



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



“SEDE ESMERALDAS”

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA

**LESIONES CUTÁNEAS TRANSITORIAS EN EL RECIÉN NACIDO
RELACIONADAS CON EL PARTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE
SE APLICAN EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA
PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DURANTE JULIO-AGOSTO
2012**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

VIELKA MILENE LEMOS MONTAÑO

DIRECTORA:

LCDA.MIRYAN GILER S.

ESMERALDAS, SEPTIEMBRE DEL 2012

INTRODUCCIÓN

La piel del recién nacido tiene unas peculiaridades anatómicas y fisiológicas cuyo conocimiento es imprescindible para establecer cuidados apropiados; además, la piel tiene un papel importante en la regulación del equilibrio hídrico y la temperatura, proporciona una barrera contra los gérmenes que pueden invadir el organismo y frente a la absorción sistémica de las sustancias que se aplican de forma tópica, entre las lesiones cutáneas neonatales transitorias hay un grupo con una evolución limitada a las primeras semanas o meses de vida.

Prácticamente la totalidad de los neonatos presenta alguna marca de nacimiento o lesión cutánea transitoria, hay pocos estudios sobre estos realizados en nuestro País que puedan analizar la frecuencia de estos trastornos, por ello uno de mis objetivos es conocer la prevalencia de las lesiones cutáneas en recién nacidos en esta casa asistencial y qué tipo de intervenciones aplica el personal de salud para mejorar esta situación.

La piel del recién nacido (RN) desempeña un papel fundamental en la transición desde el medio acuático intrauterino al aéreo fuera del útero, por esta razón lo importante es reconocer los diferentes tipos de lesiones, causas, características y tratamientos que se puede aplicar para evitar iatrogenias; en la mayoría de los casos las lesiones cutáneas no requieren tratamiento, pero es fundamental su reconocimiento y realizar un buen diagnóstico diferencial y de esta forma también evitar actitudes terapéuticas innecesarias que puedan ser perjudiciales, así como pruebas innecesarias que generen aún mayor ansiedad en los padres.

En la Provincia de Esmeraldas son muy frecuentes las lesiones cutáneas en el recién nacido, pero también es un problema que muchas personas desconocen, es por ello mi interés en realizar esta investigación de vital importancia para padres de familia y personal de salud de todas las instituciones públicas y privadas, para tener niños sanos y sin secuelas que vayan a interferir en el buen crecimiento y desempeño de su vida cotidiana.

La diversidad de las lesiones cutáneas que se tratarán, son aquellas más comunes que se presentan en los recién nacidos que son atendidos en el área de Neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, aquellas que nos pueden tomar por sorpresa sin saber ni siquiera que existen y otras que son comunes y fáciles de detectar.

Es importante que el médico en formación, el pediatra, las/los enfermeras/os y todo el personal de salud reconozcan las diferentes lesiones cutáneas transitorias del neonato para poder orientar a los padres y familiares del recién nacido acerca de éstas, disminuyendo su inquietud, ya que son de carácter banal.

En esta investigación se pone de manifiesto los resultados de recolección de datos, encuestas y guía de observación, y se planificó estrategias para ayudar a disminuir esta problemática, que puede dejar secuelas irremediables en el futuro de muchos niños si no se interviene de manera oportuna.

Por todo lo expuesto en este trabajo se revisaron las lesiones cutáneas transitoria con mayor frecuencia y las más importantes en el recién nacido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 28 días desde su nacimiento, la definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido.

Durante los 30 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos.

Por otra parte existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve. Este hecho conlleva a una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil y que tienden a señalar signos patológicos.

El periodo neonatal constituye el de mayor riesgo en la edad pediátrica, la cual tiene su origen en problemas relacionados con el parto o con los primeros minutos de vida extrauterina.

En lo que respecta a las patologías del parto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopelvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido, