección actúa produciendo alteraciones patológicas en el embarazo, pero estudios epidemiológicos han demostrado cierta relación con la prematuridad, la anemia y la hipertensión esencial de la embarazada, y muy especialmente con la pielonefritis.

La frecuencia de la bacteriuria asintomática es más elevada durante la gestación, en la cual cifras de 6% a 7% son, sobre todo, frecuentes en mujeres de clase humilde, con malas condiciones de vida. Este es un hecho perfectamente demostrado: que la bacteriuria es un indicio del bajo nivel higiénico y social de la embarazada.

Etiología y patogenia. El germen más comúnmente encontrado es la *Escherichia coli*, que causa aproximadamente el 80% de estas infecciones, seguido muy de lejos por la *Klebsiella pneumoniae* (10%), *proteus* (5%) y más raramente por *pseudomonas*, *enterobacter*, *estafilococo* y *estreptococo* del grupo D.

El paso de estos gérmenes al tracto urinario suele aparecer en la segunda mitad del embarazo, invocándose como factores predisponentes la dilatación de los uréteres por la progesterona, y la compresión que ejerce el útero en dextro-rotación fisiológica ocasiona sobre el uréter derecho. El factor desencadenante serían los gérmenes, que llegarían a esta orina remansada, por vía ascendente, hematógena o linfática.

Cada día se obtiene más evidencia de que la bacteriuria es el primer paso hacia la pielonefritis gravídica, aunque la evolución hacia esta enfermedad no es obligatoria. También se está adquiriendo la certeza de que muy frecuentemente los pacientes con bacteriuria ya tenían la infección antes del embarazo. Asimismo pueden descubrirse tras el parto lesiones congénitas o adquiridas (nefritis crónica) que habían pasado inadvertidas. Esto demuestra que una buena parte de las bacteriurias del embarazo se deben a un proceso orgánico, agudizado por los cambios gravídicos.

Se ha insistido mucho en la frecuencia con la que aparecen partos prematuros en mujeres con bacteriuria asintomática. Sin embargo Beard y Roberts niegan que haya una relación

causal. Lo que ocurre es que, siendo la prematuridad también más frecuente en mujeres con malas condiciones de vida, la bacteriuria, que también aparece en este mismo tipo de pacientes, coincide con ella.

Algunos autores encuentran también una mayor incidencia de “toxemias gravídicas” en las bacteriurias asintomáticas y otros, como Save y Little, señalan la alta frecuencia de “anemias”.

Verdaderamente no se comprende muy bien por qué una simple bacteriuria puede producir alteraciones tan diversas.

2.4. FACTORES DETERMINANTES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO

Todas las enfermedades que afectan a la madre durante el embarazo y su tratamiento afectan también al feto.

2.4.1. Hijo de Madre Diabética

Algunos problemas clínicos que aún afectan al neonato son hipoglucemia (70%), macrosomía (40%), prematuridad (15%), asfixia durante el parto (15%) y membrana hialina (15%). La macrosomía es la presentación clásica del hijo de madre diabética; puede ser grande para la edad gestacional, pero es fisiológicamente inmaduro. No todos son grandes, ya que las madres diabéticas con enfermedad vascular grave pueden dar a luz a neonatos pequeños para la edad gestacional; aunque estos son raros.

2.4.2. Hijo de madre Drogadicta

La adicción a drogas es un fenómeno que se ha incrementado conforme los problemas psicosociales aumentan. Cuando este problema se relaciona con el embarazo, puede producir una amplia variedad de trastornos en el neonato que abarcan desde malformaciones congénitas y trastornos metabólicos graves, hasta dependencia y síndrome de abstinencia.

El tabaco es la droga más consumida durante el embarazo y se ha relacionado con notable incremento de abortos espontáneos, mortinatos, retraso del crecimiento fetal, prematurez y síndrome de muerte súbita. El grado de hipotrofia o desnutrición in útero va en relación con el número de cigarrillos fumados; un paquete de 20 cigarrillos diarios se correlaciona con un descenso de 280 gramos en el peso al nacer.

2.4.3. Hijo de madre con VIH positivo.

El VIH puede transmitirse de la madre al feto o al recién nacido durante el embarazo, trabajo de parto, al momento del nacimiento, así como durante el post parto a través de la leche materna, por transmisión vertical. El recién nacido VIH positivo es asintomático, pero llega a presentar linfadenopatía o hepatoesplenomegalia.

2.5. FACTORES BIOFISICOS

2.5.1. Consideraciones genéticas

Los factores genéticos pueden interferir con el desarrollo normal, fetal o neonatal y redundar en anomalías congénitas o crear dificultades para la madre. Incluyen genes defectuosos, trastornos heredados y anomalías cromosómicas transmisibles, embarazos múltiples, feto de gran tamaño e incompatibilidad ABO.

2.5.2. Estado nutricional

La nutrición adecuada, sin la cual el desarrollo y el crecimiento fetales no pueden progresar de forma normal, es uno de los determinantes más importantes en el resultado del embarazo. Las situaciones que influyen sobre el estado nutricional incluyen las siguientes:

Pacientes de corta edad, tres embarazos en los dos años anteriores, uso de tabaco, alcohol o droga y alimentación inadecuada.

2.5.3. Trastornos médicos y obstétricos

Complicaciones del embarazo actual y los embarazos anteriores; enfermedades relacionadas con el embarazo y pérdidas que ponen a la paciente en riesgo.

2.6. FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO

2.6.1. Edad

Las mujeres que están en los dos extremos de la edad fértil tienen una incidencia más alta de resultados desfavorables; no obstante, la edad puede no ser un factor de riesgo en todos los casos. Deben evaluarse los riesgos psicológicos como los fisiológicos.

2.6.2. Adolescentes

Se observan más complicaciones en mujeres jóvenes (menores de 15 años), con una tasa de mortalidad un 60% más alta que las mujeres mayores de 20, y en embarazos que se producen menos de 3 años después de la menarquía. Las complicaciones incluyen anemia, hipertensión producida por el embarazo, parto prolongado y desproporción céfalo-pélvica. Las implicaciones sociales son: menor nivel educativo, menores ingresos, incremento de la dependencia de los programas de apoyo gubernamental, altas tasas de divorcio y paridad más altas.

2.6.3. Madres maduras

Los riesgos de la madre de mayor edad provienen del número y el espaciamiento de otros embarazos, la disposición genética de los padres, la historia médica, el estilo de vida, la nutrición y el cuidado prenatal. El aumento de probabilidad de enfermedades crónicas y complicaciones que surgen del tratamiento médico más invasivo de un embarazo y un parto combinado con las características sitúan a las mujeres mayores en riesgo. Las situaciones de riesgo de más probable aparición en mujeres maduras incluyen: hipertensión e hipertensión asociada al embarazo, diabetes, parto prolongado, parto por cesárea, placenta previa y mortalidad. El feto tiene un mayor riesgo de bajo peso al nacer y macrosomía, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas y mortalidad neonatal.

2.6.4. Bajos ingresos

La pobreza subyace en muchos de los demás factores de riesgo y conduce a la carencia de recursos financieros para adquirir alimentos y cuidado prenatal, salud general deficiente, aumento de riesgo de complicaciones médicas del embarazo y predominio de influencias ambientales adversas.

2.6.5. Falta de cuidado prenatal

El no diagnosticar y tratar las complicaciones de forma precoz es un factor de riesgo principal que surge de las barreras financieras o la carencia de acceso a la atención, la despersonalización del sistema causada por la amplia espera, los cambios en el personal sanitario y el entorno desagradable, la falta de comprensión de la necesidad de cuidados oportunos y continuados o creencias culturales que no apoyan la necesidad y el temor hacia el sistema de atención sanitaria y sus proveedores.

2.6.6. Estado civil

El aumento de morbilidad y mortalidad en las mujeres solteras, incluyendo un riesgo mayor de hipertensión asociada al embarazo, a menudo se relaciona con los cuidados prenatales inadecuados y una edad reproductora más precoz.

2.6.7. Origen étnico

Aunque el origen étnico en sí mismo no es un riesgo mayor, la raza es un indicador de otros factores de riesgo socio demográficos. Las mujeres de color tienen una probabilidad tres veces mayor que las mujeres blancas de morir por causas relacionadas con el embarazo. Los bebés afroamericanos tienen las tasas más altas de prematuridad y bajo peso al nacer y la tasa de mortalidad infantil en este grupo es de más del doble que la de los blancos.

2.7. FACTOR AMBIENTAL

Varias sustancias ambientales pueden afectar la fertilidad y el desarrollo fetal, la posibilidad de que un niño nazca vivo y el desarrollo mental y físico posterior del bebé. Las influencias ambientales incluyen infecciones, radiaciones, químicos, como los pesticidas, drogas terapéuticas, drogas ilícitas, contaminantes ambientales, humo de cigarrillo, estrés y dieta.

2.8. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL AREA DE NEONATOLOGÍA

2.8.1. Diagramación del Área Física

Con el objeto de agilizar la atención en la UCI neonatal de los bebés nacidos en el hospital, esta unidad debe localizarse cerca del sector de obstetricia y fuera de los sectores de tránsito habituales del hospital.

2.8.2. Disposición de Cunas.

Para poder calcular la cantidad de cunas necesarias en la UCI neonatal, deben tenerse en cuenta algunos factores que actúan como parámetros, como la zona geográfica donde se instalará la unidad, el número de partos anuales, el número de camas de obstetricia, la tasa anual de nacidos vivos, cuántos de esos recién nacidos son derivados a la UCI neonatal y por último, si la UCI neonatal recibirá solo pacientes nacidos en el hospital o aceptará derivaciones de pacientes provenientes de otras instituciones.

Las cunas de la UCI neonatal deben clasificarse de acuerdo con la complejidad de la atención:

2.8.2.1. Intensiva

Aquí se internan los pacientes graves e inestables que necesitan cuidados complejos y continuos, como ventilación asistida, traqueotomía, halo de oxígeno, prematuridad, cuadros clínicos con diagnóstico incierto, etc. Debe tener al menos 14 m² por cuna.

2.8.2.2. Semi-intensiva o intermedios

Se internan los pacientes estables que necesitan observación moderada, monitorización intermitente de las constantes vitales, apneas y bradicardias controladas con medicamentos, alimentación progresiva, preparación para el alta hospitalaria.

2.8.2.3. Pre-alta

Pacientes estables que necesitan observación y monitorización de las constantes vitales mínimas sin bradicardia ni apneas, con oxigenación estable, progreso ponderal adecuado y alimentación a libre demanda por vía oral, aptos para recibir el alta hospitalaria.

2.8.2.4. Aislamiento

Cunas asignadas a pacientes con infección confirmada o sospecha de esta que requiere aislamiento.

Las recomendaciones en cuanto a la disposición de las cunas en la UCI neonatal se establecen según normas regidas por los órganos oficiales del Ministerio de Salud de cada localidad. Por lo general en cuanto a la distancia sugerida entre las cunas en el área de cuidados semi intensivos es de 1.5m y en el área de cuidados intensivos es de 2m, dejando el espacio suficiente para acomodar el equipamiento necesario y para que el equipo de salud pueda actuar con comodidad.

2.8.3. ESPACIO FÍSICO

2.8.3.1. Pisos

Áreas restringidas a los pacientes: deben ser de planchas de piso vinílico, aplicadas con soldadura caliente para evitar resquicios o fisuras y garantizar la impermeabilidad.

Áreas semi-restringidas: la recepción, los lavabos y las salas de espera.

Áreas no restringidas: los baños, los vestuarios, la sala de preparación del material y el lactario deben tener pisos de cerámicos.

2.8.3.2. Paredes

Áreas restringidas a los pacientes: deben utilizarse pinturas de alto rendimiento o láminas de melamina opacas y lavables. Combinar colores pasteles y relajantes. Se sugiere utilizar guardas vinílicas con motivos infantiles en la parte superior de las paredes o dibujos con pintura lavable en las paredes para suavizar o alegrar el ambiente.

Áreas semi-restringidas: pinturas de alto rendimiento o láminas de melamina opacas y lavables; se pueden colocar guardas vinílicas o dibujos con pintura lavable en las paredes con motivos infantiles.

Áreas no restringidas: se pueden colocar azulejos en media pared o en toda la pared, que facilitan la higiene y la desinfección. Se recomienda que los zócalos sean redondeados, con bordes curvos para evitar la acumulación de polvo y suciedad, que dificulta la desinfección del piso.

2.8.3.3. Ventanas

Deben tener vidrio claro y polarizado para filtrar la luz solar. Se debe evitar el uso de cortinas de tela o persianas porque permiten la acumulación de polvo y dificulta la limpieza.

2.8.3.4. Visores

Deben estar localizados en los diferentes niveles de la UCI neonatal, en el corredor interno y deben permitir a los familiares y las visitas visualizar a los pacientes. Deben tener cortinas corredizas de material lavable para poder cerrarlas y permitir la privacidad en caso de tener que realizar procedimientos y otros cuidados.

2.8.3.5. Armarios

Todos los armarios deben ser de material lavable de tipo fórmica y con colores pasteles.

2.8.3.6. Lavabos

Deben ser de material inoxidable con la profundidad suficiente, de aproximadamente 40cm, para permitir el lavado y cepillado de manos adecuados. Los grifos deben tener brazos largos y deben ser de agua caliente y de agua fría, preferentemente automáticos o con pedal para evitar la contaminación.

2.8.4. EQUIPAMIENTOS DE LA SALA DE NEONATOLOGÍA

En una sala de neonatología nos encontraremos con los siguientes aparatos y equipos.

Cunas

Incubadoras

Cunas térmicas

Monitores

Oxímetros de pulso

Luces de fototerapia

Respiradores

Mesa de reanimación.

Fonendoscopio.

Fuente de oxígeno con flujómetro listo para su uso.

Bolsas de reanimación (tipo Ambú o similares)

Mascarillas para prematuros y RN a término.

Equipo de administración de O₂ a presión positiva

Perilla de caucho.

Equipo de succión estéril.

Laringoscopio con pilas funcionando y hojas neonatales rectas No. 00 y 01, pilas.

Foco de reemplazo para laringoscopio.

Tubos endotraqueales: 2.0 / 2.5 / 3.0 / 3.5 / 4 mm.

Equipo para cateterizar vasos umbilicales con catéteres 3.5 Fr. y 2.8

Equipo de curación.

Hoja de bisturí.

Equipo para medir glucosa con tirillas.

Fuente de calor.

2.9. RECURSOS HUMANOS

Las personas son decisivas en cada una de las partes que componen un centro sanitario. Son posibilitadoras de cambio y potenciadoras de nueva cultura, aspectos muy importantes a la hora de desarrollar políticas de personal que tenga como punto de referencia el mantenimiento y mejora de la calidad en la atención sanitaria a los ciudadanos. ⁽⁴⁾

Los servicios de neonatología están integrados por personal cualificado y con experiencia en el tratamiento con los neonatos; fundamentalmente deberían de estar compuestos de:

2.9.1. Personal médico

Neonatólogo.

2.9.2. Personal de Enfermería

1 Enfermera/o jefe o encargada/o de la UCI neonatal

1 Enfermera/o encargada de guardia por turno (cada 10 cunas)

Intensivo: 1 persona cada 2 a 3 cunas

Semi-intensivo: 1 persona cada 2 a 3 cunas

Prealta: 1 persona cada 3 a 4 cunas.

Cálculo de Personal de Enfermería

El cálculo de personal de enfermería es una operación matemática que define el número de enfermeras que se requieren para dotar a un servicio determinado de los recursos humanos indispensables para asegurar un funcionamiento adecuado.

Los indicadores de la atención de enfermería están determinados por los servicios hospitalarios según su especialidad:

Servicio	Horas de atención de enfermería directa en 24 horas (INDICADOR)
Medicina interna y ginecología, así como obstetricia	3 horas
Prematuros (Neonatología)	6 horas
Categoría de tratamiento	Horas necesarias de atención de enfermería directa en 24 horas (H)
Cuidado intermedio (pacientes de urgencias, con necesidad de reanimación, graves, con tratamientos complejos y en vías de recuperación).	7 a 8 horas

Los indicadores para los turnos de trabajo y que permiten calcular el personal necesario de enfermería tienen su base en la jornada laboral.

Procedimiento

El procedimiento para calcular el personal de enfermería necesario en los servicios se realiza de acuerdo con los siguientes pasos:

Primer paso: Calcular las **horas necesarias** de atención de enfermería para el servicio de neonatología.

Debe hacerse tomando en consideración aspectos como el número de camas y el indicador.

Formula: $X = CI$

En donde:

- X= horas necesarias
- C= número de camas
- I= indicador

¿Cuántas horas de atención de enfermería son necesarias para el servicio de Neonatología con 18 cunas?

Respuesta: 108 horas($X= 18 \times 6$), en donde 18 es el número de camas y 6 es el indicador para el servicio de Neonatología.

Segundo paso: Calcular el **personal de enfermería necesario** para el servicio de neonatología.

Deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- Horas que se requiere cubrir con personal de enfermería
- Jornada de trabajo

Fórmula: $X= H/J$

En donde:

- $X=$ personal de enfermería necesario
- $H=$ horas necesarias de atención
- $J=$ jornada de trabajo

¿Cuántas enfermeras se requieren para un servicio de Neonatología con 18 cunas?

Respuesta: 14 enfermeras, $X= 108/8= 13.5$

Nota: cuando se obtienen fracciones, si estas son de .5 en adelante se redondea al entero, y si son menores de .5 se eliminan.

Tercer paso: Distribuir por turnos

Una vez obtenido el número de enfermeras requeridas para el servicio, se procede a distribuir las por turnos tomando en cuenta los indicadores establecidos.

Turno	Indicador	Resultado
Matutino	40%	6
Vespertino	30%	4
Nocturno	30%	4

Como el personal previsto para el servicio no trabaja todo el año, también es necesario hacer un cálculo del personal de enfermería suplente, lo cual se hace de la siguiente forma:

- Para cubrir vacaciones, **una enfermera más por cada 10 en el servicio**
- Para cubrir el sexto y séptimo días, **una enfermera más por cada seis**

¿Cuántas enfermeras se requieren para suplencias en un servicio de neonatología con 18 camas?

Respuesta: 3 enfermeras.

El subtotal de esta situación es: $14 + 3 = 17$

Cuarto paso: Calcular el personal requerido

Hay que calcular el personal según el perfil que se requiere para el servicio específico, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Personal con perfil profesional (licenciadas, especialistas, maestras, doctoras)

Personal no profesional de enfermería (técnicas, auxiliares y otros estudios técnicos)

Indicadores por perfil y servicio

Servicio	Porcentaje según el perfil
Pediatría	80% profesional- 20% no profesional
Neonatología, urgencias, unidad quirúrgica	100% profesional

¿Cuántas enfermeras profesionales se requieren para un servicio de neonatología con 18 camas?

Respuesta: el indicador según el perfil establece que para un servicio de neonatología, el 100% debe ser profesional. Por lo anterior, las 14 enfermeras serán profesionales, de igual forma que las tres necesarias para cubrir las suplencias.

2.9.3. Personal de apoyo

Psicólogos.

2.10. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

2.10.1. Prematuro de muy bajo peso.

El riesgo de morir aumenta con rapidez cuando el peso al nacer disminuye. Por lo tanto es necesario considerar diferencias pequeñas en la distribución del peso por debajo de 2500gr. Así es dable observar aumentos importantes de la supervivencia con cada incremento de 250gr para los niños que pesan entre 1500gr y 2500gr.

2.10.1.2. Asfixia Neonatal

Agresión al feto o recién nacido debido a la privación de oxígeno o insuficiente perfusión en diversos órganos.

2.10.1.3. Sepsis

Síndrome clínico caracterizado por signos de infección sistémica acompañados por bacteriemia. Se manifiesta en las primeras cuatro semanas de vida extrauterina. No siempre es detectada desde su inicio.

2.10.1.4. Síndrome de distrés respiratorio.

Constituye un síndrome de dificultad respiratoria por déficit de surfactante, principalmente en RN prematuro.

2.11. GRUPOS DE RECIÉN NACIDOS CON MAYOR VULNERABILIDAD A MORBI-MORTALIDAD

2.11.1. Según su peso

La tasa de mortalidad perinatal más alta existe en los nacidos de 500-999 gr., desciende según aumenta el peso al nacer con la tasa más baja en los nacidos entre 3500-3999 gr., y a continuación aumente a medida que se incrementa el peso.

2.11.2. Según su edad gestacional

La tasa de mortalidad perinatal desciende rápidamente cuando progresa la edad de la gestación, alcanzando el mínimo en la gestación a término y presentando un leve incremento en los nacidos pos término.

2.11.3. Según su procedencia

La disponibilidad y la calidad del cuidado prenatal están sujetas a amplias variaciones de acuerdo con la situación geográfica. Las mujeres que viven en áreas metropolitanas acuden a más consultas prenatales que las que viven en áreas rurales, que tienen menos oportunidades de cuidados especializados y, en consecuencia una incidencia mayor de mortalidad perinatal.

2.12. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DURANTE LA RECEPCIÓN Y REANIMACIÓN DEL NEONATO

2.12.1. RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

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

2.12.1.2. Condiciones para la recepción y reanimación del RN

2.12.1.3. Personal

Al menos una persona capacitada en reanimación cardiopulmonar neonatal.

Dos personas si se necesita realizar reanimación avanzada.

2.12.1.4. Lugar de Recepción

Debe ser el mismo ambiente en donde se atiende el parto.

Preparar un sitio apropiado para acostar al RN cubierto por campos, sábanas o pañales calientes y limpios.

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

ANTES DEL NACIMIENTO

- ✓ Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.
- ✓ Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo.
- ✓ Revise la historia clínica, completa o actualice los datos.
- ✓ Coordine con el Área de Obstetricia las acciones pertinentes.
- ✓ Prepare previamente y con suficiente antelación al parto al personal y a los equipos, insumos y medicamentos requeridos.
- ✓ Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto.
- ✓ Revise la historia clínica, complete o actualice los datos, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.
- ✓ Asegúrese de solicitar y tener registro de todos los datos que interesan al Área de Neonatología en la Historia Clínica Perinatal.
- ✓ Coordine con el Área de Obstetricia las acciones pertinentes.

- ✓ Prepare previamente y con suficiente antelación al parto al personal y a los equipos, insumos y medicamentos requeridos.
- ✓ Lave las manos y antebrazos con agua y jabón mínimo por 2 minutos.
- ✓ Póngase barreras protectoras para el médico y prepare el equipo necesario para el RN.

DESPUES DEL NACIMIENTO

- ✓ Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pide a la mujer que deje de pujar.
- ✓ Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.
- ✓ Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.
- ✓ Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé
- ✓ Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, pince dos veces y corta entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello
- ✓ Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera
- ✓ Mantenga al neonato más abajo del periné materno
- ✓ Cubra al RN con un pañal limpio y caliente
- ✓ Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir
- ✓ Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta
- ✓ Traslade al RN al área dispuesta de la recepción.

Aplique el ABCD E:

A: Abrir vía aérea

- ✓ Está libre o no
- ✓ Coloque en posición de olfateo
- ✓ De ser necesario, coloque un pañal de tela limpio bajo los hombros
- ✓ Aspira secreciones; primero boca, luego nariz

B: Buscar la respiración

- ✓ Verifique si respira o no

C: Circulatorio. Evaluar:

- ✓ Color
- ✓ Llenado capilar
- ✓ Pulsos (arteria humeral, precordio)

D: Drogas:

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

E: Evaluación

- ✓ Evalúe en forma general al paciente
- ✓ Respuesta al estímulo
- ✓ Tono
- ✓ Postura

SIMULTÁNEAMENTE INICIE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ATENCIÓN, PACES:

POSICIONAR:

- ✓ Establezca una vía aérea permeable,
- ✓ Mediante la posición de “olfateo” (cabeza ligeramente extendida),
- ✓ Coloque un pañal bajo los hombros, de ser necesario.

ASPIRAR la vía aérea, (si es necesario):

- ✓ Aspire primero la boca y luego la faringe y nariz en busca de secreciones abundantes, sangre, heces, u otras secreciones.

CALENTAR:

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

ESTIMULAR Y SECAR:

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

- ✓ Después de las acciones iniciales y de cada paso de la reanimación, evalúe la condición del RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardíaca y color.
- ✓ Valore al RN con la Escala de Apgar , a los minutos 1 y 5 de vida del RN.
- ✓ Informe periódicamente a la madre y a su familiar sobre la condición del RN y las acciones que se están llevando a cabo.

CUIDADOS DE OBSERVACIÓN

- ✓ Succione las secreciones orofaríngeas si es necesario con la perilla de goma?
- ✓ Realice el examen físico visual de la integridad anatómica (detectar malformaciones congénitas evidentes) y del sexo del RN.
- ✓ Evita los estímulos fuertes (ruido, luz, manipulación, etc.)

CUIDADOS DE IDENTIFICACION NEONATAL.

- ✓ Llene la tarjeta de identificación neonatal haciendo constar:
- ✓ Nombre completo e historia clínica de la madre, fecha y hora del nacimiento, sexo del RN, tipo de parto.
- ✓ Identificar inmediatamente al RN mediante una pulsera en la condición muñeca o tobillo izquierdo.
- ✓ Tome la impresión del pie izquierdo del RN (huella plantar) y del dedo pulgar materno en la historia clínica de la madre como registro.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL

- ✓ Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
- ✓ Lave las manos minuciosamente.
- ✓ Eduque sobre la importancia de la lactancia materna precoz.
- ✓ Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.
- ✓ Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.

DESPUEÉS DE LA RECEPCIOÓN- REANIMACIOÓN DEL RN.

- ✓ Realice el lavado de manos durante dos minutos antes de ingresar al servicio y 15 segundos para cada valoración
- ✓ Realice el examen físico completo y registro de datos en la historia clínica
- ✓ Realice antropometría: medición de peso, talla y perímetro cefálico.
- ✓ Grafique estos datos en las curvas correspondientes.
- ✓ Administre 1 mg de vitamina K intramuscular (muslo derecho) en recién nacido a término y 0.5 mg en recién nacido pretérmino.
- ✓ Aplique 1 gota de nitrato de plata al 1% o ungüento oftálmico de eritromicina al 0.5%.
- ✓ Calcule la edad gestacional por FUM, ECO, para determinar si el RN es a término, prematuro, posmaduro.
- ✓ Si no se dispone de estos datos, utilice el test de Capurro Somático y para prematuros el test de Ballard modificado o la siguiente medición: Perímetro Cefálico +2 (Text De Capurro)
- ✓ Reconozca precozmente los signos de adaptación deficiente, si el RN no inicia o mantiene su función respiratoria normal o hay signos de enfermedad como ictericia precoz (en las primeras 24 horas de vida).
- ✓ Bañe con agua segura tibia entre las seis y doce horas de vida, cuando la temperatura del RN se haya estabilizado y si el peso es > 2 000 gramos.
- ✓ Abrugue al RN.

Valoración de Apgar

El test de Apgar es un examen clínico tocológico, empleado útilmente en ginecobstetricia y en la recepción pediátrica, en donde el médico clínico pediatra, neonatólogo o matrona certificado realiza una prueba medida en 3 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. Este test lleva el nombre por Virginia Apgar, anesthesióloga, especializada en obstetricia, quien ideó el examen en 1952 en el Columbia University's Babies Hospital.

El puntaje final de Apgar se obtiene de la suma de los valores parciales (0, 1 ó 2) asignados a cada uno de los 5 signos descritos.

PUNTAJE PARCIAL	0	1	2
Frecuencia cardíaca	No hay	Lenta, menos de 100	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	No hay, no respira	Llanto débil, respira mal	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flácido	Algo de flexión de las Extremidades	Movimientos activos, buena flexión
Irritabilidad o respuesta a la manipulación	No reacciona	Mueca, succión o algo de movimiento ante el estímulo	Tos o estornudo, llanto, reacciona defendiéndose
Color de la piel	Cianótica o pálido	Pies o manos cianóticas	Completamente rosado

La valoración de Apgar no debe ser utilizada como criterio para iniciar maniobras de reanimación, la misma que se inicia según algoritmo por la presencia de una de las 5 preguntas iniciales.

El puntaje bajo al minuto indica la condición en ese momento, mientras que a los 5 minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación.

En el caso de RN con depresión, a más de la evaluación del APGAR al minuto 1 y 5 de vida, se debe repetir a los 10 y 20 minutos y/o hasta que el RN se recupere.

2.12.2. REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Conjunto de medidas que se realizan para tratar precozmente la homeostasis postnatal y hemodinamia correctas, con la finalidad de prevenir la morbilidad y mortalidad derivada de una potencial lesión tisular hipóxicoisquémica.

2.12.2.2. Los objetivos de la reanimación son:

Establecer una vía aérea permeable

Iniciar la respiración

Mantener una circulación sanguínea adecuada.

Prevenir daño tisular, especialmente a nivel cerebral.

PROTOCOLO DE REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- ✓ Asegúrese de tener dispuesto al personal, equipos, materiales, medicamentos e insumos para una RCP
- ✓ Valore al RN con la Escala de Apgar, a los minutos 1 y 5 de vida del RN?

Aplique el ABCD E:

A: Abrir vía aérea

- ✓ Está libre o no
- ✓ Coloque en posición de olfateo
- ✓ De ser necesario, coloque un pañal de tela limpio bajo los hombros
- ✓ Aspire secreciones; primero boca, luego nariz

B: Buscar la respiración

- ✓ Respira o no

C: Circulatorio. Evaluar:

- ✓ Frecuencia cardíaca (FC) con fonendoscopio y en 6 segundos
- ✓ (multiplicar el valor obtenido por 10). La FC debería ser medida por un segundo reanimador.
- ✓ Color
- ✓ Llenado capilar
- ✓ Pulsos (arteria humeral, precordio)

D: Drogas:

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

E: Evaluación

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

- ✓ Después de las acciones iniciales y de cada paso de la reanimación, evalúe la condición del/a RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardíaca y color
- ✓ Si la FC es mayor de 100 lpm, pero persiste cianosis central, administra oxígeno a flujo continuo por mascarilla, a uno o dos centímetros de la vía aérea
- ✓ Si con estas maniobras el RN se recupera, manténgale en observación; de lo contrario, continua la reanimación
- ✓ Administre oxígeno a presión positiva con ambú y mascarilla si:
- ✓ El/a RN no respira (apnea) o respira mal (gasping, respiración boqueante)
- ✓ La frecuencia cardíaca es $<$ a 100 latidos por minuto

TERAPIA DE APOYO

- ✓ Evite la hipotermia y la hipertermia
- ✓ Mantenga en una cuna de calor radiante
- ✓ Vigile que la fuente de oxígeno funcione en todo momento durante la reanimación

SEGUIMIENTO

- ✓ Si la frecuencia cardíaca es $>$ a 60 lpm, suspende el masaje y continúe la ventilación a presión positiva
- ✓ Una vez que la frecuencia aumente a más de 100 lpm y el/a RN recupere la autonomía respiratoria, suspenda el oxígeno por ambú y mantenga a flujo continuo por mascarilla

- ✓ Vigile permanentemente la FC, color, temperatura, dificultad respiratoria con la Escala de Downes.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas, con el propósito de determinar las causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido.

3.10. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativa.-Permitió registrar hallazgos encontrados a partir de la observación dirigida al personal de salud, para valorar si el protocolo neonatal fue bien aplicado durante la recepción y reanimación del recién nacido, el estado y condición de espacio físico, equipos, materiales así como también antecedentes maternos.

Cuantitativa.- Se recolectaron datos sobre distribución de espacio físico, equipamiento e insumos disponibles, cumplimiento del protocolo, antecedentes maternos y estado de salud neonatal los cuales se lograron expresar de forma numérica analizándole de manera cuantificable.

3.11. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Con este modelo se logró detallar de forma textual, las causas de morbimortalidad del recién nacido vivo, quienes representan mayores riesgos frente a estos factores determinantes, así como también cuales son las necesidades dentro del área de estudio.

Analítico: Con este modelo se analizaron factores maternos, de espacio físico, equipamiento talento humano y aplicación de normativa neonatal, predisponentes de morbimortalidad neonatal; para obtener a través del cruce de información, conclusiones válidas que permitan mejorar el proceso de atención en el Hospital Divina Providencia.

3.12. TIPO DE DISEÑO

Prospectivo

Porque permitió recopilar información a través de la ficha de encuesta aplicada a las madres de los neonatos y ficha de observación dirigidas al personal de salud, en el momento que ocurrieron los hechos.

Retrospectivo

Permitió compilar información de los antecedentes maternos de embarazos anteriores y antes del parto y el número de controles prenatales realizados durante su último embarazo.

3.13. ÁREA DE ESTUDIO

Se consideró el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

Universo

Estuvo constituido por:

PERSONAL DEL HOSPITAL FISCOMISIONAL DIVINA PROVIDENCIA	
Personal administrativo	15
Personal medico	29
Personal de enfermería	11
Personal auxiliar de enfermería	37
Personal de servicio y mantenimiento	14
Auxiliares de otros servicios	9
Técnico de radiología	1
Tecnólogo medico	1
Trabajadora social	1
Laboratorista	1
Psicólogo	1
Químico farmacéutico	1
Inspector sanitario	1

Internas de enfermería	4
Madres de recién nacidos	40
Neonatos	40
TOTAL	206

Muestra

La muestra escogida para la recolección de datos corresponde al 45% de la población que fue objeto de estudio.

PERSONAL DEL ÁREA DE GINECO OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA	
Médicos tratantes	3
Licenciadas en enfermería	4
Auxiliares de enfermería	5
Obstetras	4
Total	16
Madres de recién nacidos	40
Neonatos	40
TOTAL DE MUESTRA	96

Muestreo

En esta investigación se utilizó el muestreo aleatorio simple, seleccionando al azar a 40 madres de neonatos atendidos en la unidad de salud antes mencionada. Así como también se incluyó al 81, 25 % del personal de salud del que dispone el área de Gineco Obstetricia.

3.14. FUENTES DE INFORMACIÓN

Primarias.- Las fuentes primarias hacen referencia a los datos recopilados a través del personal médico, licenciadas en enfermería, auxiliar de enfermería, madres de familias a las que se les aplicó la encuesta u observación.

Secundarias.- Las fuentes secundarias hacen referencia a los datos recopilados a través de libros, páginas web, periódicos, datos estadísticos recopilados en la institución, así como también la historia clínica perinatal.

3.15. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observación directa

Se utilizó para determinar el cumplimiento de la aplicación de normas y procedimiento que realiza el personal de salud durante la recepción y reanimación del recién nacido, así como para evidenciar la distribución de espacio físico, condiciones asépticas en las que se atiende, disponibilidad de equipamientos e insumos así como antecedentes perinatales desde la historia clínica.

Las actitudes a valorar fueron tomadas del protocolo normativo neonatal de los capítulos de recepción y reanimación del recién nacido y en cuanto a espacio físico, equipamiento, etc., se tomó de libros, páginas web, etc., que permitieron conocer estándares adecuados para el funcionamiento así como equipos y materiales necesarios.

Encuesta

Estuvo dirigida a las madres de los neonatos que fueron atendidos durante la investigación, con la finalidad de identificar factores determinantes de morbilidad y mortalidad del recién nacido.

3.16. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE ENCUESTA

Se aplicó a madres de neonatos atendidas en el Hospital Divina Providencia en los diferentes turnos (diurno, vespertino y nocturno), y estaba formado de preguntas 9 cerradas. Las interrogantes permitieron conocer la condición de salud que presentó la madre antes

durante y después del parto para luego entender el porqué de la condición del recién nacido. **(Ver anexo 1).**

FICHA DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Se elaboró con el fin de identificar grupos de recién nacidos con mayor vulnerabilidad a mortalidad y morbilidad, así como determinar las causas de mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia. **(Ver anexo 2).**

FICHA DE OBSERVACIÓN

Se elaboraron 2 guías de observación por medio del cual se logró determinar la aplicación de normas y procedimiento que realiza el personal de salud durante la recepción y reanimación del recién nacido, así como también evaluar la condición de espacio físico, equipos, materiales y talento humano con el que cuenta el área de Gineco-Obstetricia para atender la demanda de recién nacidos que nacen o son hospitalizados diariamente.

Se establecieron parámetros (insatisfactorio, regular, satisfactorio), para valorar si el protocolo neonatal está siendo bien aplicado por el personal de salud.

De esta manera si los resultados fuesen satisfactorio evidenciarían una correcta aplicación de la normativa, si fuesen regular e insatisfactorio se consideraría que el personal de salud tiene un conocimiento insuficiente para aplicar las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública en cuanto a recepción y reanimación del recién nacido.

Para la segunda guía de observación se instituyeron parámetros (suficiente, insuficiente) para estimar si la dotación de equipamientos, insumos, talento humano, y espacio físico son suficientes para la demanda de usuarios atendidos. **(Ver anexo 3).**

3.17. PROCEDIMIENTO

Las técnicas de recolección de datos fueron aplicadas mediante los instrumentos de recolección de la siguiente manera:

En turnos de 6 horas y 12 horas (diurnos, vespertinos y nocturnos) desde el día 8 al 8 de mayo, se aplicaron las encuestas dirigidas a madres de los neonatos atendidos en el Hospital Divina Providencia en horarios de 10am, 15pm y 19:30pm, durante treinta minutos, este horario se definió con el fin de evitar interrupciones en cuanto a procedimientos médicos y de enfermería y perturbaciones de hora sueño de la madre.

La observación al personal de salud se realizó en el momento que se presentaban los partos, destinando una ficha de observación para cada profesional, no hubo un tiempo específico puesto que cada parto se definía con un tiempo diferente, en cuanto a la observación de espacio físico, equipamiento, recurso humano se realizó en horario de 7am y luego a las 5pm durante 30 minutos en los días 16-19 de abril del 2013.

La revisión de la historia perinatal se la efectuaba luego de la visita médica y de la administración de fármacos en horarios de 12am, 5pm y 2am, esto dependía de la hora en que se presentaba el parto y del turno en el que se estuviese, se eligió este horario para evitar interrupciones por parte del personal de salud en el momento de recoger la información.

3.18. VARIABLES

Variables Dependientes

- ✓ Morbilidad y mortalidad del recién nacido.

Variables Independientes

- ✓ Grupos de mayor vulnerabilidad
- ✓ Condición materna
- ✓ Espacio Físico
- ✓ Equipamientos
- ✓ Talento Humano
- ✓ Aplicación del protocolo neonatal
- ✓ Control prenatal

3.19. CRITERIOS

Incluyentes

- ✓ Recién nacidos hasta los 28 días de edad
- ✓ Personal de salud
- ✓ Madres

Excluyentes

- ✓ Personal de salud y familiares que no deseen participar en la investigación

CAPITULO VI

ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación, corresponden a los datos recopilados a través de las encuestas dirigidas a las madres de los neonatos, así como también las fichas de observación destinadas a los profesionales de salud y la ficha de revisión de historia clínica, para la obtención de datos de la historia perinatal.

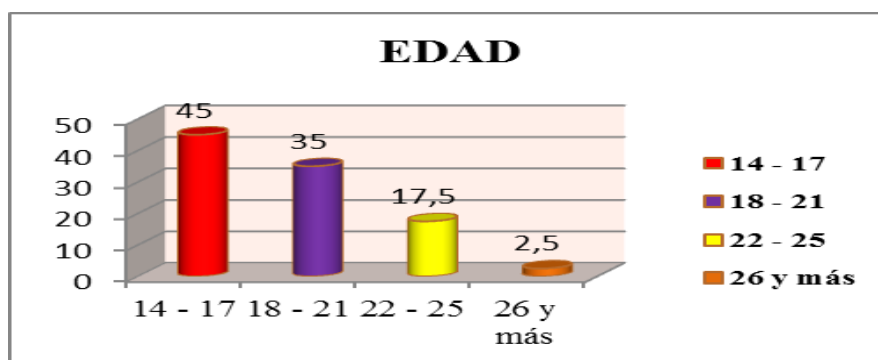
Los resultados presentados en tablas y gráficos fueron procesados mediante el programa ECXEL, para el análisis de datos y el documento en general se utilizó el programa MICROSOFT WORD.

Los primeros 9 gráficos corresponden a los datos obtenidos desde la encuesta, los 4 siguientes son los resultados de la ficha de revisión de la historia perinatal, los restantes representan a la información obtenida desde la ficha de observación.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE EDAD DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°1		
EDAD	NUMERO	%
14 - 17	18	45
18 - 21	14	35
22 - 25	7	17,5
26 y más	1	2,5

GRÁFICO N°1



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

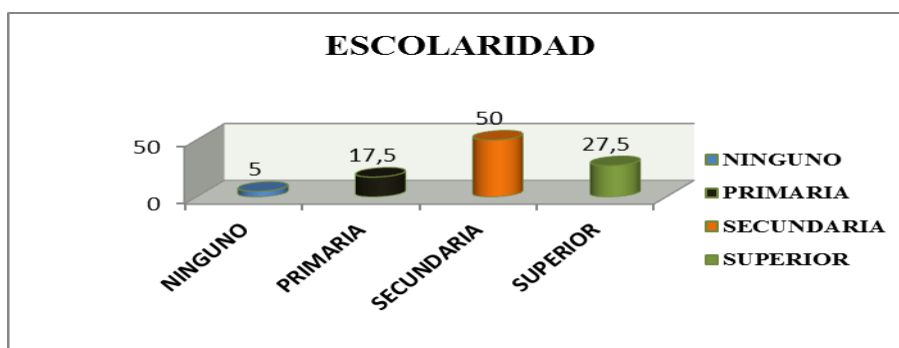
ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados, la mayoría de mujeres tuvieron su primer hijo a temprana edad, el embarazo en adolescentes está marcado por la tendencia de traer al mundo neonatos con alteraciones en el crecimiento y desarrollo puesto que el proceso de maduración de sus órganos reproductores no han llegado a su término, así como también las mujeres mayores de 35 años, multíparas tienen una predisposición a mortalidad perinatal, debido a que existe un envejecimiento de la reserva ovárica, producto de ello en la actualidad se presentan muchos casos de niños Down y complicaciones sistémicas que alteran la vida de la mujer y el recién nacido, pudiendo llegar a la muerte sin una intervención temprana y adecuada.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°2		
ESCOLARIDAD	NUMERO	%
Ninguno	2	5
Primaria	7	17,5
Secundaria	20	50
Superior	11	27,5

GRÁFICO N°2



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

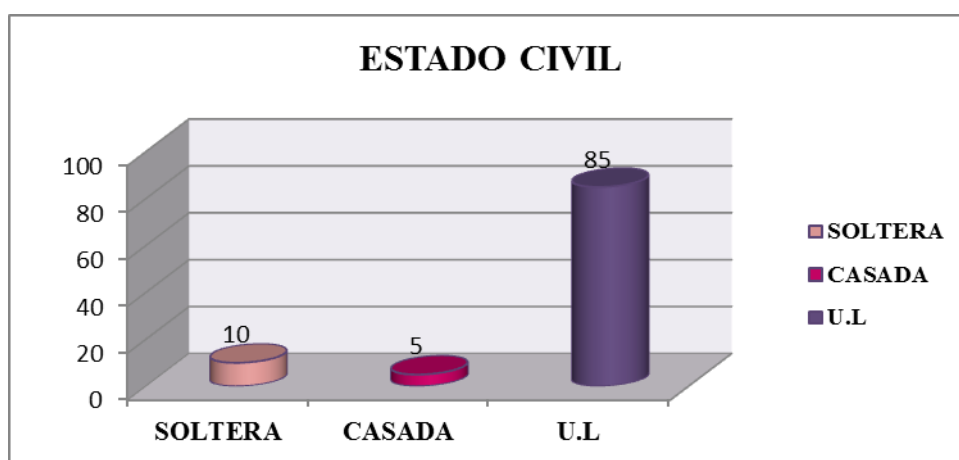
ANÁLISIS:

El gráfico indica que la mitad de las mujeres que embarazan a temprana edad, no logran concluir sus estudios secundarios, incrementando de esta manera la tasa de desempleo del país y el riesgo de concebir recién nacidos mórbidos puesto que al no saber leer , ni escribir bien, tienden a realizar trabajos informales que demandan grandes esfuerzos, así como también demostrando poco interés frente a: los controles prenatales, nutrición pre y post natal, incrementando el riesgo a mortalidad y morbilidad neonatal. Una población educada es más fácil de capacitar y orientar sobre estrategias de cuidados sanitarios, están más predispuestos a aplicar los cambios de estilo de vida y con ello mejorar sus posibilidades en general.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°3		
ESTADO CIVIL	NUMERO	%
Soltera	4	10
Casada	2	5
Unión Libre	34	85

GRÁFICO N°3



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

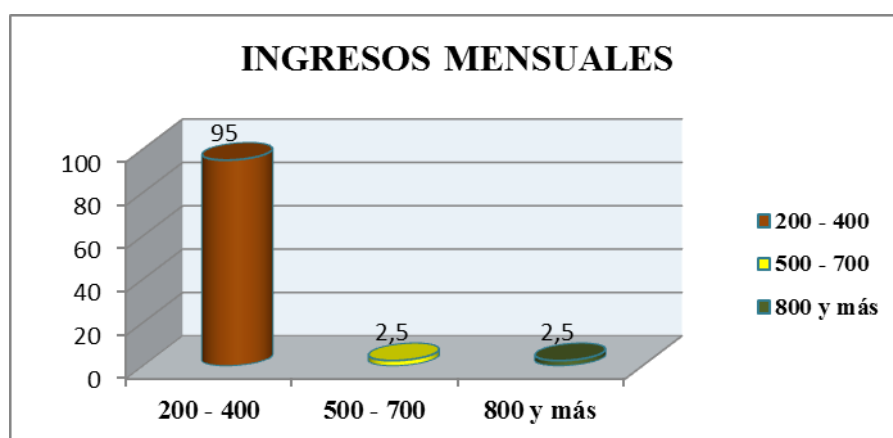
ANÁLISIS:

A pesar de los beneficios que brinda el traer bebés al mundo estando casados, la mayoría de los hogares en San Lorenzo están constituidos por madres y padres que viven en unión libre. Las madres que viven en unión libre se sienten inseguras, algunas durante su estado gestacional sufren el abandono de su conviviente, se preocupan por la identidad de su hijo, por tener que trabajar largas jornadas o si su embarazo llegará a su término, no cuentan con recursos suficientes generados por la pareja para sustentar gastos básicos y de alimentación lo que posibilita una mal nutrición y por ende recién nacidos con bajo peso.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE INGRESOS MENSUALES DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°4		
INGRESOS MENSUALES	NUMERO	%
200 - 400	38	95
500 - 700	1	2,5
800 y más	1	2,5

GRÁFICO N°4



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

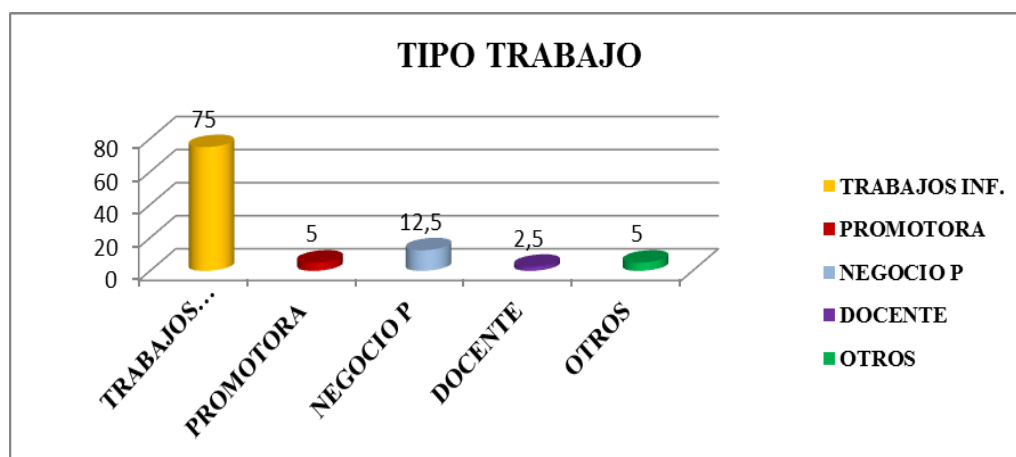
ANÁLISIS:

La mayoría de madres atendidas en el Hospital Divina Providencia son de escasos recursos económicos que cursan por el 3^{ra}, 4^{ta} u 8^{va} gestación, el nivel de escolaridad de estas madres condicionan la posibilidad de incrementar sus ingresos mensuales. El salario que reciben no cubre con los gastos de educación, alimentación, accesibilidad a centros de salud, lo cual es fundamental para asegurar el bienestar de la madre y familia; dando como resultado recién nacidos con peso bajo y prematuros, madres mal nutridas y con baja calidad de vida.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°5		
TRABAJO	NUMERO	%
Trabajo Informal.	30	75
Promotora	2	5
Negocio Propio	5	12,5
Docente	1	2,5
Otros	2	5

GRÁFICO N°5



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

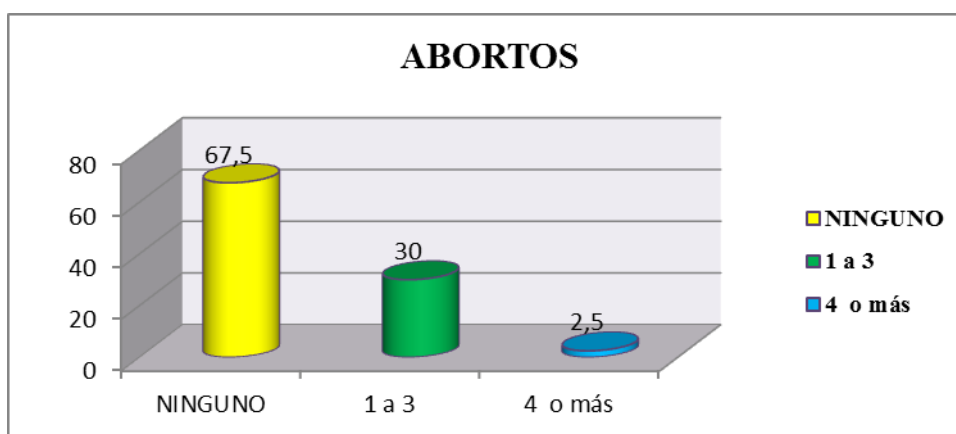
ANÁLISIS:

Es de gran preocupación la incidencia de mujeres embarazadas que realizan trabajos informales (lavanderas, cocinera, y palmicultoras) teniendo que realizar grandes esfuerzos, dando poco interés a las horas de descanso y a las posturas que deben adoptar al ejecutar una acción, poniendo en riesgo el desarrollo normal del feto en su vida intrauterina, produciéndose abortos, partos prematuros, etc.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL NÚMERO DE ABORTOS DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°6		
ABORTOS	NUMERO	%
Ninguno	27	67,5
1 A 3	12	30
4 o más	1	2,5

GRÁFICO N°6



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela

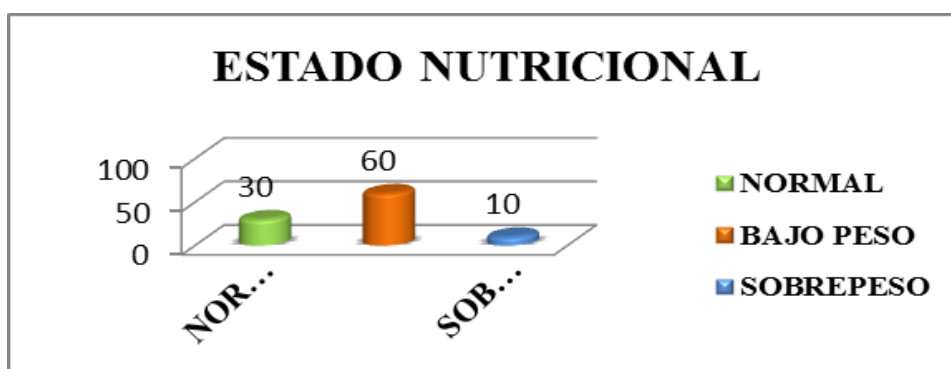
ANÁLISIS:

En el gráfico se evidencia que la mayoría de madres atendidas no tuvo ningún aborto, mientras que en menor proporción pero significativo, están las madres que tuvieron de 1 a 4 abortos producto de una nutrición deficiente, infecciones de vías urinarias, realización de trabajos que demandan muchos esfuerzos. “Las mujeres que han tenido dos o más abortos seguidos tienen más probabilidades de tener un aborto que otras mujeres incrementándose el riesgo de mortalidad si éste se presenta en el primer trimestre del embarazo”.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°7		
ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	%
Normal	12	30
Bajo Peso	24	60
Sobrepeso	4	10

GRÁFICO N°7



Fuente: Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

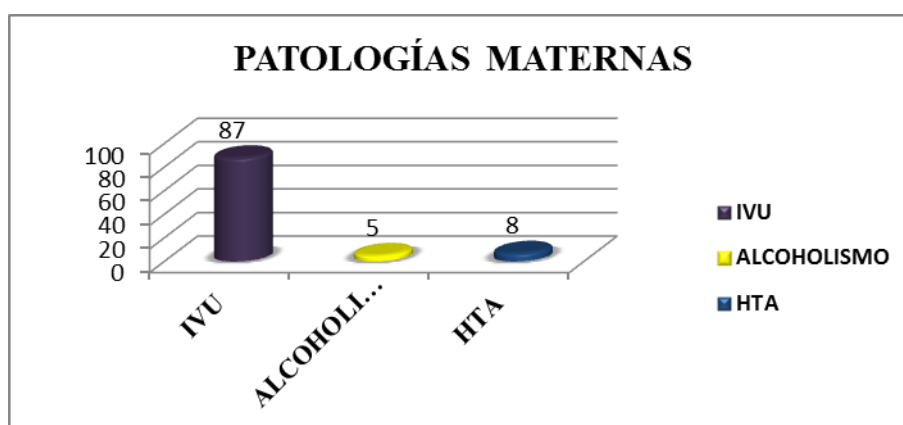
ANÁLISIS:

Se puede observar que aun existen problemas en cuanto a alimentación materna antes y después de la etapa gestacional, la historia clínica perinatal reflejó que el 45% de las madres presentaron bajo peso entre los 3 y 5 meses del embarazo. Si no se educa a tiempo sobre adoptar hábitos nutricionales adecuados se incrementaría el riesgo de HTA gestacional, anemia, etc., dando como resultados recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional, neonatos prematuros e inclusive muerte perinatal en algunos casos puesto que éstas se inclinan por los famosos antojos, les gusta consumir frutas cítricas con mucha sal, hamburguesas, bebidas gaseosas que no cuentan con los nutrientes suficientes para asegurar una buena alimentación.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS DE MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°8		
PATOLOGIAS	NUMERO	%
IVU	35	87,5
Alcoholismo	2	5
HTA	3	7,5

GRÁFICO N°8



Fuente: Historia Clínica y Encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital Divina Providencia, Abril-Mayo 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

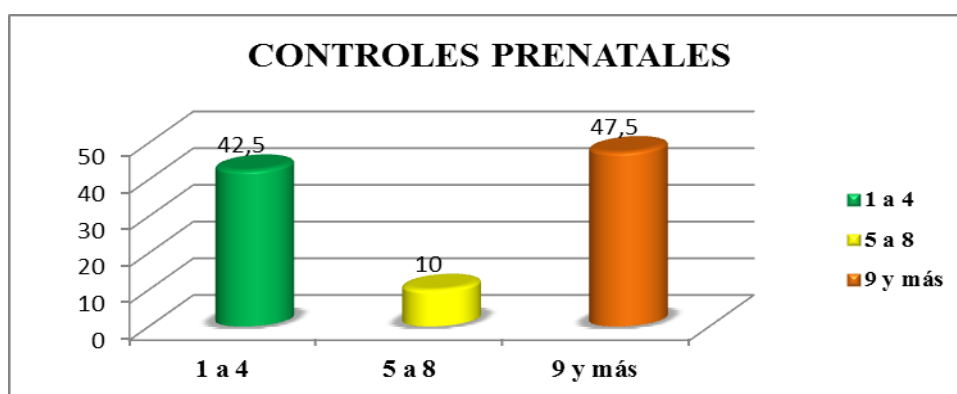
ANÁLISIS:

Se observó que la mayoría de las embarazadas presentaron Infecciones de vías urinarias en el período gestacional, y que éstas fueron tratadas a tiempo mediante los controles prenatales. Por otra parte los efectos del abuso de alcohol durante el embarazo dan como resultados neonatos mórbidos (síndrome de alcoholismo fetal) y con un riesgo elevado de muerte perinatal puesto que madres que consumen alcohol suelen tener un estado nutricional inadecuado, una asistencia médica insuficiente seguido de bajos recursos económicos.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS POR MADRES DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°9		
CONTROLES PRENATALES	NUMERO	%
1 A 4	17	42,5
5 A 8	4	10
9 Y más	19	47,5

GRÁFICO N°9



Fuente: Historia Clínica y encuesta dirigida a madres atendidas en el Hospital divina Providencia, Abril-Mayo 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

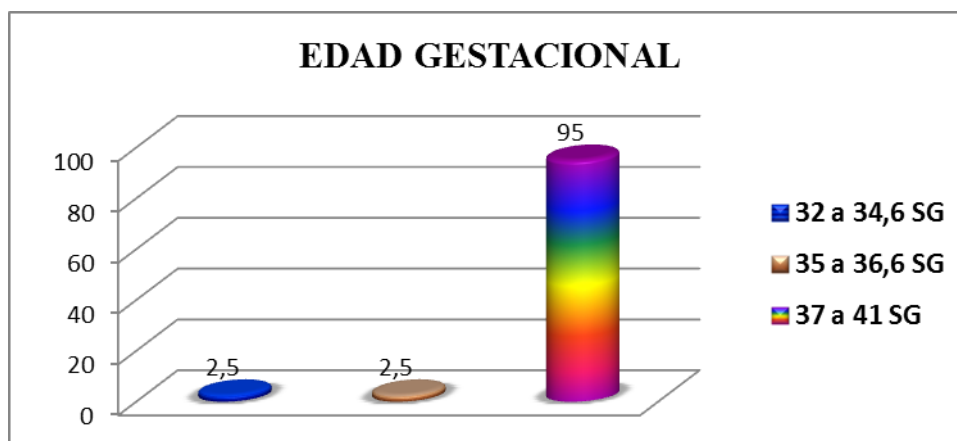
ANÁLISIS:

Es satisfactorio evidenciar que cerca de la mitad de las gestantes tuvieron de entre 5 y 9 controles llegando a parámetros óptimos, según lo establecido por la OMS, se observó que el 42,5% de madres embarazadas asistieron de 1 a 4 controles prenatales, y que de éstos no fueron realizados en las primeras semanas del embarazo sino luego de las 8 semanas gestacionales, la inasistencia a los controles prenatales están ligado a incomprensión de la necesidad de cuidados oportunos, inaccesibilidad a los servicios de salud, déficit financiero, etc., estableciendo riesgo de morbilidad materna y neonatal. “La asistencia prenatal precoz es de gran importancia puesto que el 70% de las complicaciones médicas durante el embarazo pueden ser previstas en la consulta inicial

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE EDAD DE RECIEN NACIDOS EN RELACION A VULNERABILIDAD DE NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL-MAYO DE 2013.

TABLA N°10		
SEGÚN SU EDAD	NUMERO	%
32 a 34,6 SG	1	2,5
35 a 36,6 SG	1	2,5
37 a 41 SG	38	95

GRÁFICO N°10



Fuente: Revisión de la Historia Clínica Perinatal del Hospital Divina Providencia, 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

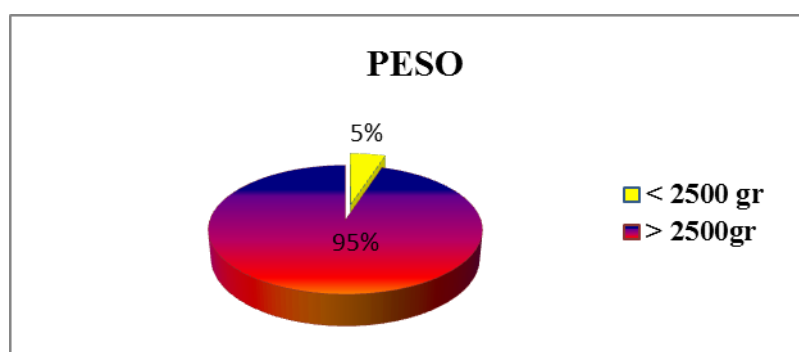
ANÁLISIS:

La mayoría de los casos son neonatos con una edad gestacional que oscila entre 37-40 semanas de gestación, en 10 de éstos se observó morbilidad por aspiración de meconio debido a prolongación del trabajo de parto, lo cual puede provocar bronco aspiración y por ende daño cerebral por falta de oxígeno e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, mientras en menor proporción están los recién nacidos con una edad gestacional de 32 a 34,6 semanas que representan riesgo mayor de morbi-mortalidad neonatal puesto que la maduración de sus órganos y por ende de su funcionamiento no ha llegado a su término.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN EL PESO DE LOS NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 11		
SEGÚN SU PESO	NUMERO	%
< 2500 gr	2	5
> 2500gr	38	95

GRÁFICO N° 11



Fuente: Revisión de la Historia Clínica Perinatal del Hospital Divina Providencia, 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

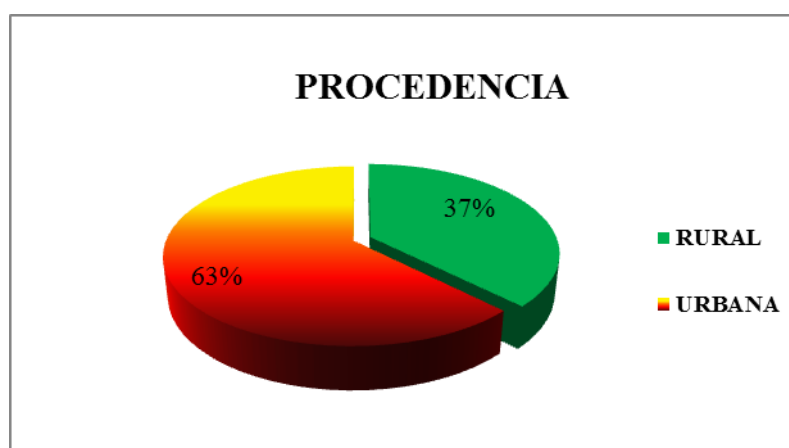
ANÁLISIS

Se puede apreciar que la mayoría de recién nacidos tienen un peso aceptable. En relación del peso al nacer con madres que se realizaron pocos controles prenatales se observa menor incidencia de neonatos con bajo peso, sin embargo se evidenció morbilidad por aspiración de meconio en neonatos con un peso de entre 2500 y más, pese a no presentar complicaciones es un producto que necesita de cuidados médicos y de enfermería para evitar complicaciones en su salud, puesto que se evidencia que son el resultado de embarazos con madres mal nutridas y que presentaron infecciones de vías urinarias e hipertensión arterial gestacional en el embarazo, y quienes presentaron mayor riesgo de mortalidad fueron los neonatos con bajo peso que osciló entre 1800gr y 2200gr, evidenciando poco riesgo de mortalidad del RN según su peso.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LUGAR DE PROCEDENCIA DE NEONATOS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N°12		
PROCEDENCIA	NUMERO	%
Rural	15	37,5
Urbana	25	62,5

GRAFICON°12



Fuente: Revisión de la Historia Clínica Perinatal del Hospital Divina Providencia, 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

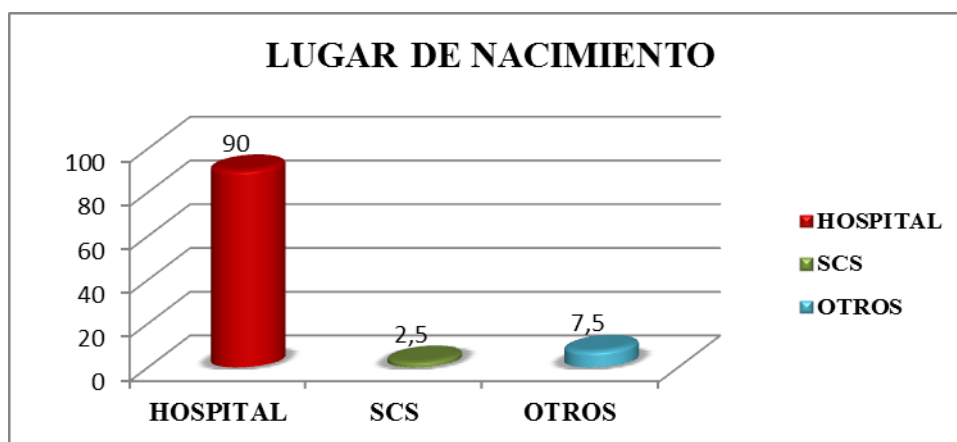
ANÁLISIS

Es evidente que la mayoría de las madres de los recién nacidos atendidos pertenecen a la zona urbana, sin embargo los casos que durante la investigación presentaron mayor vulnerabilidad a morbilidad neonatal fueron madres pertenecientes a la parte rural del cantón San Lorenzo.” La disponibilidad y calidad del cuidado prenatal están sujetas a amplias variaciones de acuerdo con la situación geográfica, la atención sanitaria es de mayor calidad en la zona urbana que la rural teniendo esta última menos oportunidades de cuidados especializados y en consecuencia, una incidencia mayor de mortalidad perinatal”.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL LUGAR DE NACIMIENTOS DE NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

DONDE NACIÓ	NUMERO	%
Hospital	36	90
Sub centro	1	2,5
Otros	3	7,5

GRÁFICO N°13



Fuente: Revisión de la Historia Clínica Perinatal del Hospital Divina Providencia, 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

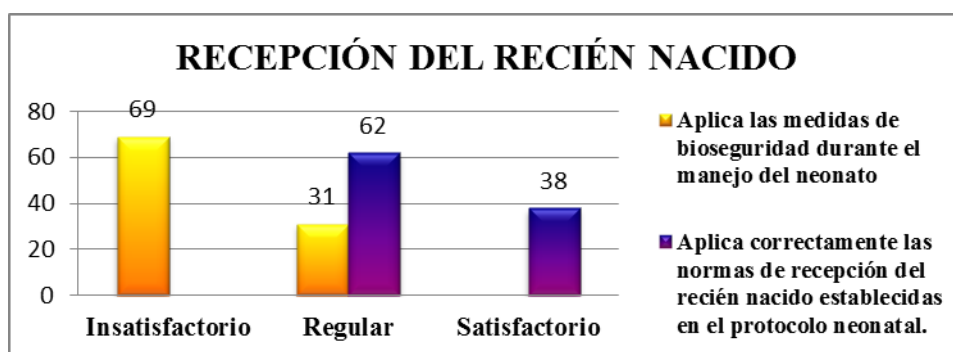
ANÁLISIS:

La mayoría de los partos fueron realizados en el hospital y en menor proporción pero significativo para el profesional de salud, están los partos realizados en subcentros de salud, desencadenando riesgo de morbi-mortalidad neonatal si fuesen partos prematuros, debido a la falta de insumos y equipamiento de estos lugares, así como partos contaminados por ser receptados en vehículos, evidenciando morbilidad del recién nacido. El parto es un proceso fisiológico normal que da a la embarazada una condición especial, el cual debe darse en condiciones de seguridad, higiene y profesional necesario para evitar complicaciones.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO NEONATAL DURANTE LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 14						
Recepción del RN	Insatisfactorio	%	Regular	%	Satisfactorio	%
Aplica correctamente las medidas de bioseguridad durante el manejo del neonato.	9	69	4	31		
Aplica las normas de recepción del recién nacido establecidas en el protocolo neonatal.			8	62	5	38

GRÁFICO N° 14



Fuente: Observación dirigida al personal de salud del área de Ginecología del HDP, 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

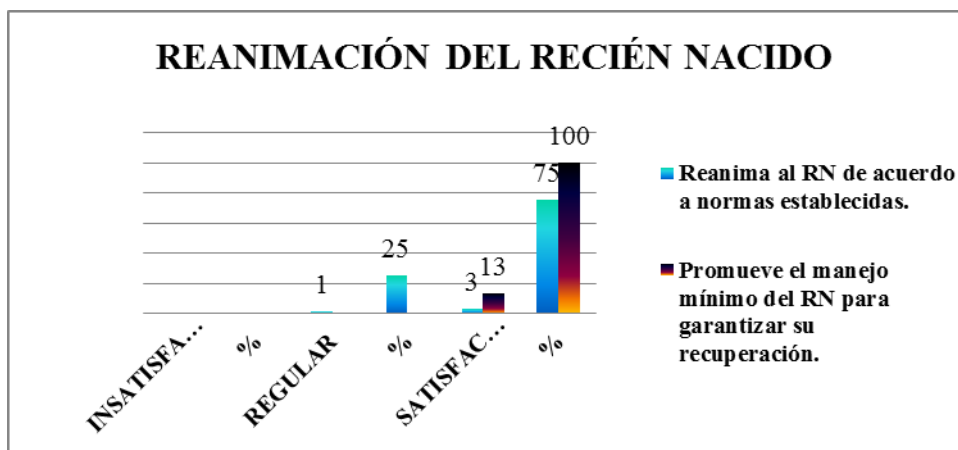
ANÁLISIS:

La mayoría de los profesionales de salud que laboran en el área de Gineco Obstetricia no aplican de manera satisfactoria las medidas de bioseguridad necesarias para prevenir la proliferación de microorganismo, el 69% de los profesionales no realizan el lavado de manos antes de atender al usuario lo que podría desencadenar en sepsis clínica perinatal, el 62% de éstos, no expresan calidez al recibir a la gestante, no realizan el examen físico completo limitándose a evaluar solo con Text de Apgar y Text de Capurro y si se evidencia alguna complicación como prematuridad, distréss respiratorio se refiere de inmediato.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO NEONATAL DURANTE LA REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 15						
Reanimación del RN	Insatisfactorio	%	Regular	%	Satisfactorio	%
Reanima al RN de acuerdo a normas establecidas.			1	25	3	75
Promueve el manejo mínimo del RN para garantizar su recuperación.					13	100

GRÁFICO N° 15



Fuente: Observación dirigida al personal de salud del área de Ginecología del HDP, 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

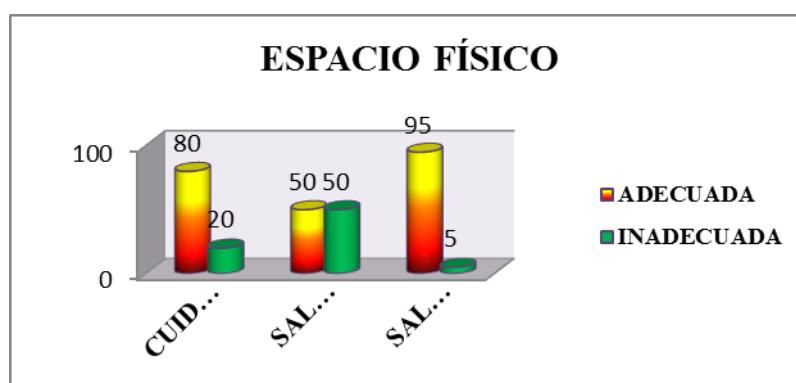
ANÁLISIS:

Se logró verificar que el 75% del personal médico aplica de forma adecuada la normativa de reanimación del neonato, probablemente porque se evidenciaron 2 casos de neonatos reanimados y porque solo presentaron casos que necesitaron administración de oxígeno a presión positiva y, en menor proporción existe falta de conocimiento en cuanto a reanimación neonatal. Frente a situaciones de riesgo el personal de salud promueve el manejo mínimo del recién nacido llegando a ser satisfactorio su accionar.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL ESPACIO FÍSICO DEL AREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 16		
ESPACIO FÍSICO	ADECUADA	INADECUADA
Cuidados intermedios	80	20
Sala de Servicio	50	50
Sala de Visita	95	5

GRÁFICO N°16



Fuente: Observación dirigida al personal de salud del área de Ginecología del HDP, 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

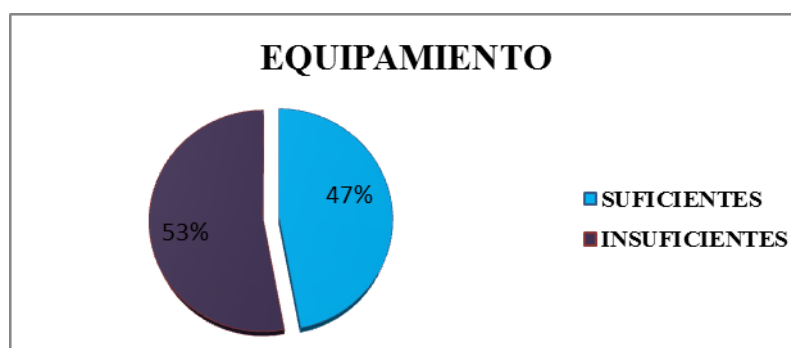
ANÁLISIS:

Se evidencia falta de espacio para la distribución de las diferentes salas de cuidados, pese a que en el área de Neonatología aún no se encuentra en funcionamiento debido a la falta de recurso humano, es necesario hacer mención que esta área está destinada a atender a neonatos que nacieran a partir de las 34 semanas gestacionales. El lugar donde actualmente se recepta al neonato se encuentra en condiciones inaceptables puesto a que dentro de el mismo lugar se atiende hasta dos partos, se ubica el servicio de Gineco Obstetricia, se realizan legrados, se reanima al Rn mórbido se coloca hasta 2 neonatos dentro de una misma termo cuna, observándose riesgo de infección, sin contar con el polvo que se filtra desde las mayas metálicas.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL EQUIPAMIENTO DEL AREA DE NEONATOLOGÍA Y GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 17	
EQUIPAMIENTO	%
Suficientes	47%
Insuficientes	53%

GRÁFICO N° 17



Fuente: Observación dirigida al personal de salud del área de Ginecología del HDP, 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

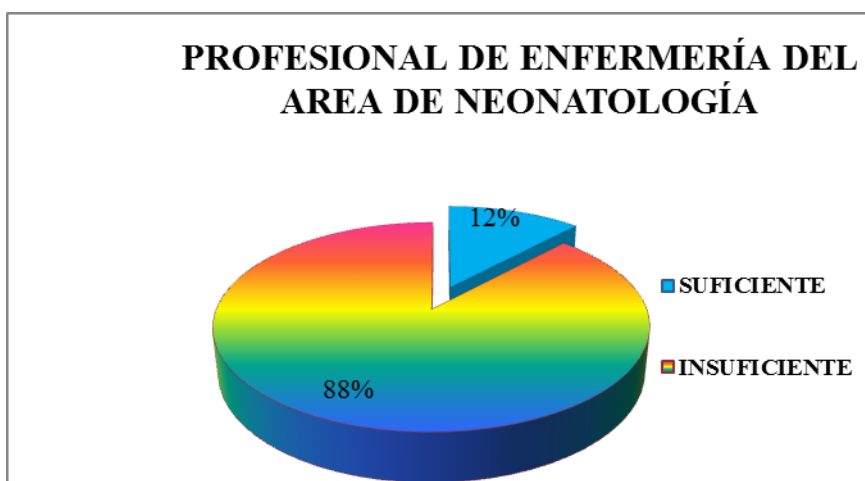
ANÁLISIS:

En la sala de Gineco Obstetricia se observó poco equipamiento disponible y en buen estado, para atender la demanda de partos que allí se realizan así como para monitorear al neonato que presenta problemas al nacimiento, puesto que existen problemas en cuanto al buen funcionamiento de éstos. Así como también la cantidad de insumos para atender es insuficiente, hace falta tirillas para glicemia, pilas para laringoscopio, naloxona, sangre completa (0 negativo), bicarbonato sódico al 4,2 %, sin los implementos necesarios no se puede garantizar la recuperación de los recién nacidos. Por todo ello el personal de salud se ve obligado de referir a otras unidades, saturando sus espacios y aumentando los índices de morbi-mortalidad de otras unidades cuando con una adecuada implementación de equipos y aplicación de procesos esto se evitaría.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL TALENTO HUMANO DEL AREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 18		
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL AREA DE NEONATOL	NUMERO	%
SUFICIENTE	2	12
INSUFICIENTE	15	88

GRÁFICO N° 18



Fuente: Observación dirigida al personal de salud del área de Ginecología del HDP, 2013
Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela.

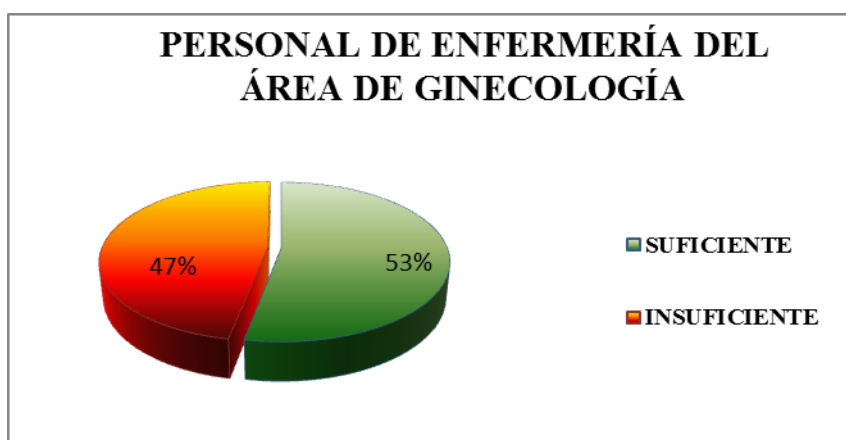
ANÁLISIS:

Se puede evidenciar que la institución no cuenta con suficientes profesionales para la administración de cuidados requeridos por los recién nacidos, quienes se encargan de su cuidado son las auxiliares y las pocas enfermeras que tiene el área de Gineco-Obstetricia. A esta unidad de salud acuden madres con problemas como son: rupturas prematuras de membranas, pre-eclampsia, eclampsia con compromiso de bienestar fetal, que dan como resultado neonatos mórbidos que son referidos por no existir personal necesario para cuidar de su recuperación y del tratamiento por parte de un especialista (Neonatólogo).

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA EN ABRIL–MAYO DE 2013.

TABLA N° 19		
RECURSO HUMANO DEL AREA DE GINECOLOGÍA	NUMERO	%
Suficiente	9	52,9
Insuficiente	8	47

GRÁFICO N° 19



Fuente: Observación dirigida al personal de salud del área de Ginecología del HDP, 2013

Elaborado por: Elena Zúñiga Orejuela

ANÁLISIS:

El insuficiente talento humano (personal médico y de enfermería) en dicha área, obliga al personal de salud a aumentar sus horas laborales, situándose en la necesidad de realizar horas extras para suplir las insuficiencias existentes, producto de ello se tiene un personal insatisfecho, con vacaciones por enfermedad, conflictos laborales, que no logran satisfacer las necesidades del usuario ni de la institución. Todo esto obliga a una atención desinteresada con falta de calidez y calidad, puesto que el cansancio sumado a la falta de equipos, espacio e insumos serían los determinantes directos, lo que pondría en riesgo la recepción, reanimación y recuperación del neonato mórbido.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó los factores determinantes de morbilidad y mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia, cantón San Lorenzo durante el período Abril – Mayo del 2013. Observando las causas predisponente de morbilidad neonatal.

El 45% de las madres de los neonatos en estudio representan al grupo etario de adolescentes, pese a que los embarazos en adolescente predispone riesgos en cuanto a crecimiento y desarrollo de la vida intrauterina, no se evidencia relación alguna entre la edad materna con morbilidad y mortalidad neonatal.

En algunas literaturas se hace mención de la importancia que tiene el nivel cognoscitivo de la gestante antes durante y después del embarazo, puesto que del nivel de comprensión, que tenga la mujer de su vida reproductiva, dependerá el tipo de embarazo que presente, sea éste normal o de riesgo. Sin embargo no se observó analogía entre escolaridad materna y morbi-mortalidad del recién nacido.

El 85% de los casos en estudios viven en unión libre, pese a los condicionantes de éste descritos anteriormente no se estableció relación específica entre ésta condición y morbilidad neonatal.

La mayoría de las madres encuestadas se encuentran condicionadas por ingresos mensuales bajos, pese a que el nivel económico de la gestante depende el estado de salud del recién nacido, se observó una baja incidencia de neonatos prematuros y de bajo peso condicionados por mal nutrición materna producto de la influencia del recurso económico sobre su salud.

El 75% de las maternas, durante su gestación realizaron trabajos informales que demandan grandes esfuerzos, sin embargo en esta investigación el tipo de trabajo que la gestante realizó durante la gestación no influyó a complicaciones perinatales.

Durante la investigación se observó que el 32,5% de las madres de los neonatos atendidos presentaron más de 2 abortos, a pesar de ello no se relacionó el número de abortos que presentaron las madres de los neonatos atendidos con morbi-mortalidad del recién nacido.

El personal de salud representa una herramienta importante en cuanto a educación en prevención de embarazos con bajo peso, así como inducción de hábitos alimenticios adecuados. De las madres que presentaron bajo peso, un 5% de éstas influyó a morbilidad neonatal, evidenciándose recién nacidos prematuros y de bajo peso para la edad gestacional.

En esta investigación el 87,5% de las madres presentaron Infecciones de vías urinarias durante la gestación y debido a su tratamiento oportuno no se observó complicaciones fetales.

A pesar que la mayoría de las madres asistieron al número óptimo de consultas prenatales, es necesario mencionar que el (42,5%) de éstas concurren de 1 a 4 controles, estableciendo riesgo de morbimortalidad materna y neonatal, evidenciándose una relación de madres con bajo peso, menor número de consultas prenatales y recién nacidos prematuro y con bajo peso para la edad gestacional, este resultante se asemeja a un estudio realizado en México en el que enuncia que “a menor número de consultas prenatales mayor es el riesgo de morbi-mortalidad neonatal”.⁽²⁴⁾

A pesar de que gran parte de los neonatos atendidos tienen un peso aceptable para las posibilidades de vidas y una edad gestacional mayor de 37 semanas, se observó morbilidad por aspiración de meconio, evidenciando debilidad en el proceso de control de la labor de parto aumentando el riesgo de complicaciones maternas y neonatales, y solo en un 5% se evidenció neonatos pre término.

Las madres que viven en zona rural en comparación con las que viven en la zona urbanizada presentaron mayor predisposición a riesgo de morbi-mortalidad neonatal, lo que hace pensar en las desigualdades existentes en las zonas rurales frente a la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, lo que explica los partos en vehículos como resultó en nuestra investigación evidenciando morbilidad neonatal y un aumento del riesgo de mortalidad si no se tomaran las medidas necesarias.

La mayoría del personal de salud que trabaja en el área de Gineco Obstetricia cumple de manera poco satisfactoria con las medidas de bioseguridad descritas en el protocolo normativo neonatal, las cuales están destinadas a prevenir complicaciones. Pese a ello no se

registró muerte perinatal por sepsis, lo cual crea discrepancias con una publicación de un artículo donde evidencia que “las medidas de bioseguridad son altamente contribuyente a la incidencia de sepsis en los servicios de neonatología”.⁽²¹⁾

No se presentaron problemas mayores en cuanto a la reanimación al neonato, puesto que 75% cumple con la correcta aplicación de los estándares establecidos en normativo del recién nacido, esto probablemente se debe al hecho de que existió una baja incidencia de recién nacidos mórbidos.

La infraestructura, equipamiento suficiente son el cimiento importante para promover salud y obtener resultados positivos, así como condiciones higiénicas adecuadas, sin estas bases fundamentales, no es posible garantizar la recuperación del recién nacido mórbido. A pesar de que los equipos con que se atienden presentan fallas, las condiciones de espacio físico de la sala de Gineco Obstetricia son inadecuadas para recibir al recién nacido no se observó morbilidad y mortalidad neonatal por lo expuesto anteriormente.

El 88% representa la falta de talento humano (personal de enfermería) necesario para atender a los recién nacidos en estudio, esto quizás se deba al problema de seguridad que tiene el Cantón por ser zona fronteriza, condicionando de esta manera la recuperación del recién nacido debido al poco interés que tienen algunos profesionales de trabajar en la institución.

La baja incidencia de morbilidad del recién nacido, probablemente se debe al hecho de que no se está trabajando con embarazos y neonatos de riesgo, lo que explicaría que en este estudio no se observare mortalidad neonatal.

CONCLUSIONES

Conforme a los resultados encontrados se concluye lo siguiente:

1. Las principales causas que determinan la morbilidad neonatal se encuentran ligadas al estado nutricional de la madre, condición económica, edad gestacional y peso del recién nacido, lugar de procedencia, y la poca asistencia a los controles pre natales. Pese a ello no se observó muerte neonatal debido a las referencias realizadas por el personal médico hacia el Hospital Provincial de Esmeraldas.
2. Los grupos de neonatos que presentaron mayor vulnerabilidad a morbilidad neonatal fueron aquellos recién nacidos que nacieron con riesgo de sepsis por partos contaminados debido a la recepción del recién nacido en vehículos, por ser procedente de la zona rural, bajo peso para la edad gestacional, prematuridad y aspiración de meconio en relación a la prolongación de las horas de parto y a un manejo inadecuado de la labor de parto.
3. El personal de salud no cumple con todas las normativas o protocolos destinados a prevenir complicaciones con el recién nacido durante el parto, es así que no realiza el examen físico completo, no expresa calidez al ingreso de la gestante a la sala de parto, omiten la colocación de la manilla de identificación al neonato, no realiza el lavado de manos antes de asistir a la embarazada, demostrando poco interés ante las medidas de bioseguridad la cual es de fundamental importancia para disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.
4. La falta del 88% de talento humano del área de neonatología, necesarios para la atención a la madre y recuperación materna y neonatal, obliga al personal que labora en el Hospital Divina Providencia a realizar referencias a otras unidades de salud, poniendo en riesgo la vida del recién nacido durante las horas que tardan en llegar hasta la unidad referida. El reducido espacio físico en el que actualmente se atiende incrementa la posibilidad de partos contaminados y a su vez la morbilidad

neonatal. Los equipamientos en mal estado disminuye la actuación oportuna del personal de salud en la atención de la madre y el recién nacido. Frente a esto puedo concluir que a pesar de las condiciones higiénicas en las que se atiende, así como el reducido espacio, insumos, equipos en inadecuado estado, recurso humano deficiente, en esta unidad de salud no se evidenció mortalidad neonatal durante el periodo de estudio lo cual se asocia a las referencias de casos graves a otras unidades de mayor complejidad, aumentando la incidencia de éstos cuando la problemática se originó en el Hospital Cantonal.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se consideró las recomendaciones siguientes:

1. Promocionar los servicios que tienen las unidades de primer y segundo nivel, que están destinados a la gestante, por medio de las visitas domiciliarias, estaciones radiales y televisivas, con el involucramiento de las principales autoridades del cantón San Lorenzo y el sector de la salud, con la finalidad de persuadir a la embarazada a mejorar la situación de salud y calidad de vida.
2. Realizar talleres dirigidos al personal de salud con la finalidad de que se impulse la investigación sobre la incidencia de casos vulnerables a morbilidad y mortalidad neonatal, potenciando la calidad de atención a la embarazada, neonato y familia.
3. Que se designen profesionales dispuestos a evaluar de manera continua la aplicación efectiva de las normas y procedimientos destinados a la correcta recepción y reanimación del recién nacido así como también valorar si la educación brindada por el personal de salud da respuesta a los interrogantes maternos y está destinada a mejorar la recuperación del neonato mórbido, estando éste dentro o fuera de la unidad de salud.
4. Solicitar a las autoridades de esta casa asistencial a que se realice gestión destinada a dotar de insumos, materiales, recurso humano y mejora del espacio físico, necesario para garantizar la atención de calidad, la salud materna, del personal de salud y del recién nacido con el fin de disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad neonatal por partos contaminados.
5. Mejorar la calidad de los controles prenatales en las unidades de atención primaria, realizando captación temprana de la gestante, concienciando de la importancia y beneficios de éstos, así como el buen llenado de la historia perinatal para aclarar dudas en el personal de salud que labora a nivel hospitalario, aportando a la realización de un buen diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Bonito Rogelio. (2012). Manual de Neonatología. *Hijo de madre diabética, de madre VIH positivo, de madre con adicción a drogas y alcohol*. (2^{da} ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. Pág. (264, 266, 422,).
2. MSP. Componente Normativo Neonatal. (Agosto 2008). *Recepción del recién nacido, Reanimación del recién nacido*. Pág. (13-23; 33-37).
3. Lowdelmilt. (1998). Enfermería Ginecológica. *Categoría de factores de riesgo*. Editorial: Haucourt/Océano S.A de C.V. Pág. 702-703.
4. María de la Luz Balderas. (2012). Administración de Servicios el Enfermería. *Calculo del personal de enfermería*. Mc. Graw Hill Interamericana. Pág. 187-191

WEB GRAFÍA

5. José Botella Llusíá, José A. Clavero Nuñez. (1993) Tratado de Ginecología. Embarazo Normal, Embarazo Patológico. (14a ed.). Madrid: Díaz de Santos, S.A.
6. Diego Ayuso Murillo. (2012). La Gestión de Enfermería y la División médica como Dirección Asistencial. *Recursos Humanos*. Madrid: Díaz de Santos, S.A. pág. 336
Disponible en:
http://books.google.com.ec/books?id=f9noCdze8s8C&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false
7. Tamez Raquel y María Silva. (2008). Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. *Estructura y Organización de la UCI Neonatal*. (3ra ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana. Pág. 1-3,- 5.

8. Enciclopedia médica, disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001563.htm>
9. Arturo López, Elisa Zapico, Carlos Ortea sala de neonatología (PDF) disponible en:
<http://www.ate.uniovi.es/8695/documentos/trabajos%202009-10/bio%201%BA%20trabajos%202009/27%208.30/Neonatologia.pdf>
10. <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art06.pdf>
11. <http://dspace.esoch.edu.ec/bitstream/123456789/1901/1/94T00080.pdf>
12. PDF: Díaz O., Suellen. Girart. C., Josycarly. (Marzo 2009). Tesis. *Control Prenatal como Antecedente de Importancia en la Morbimortalidad Neonatal*. Barcelona. Pág. 105
Disponible en:
<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1134/1/Tesis.CONTROL%20P RENATAL.pdf>
13. PDF: Gramajo Aguilar Ana. (Septiembre 2001). *Morbi-Mortalidad Neonatal*. Guatemala. Pág. 61
Disponible en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8484.pdf
14. PDF: Edgardo Camaripano Luis. (1999). Tesis. *Factores de Riesgo Perinatal en Pacientes que Ingresaron a Patología Neonatal*. Barquesimeto.
Disponible en:
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TW4.DV4C353F.pdf...>
15. PDF: Dra. Álvarez Vázquez Eugenia. (Mayo 2008). Tesis. *Factores de Riesgo para la Mortalidad Perinatal*. Río Blanco Veracruz.
Disponible en:
cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31126/1/alvarez%20vazquez.pdf
16. PDF: Zuleta. T. John. Gómez. D. Joaquín. Méndez. G. Omar. (2003-2004). *Análisis de la Mortalidad Neonatal en Medellín*.
Disponible en:
www.udea.edu.co/portal/.../analismortalidadperinatalmedellin.pdf
17. www.scielosp.org/pdf/rsp/v24n6/05.pdf
18. <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tesis-farina.pdf>

19. <http://www.who.int/hpr2/conference/products/Techreports/spanishdocs/infras-fnl-sp.pdf>
20. <http://www.salud.gob.ec/category/el-ministerio/estructura-msp/page/2/>
21. PDF: María Saucedo, Juana Buchanan y Myrna Vásquez. (2008). Artículos Originales. *Factores de Riesgo que Inciden en la Mortalidad Neonatal*. Pág.44
Disponibile en:
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMVol5-1-2008-7.pdf>
22. PDF: Equipo Funcional Maternidad Segura. (2011). *Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía*. Cundinamarca. Pág. 27
disponible en:
http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones87651006.pdf
23. PDF: Belkys Alvarenga, Sugey Bravo, Freddy Suárez, Amy Leytón, Antonia Moradel e Isabel Morales. (2003). Tesis. *Factores Asociados a Sepsis Neonatal*. Managua.
Disponibile en:
http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FInvestigacion%2FFactores_de_riesgos_asociados_a_sepsis_neonatal-EDIT-2.pdf. Pág. 12
24. PDF: Osorno Lorenzo, Watty Carolina, Alonzo Felipe, Dávila Jorge y Echeverria Manuel. (2008). Artículo Original. *Influencia de los Antecedentes Maternos en la Mortalidad Neonatal*. México. Pág. 732
Disponibile en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0812f.pdf>
25. Dr. Miguel Oliveros. (2004). Editorial. *Mortalidad Perinatal en Perú*.
Disponibile en:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/editorial.html#up>
26. <http://es.scribd.com/doc/98956432/Neonatalogia>
27. PDF: AIEPI Neonatal: Intervenciones basadas en evidencia - PAHO/WHO

Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2411&Itemid

ANEXOS

ANEXO N°1

ENCUESTA

OBJETIVO:

Identificar factores determinantes de morbilidad y mortalidad neonatal.

Preguntas

1. ¿Qué edad tiene usted?

14-17 años

22-25 años

18-21 años

25 ó más

2. ¿Cuál es el nivel de escolaridad que usted tiene?

Primaria

Superior

Secundaria

Ninguno

3. Usted es madre:

Casada

Unión libre

Soltera

Otro.....

4. Su ingreso mensual es de:

200 – 400

800 – 900

500 – 700

1000 ás

5. ¿Cuál es el tipo de trabajo que usted realiza?

.....

6. ¿Cuál es el número de abortos que usted ha tenido?

- Ninguno 4 o más abortos
1 a 3 abortos

7. Durante su embarazo usted presentó problemas de:

- Obesidad
Sobrepeso
Bajo peso

8. En el embarazo padeció usted de:

- | | |
|--|--|
| Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> | Infección de vías urinarias <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> | Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> |
| Preclampsia <input type="checkbox"/> | Otra..... <input type="checkbox"/> |
| Eclampsia <input type="checkbox"/> | |

¿Cuántas veces fue al médico cuando estuvo embarazada?

.....

ANEXO N°2

GUÍA DE REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA

OBJETIVO:

- ✓ Determinar las causas de mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia.
- ✓ Identificar grupos de recién nacidos con mayor vulnerabilidad a mortalidad y morbilidad.

1. ¿Cuáles son las causas de mortalidad neonatal?

	Sí	No
Asfixia neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sepsis clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de distrés respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prematurez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuál.....

2. ¿Cuál es la edad del RN?

	Sí	No
Menor de 32 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 – 34 semanas, 6 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 – 36 semanas, 6 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 – 41 semanas, 6 días.

42 semanas y más.

Cuál.....

3. ¿Cuánto pesó el RN al nacimiento?

.....

4. ¿Dónde nació el RN?

Casa

Hospital

Clínica

SCS

5. Lugar de procedencia del recién nacido.

Rural

Urbana

ANEXO N°3

FICHA DE OBSERVACIÓN #1

OBJETIVO:

- ✓ Determinar la aplicación de normas y procedimiento que realiza el personal de salud durante la recepción y reanimación del recién nacido.

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO			
	INSATISFACTORIO	REGULAR	SATISFACTORIO
ANTES DEL NACIMIENTO			
Recibe con calidez a la mujer en la unidad operativa y explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.			
Brinda tranquilidad y apoyo emocional continuo.			
Revisa la historia clínica, completa o actualice los datos.			
Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto.			
Revise la historia clínica, complete o actualice los datos, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.			
Asegúrese de solicitar y tener registro de todos los datos que interesan al Área de Neonatología en la Historia Clínica Perinatal.			

	Coordina con el Área de Obstetricia las acciones pertinentes. Prepare previamente y con suficiente antelación al parto al personal y a los equipos, insumos y medicamentos requeridos. Lava las manos y antebrazos con agua y jabón mínimo por 2 minutos.			
	Póngase barreras protectoras para el médico y prepare el equipo necesario para el RN.			
DESPUES DEL NACIMIENTO				
	Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pide a la mujer que deje de pujar.			
	Aspira la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial?			
	Verifica con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.			
	Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, lo desliza por encima de la cabeza del bebé?			
	Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, pinza dos veces y corta entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello?			
	Sostiene el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera?			
	Mantiene al neonato más abajo del periné materno?			
	Cubre al RN con un pañal limpio y caliente?			
	Pinza y corta el cordón umbilical cuando ha dejado de latir?			
	Coloca al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta?			
	Traslada al RN al área dispuesta de la recepción.			
Aplice el ABCD E:				
	A: Abrir vía aérea Está libre o no Coloca en posición de olfateo De ser necesario, coloca un pañal de tela limpio bajo los hombros Aspira secreciones; primero boca, luego nariz			
	B: Buscar la respiración Verifica si respira o no			

<p>C: Circulatorio. Evaluar: Color Llenado capilar Pulsos (arteria humeral, precordio)</p>			
<p>D: Drogas: Valora la administración de medicamentos y / o drogas a la madre 4 horas antes del parto.</p>			
<p>E: Evaluación Evalúa en forma general al paciente Respuesta al estímulo Tono Postura</p>			
SIMULTÁNEAMENTE INICIE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ATENCIÓN, P ACES:			
<p>POSICIONAR: Establece una vía aérea permeable, Mediante la posición de “olfateo” (cabeza ligeramente extendida), Colocamun pañal bajo los hombros, de ser necesario.</p>			
<p>ASPIRAR la vía aérea, (si es necesario): Aspira primero la boca y luego la faringe y nariz en busca de secreciones abundantes, sangre, heces, u otras secreciones.</p>			
<p>CALENTAR: Suministra calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante)</p>			
<p>ESTIMULA Y SECA: Con una manta caliente, frotando brazos, piernas, espalda y sobre todo la cabeza.</p>			
<p>Evaluar Después de las acciones iniciales y de cada paso de la reanimación, evalúa la condición del RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardiaca y color.</p>			
<p>Valora al RN con la Escala de Apgar , a los minutos 1 y 5 de vida del RN.</p>			
<p>Informa periódicamente a la madre y a su familiar sobre la condición del RN y las acciones que se están llevando a cabo.</p>			

	<p>CUIDADOS DE OBSERVACIÓN Succionarlas secreciones orofaríngeas si es necesario con la perilla de goma? Realiza el examen físico visual de la integridad anatómica (detectar malformaciones congénitas evidentes) y del sexo del RN. Evita los estímulos fuertes (ruido, luz, manipulación, etc.)</p>			
	<p>CUIDADOS DE IDENTIFICACION NEONATAL. Llenar la tarjeta de identificación neonatal haciendo constar: Nombre completo e historia clínica de la madre, fecha y hora del nacimiento, sexo del RN, tipo de parto. Identificar inmediatamente al RN mediante una pulsera en la condición muñeca o tobillo izquierdo.</p>			
	<p>Toma la impresión del pie izquierdo del RN (huella plantar) y del dedo pulgar materno en la historia clínica de la madre como registro.</p>			
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL				
	<p>Antes de quitarse los guantes, elimina los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.</p>			
	<p>Lava las manos minuciosamente.</p>			
	<p>Educa sobre la importancia de la lactancia materna precoz.</p>			
	<p>Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.</p>			
	<p>Instruye a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.</p>			
DESPUEÉS DE LA RECEPCIOÓN- REANIMACIOÓN DEL RN.				
	<p>Realiza el lavado de manos durante dos minutos antes de ingresar al servicio y 15 segundos para cada valoración</p>			
	<p>Realiza el examen físico completo y registro de datos en la historia clínica Realiza antropometría: medición de peso, talla y perímetro cefálico. Grafica estos datos en las curvas correspondientes.</p>			

Administra 1 mg de vitamina K intramuscular (muslo derecho) en recién nacido a término y 0.5 mg en recién nacido pretérmino.			
Aplica 1 gota de nitrato de plata al 1% o ungüento oftálmico de eritromicina al 0.5%.			
Calcula la edad gestacional por FUM, ECO, para determinar si el RN es a término, prematuro, posmaduro.			
Si no se dispone de estos datos, utiliza el test de Capurro Somático y para prematuros el test de Ballard modificado o la siguiente medición: Perímetro Cefálico +2 (Text De Capurro)			
Reconoce precozmente los signos de adaptación deficiente, si el RN no inicia o mantiene su función respiratoria normal o hay signos de enfermedad como ictericia precoz (en las primeras 24 horas de vida).			
Baña con agua segura tibia entre las seis y doce horas de vida, cuando la temperatura del RN se haya estabilizado y si el peso es > 2 000 gramos.			
Abriga al RN.			
PROTOCOLO DE REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO			
Asegura de tener dispuesto al personal, equipos, materiales, medicamentos e insumos para una RCP?			
Valora al RN con la Escala de Apgar, a los minutos 1 y 5 de vida del RN?			
Aplice el ABCD E:			
A: Abrir vía aérea Está libre o no Colocar en posición de olfateo De ser necesario, poner un pañal de tela limpio bajo los hombros Aspirar secreciones; primero boca, luego nariz			
B: Buscar la respiración Respira o no			
C: Circulatorio. Evaluar: Frecuencia cardíaca (FC) con fonendoscopio y en 6 segundos (multiplicar el valor obtenido por 10). La FC debería ser medida por un segundo reanimador. Color			

<p>D: Drogas: Administración de medicamentos y / o drogas a la madre 4 horas, antes del parto.</p>			
<p>E: Evaluación Evaluar en forma general al paciente Respuesta al estímulo Tono Postura</p>			
<p>Después de las acciones iniciales y de cada paso de la reanimación, evalúa la condición del/a RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardíaca y color?</p>			
<p>Si la FC es mayor de 100 lpm, pero persiste cianosis central, administra oxígeno a flujo continuo por mascarilla, a uno o dos centímetros de la vía aérea? Si con estas maniobras el RN se recupera, le mantiene en observación; de lo contrario, continua la reanimación?</p>			
<p>Administra oxígeno a presión positiva con ambú y mascarilla si: El/a RN no respira (apnea) o respira mal (gasping, respiración boqueante) La frecuencia cardíaca es < a 100 latidos por minuto?</p>			
<p>TERAPIA DE APOYO Evita la hipotermia y la hipertermia? Mantiene en una cuna de calor radiante? Vigila que la fuente de oxígeno funcione en todo momento durante la reanimación?</p>			
<p>SEGUIMIENTO Si la frecuencia cardíaca es > a 60 lpm, suspende el masaje y continúa a la ventilación a presión positiva? Una vez que la frecuencia aumente a más de 100 lpm y el/a RN recupere la autonomía respiratoria, suspende el oxígeno por ambú y mantiene a flujo continuo por mascarilla?</p>			
<p>Vigila permanentemente la FC, color, temperatura, dificultad respiratoria con la Escala de Downes?</p>			

FICHA DE OBSERVACIÓN #2

OBJETIVO:

- ✓ Determinar la disposición de espacio físico, equipamientos y talento humano con el que cuenta el área de neonatología.

EQUIPAMIENTO DISPONIBLES EN EL AREA DE NEONATOLOGÍA		
	Suficiente	Insuficiente
Cunas		
Incubadoras		
Cunas térmicas		
Monitores		
Oxímetros de pulso		
Luces de fototerapia		
Respiradores		
Mesa de reanimación.		
Fonendoscopio.		
Fuente de oxígeno con flujómetro listo para su uso.		
Bolsas de reanimación (tipo Ambú o similares)		
Mascarillas para prematuros y RN a término.		
Equipo de administración de O ₂ a presión positiva		
Perilla de caucho.		
Equipo de succión estéril.		
Laringoscopio con pilas funcionando y hojas neonatales rectas		
Foco de reemplazo para laringoscopio.		
Tubos endotraqueales: 2.0 / 2.5 / 3.0 / 3.5 / 4 mm.		
Equipo para cateterizar vasos umbilicales con catéteres 3.5 Fr. y		
Esparadrapo poroso, llave de 3 vías, tijeras, pinzas, equipo de		
Hoja de bisturí.		
Equipo para medir glucosa con tirillas.		
Fuente de calor.		
MEDICAMENTOS		
Adrenalina (dilución 1:10 000)		
Bicarbonato de sodio al 4.2% (5 mEq/10 ml)		
Naloxona 0.4 mg/ml en Dextrosa en agua al 10 %		
Dextrosa en agua al 10%		
Solución salina al 0.9%		
Lactato de Ringer		
Bicarbonato de sodio		
Sangre completa (0 negativo)		

MATERIALES		
Guantes estériles		
Jeringuillas de varios tamaños		
Agujas		
Esparadrapo		
Torundas con alcohol		
Reloj con segundero		
Termómetro		
Cathlones #22 y 24		
Pinza de cordón		
Cintas para determinar glicemia		
ESPACIO FISICO		
Dimensiones por sala de:		
Cuidado intensivo = 14m ² por cuna		
Sala neonatal o área de nidos = 6m ²		
Sala de lactancia = 6m ²		
Sala de visitas = 4m ² por puesto		
Sala de servicio = 30% de la distribución total del servicio		
RECURSO HUMANO		
Neonatólogo		
Lcda. Enfermería especialistas en neonatología		
Enfermeras tituladas		
Auxiliar de enfermería		
Auxiliar de apoyo		

ANEXO N° 4



En una termocuna se ubican hasta 2 recién nacidos



En la actualidad existen incubadoras que no son utilizadas para alojar a neonatos pre término.



Monitores en mal estado impiden un buen diagnóstico.



Aplicación de encuesta y educación sobre control post natal.



En la parte superior se encuentran mallas metálicas sin mantenimiento por donde se filtra el polvo en el área de Gineco Obstetricia.



Dentro del área se encuentra una madre en labor de parto y otra en observación que decide comer dentro.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	TECNICA
Determinar las causas de morbi-mortalidad del recién nacido atendido en el Hospital Divina Providencia.	MORBILIDAD-	Cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados	Mórbido	Hijo de madre diabética Hijo de madre con VIH Hijo de madre adicta a drogas Hijo de madre con bajo peso	Si No	Revisión de historia clínica
	MORTALIDAD	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población	Muerte neonatal	Asfixia neonatal Sepsis clínica Síndrome de distrés respiratorio Recién nacido de bajo peso	Si No Cual	

<p>Identificar grupos de recién nacidos con mayor vulnerabilidad a mortalidad y morbilidad.</p>	<p>VULNERABILIDAD</p>	<p>Grado en el que un individuo puede ser propenso a desarrollar un trastorno bajo la acción de determinados estresores.</p>	<p>Recién Nacido</p>	<p>Pre-termino A termino Post-termino</p> <p>Peso</p> <p>Donde nació</p> <p>Procedencia</p>	<p>Si No</p> <p>Menor de 2500 g 2500 g a más</p> <p>Casa Hospital Clínica SCS</p> <p>Zona rural Zona Urbana</p>	<p>Revisión de historia clínica</p>
---	-----------------------	--	-----------------------------	---	---	-------------------------------------

<p>Determinar la aplicación de normas y procedimiento que realiza el personal de salud durante la recepción y reanimación del recién nacido.</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p>	<p>Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.</p>	<p>Personal médico: Neonatólogo</p> <p>Personal de Enfermería. Enfermeras especialistas en Neonatología Enfermeras tituladas. Auxiliares de Enfermería.</p>	<p>Recepción del RN</p> <p>Reanimación del RN</p>	<p>Utiliza las medidas de bioseguridad durante el manejo del neonato.</p> <p>Aplica correctamente las normas de recepción del recién nacido establecidas en el protocolo neonatal.</p> <p>Reanima al RN de acuerdo a normas establecidas.</p> <p>Promueve el manejo mínimo del RN para garantizar su recuperación.</p>	<p>Observación</p>
--	--------------------------	---	---	---	--	--------------------

<p>Determinar la disposición de espacio físico, equipamientos y talento humano con el que cuenta el área de neonatología.</p>	<p>ESPACIO FÍSICO Y EQUIPAMIENTOS</p>	<p>Se refiere a la disposición física de los puestos de trabajo, de sus componentes materiales y a la ubicación de las instalaciones para la atención y servicios tanto para el personal, como para los clientes.</p>	<p>Distribución de espacio físico</p> <p>Aparatos y equipos existentes</p>	<p>Área de nidos Cuidado intensivo Sala de lactancia Sala de visitas Sala de servicio</p> <p>Cunas Incubadoras Cunas térmicas Monitores Oxímetros de pulso Luces de fototerapia Respiradores</p>	<p>Adecuado inadecuado</p> <p>Suficiente Insuficiente</p>	<p>Observación</p>
---	---------------------------------------	---	--	--	---	--------------------

<p>Identificar factores determinantes de morbilidad y mortalidad neonatal.</p>	<p>FACTORES MATERNOS</p>	<p>Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones.</p>	<p>Antecedentes</p>	<p>Edad de la madre</p> <p>Controles prenatales</p> <p>Patología</p>	<p>14-17 años 18-21 años 22-25 años 26 ó más</p> <p>Sin controles prenatales o inadecuado 4 a más controles prenatales</p> <p>HTA Diabetes Preclampsia Eclampsia Infecciones de vías urinarias Infecciones de transmisión sexual</p>	<p>Revisión de Historia clínica Encuesta</p>
--	--------------------------	--	----------------------------	---	--	--

				Embarazo Primigesta 2-4 5 o más	Si No Cuántos	Revisión de Historia Clínica
				Abortos 1-3 4 o mas	Si No Cuantos	
				Educación Primaria Secundaria Superior Ninguna		

			Factores económicos	Ingresos mensuales	200 – 400 500 – 700 800 – 900 1000 y más	ENCUESTA Revisión de Historia Clínica
			Hábitos	Estado nutricional I.M.C	Obesidad Sobrepeso Bajo peso	
				Tabaco Drogas Alcohol	Si No	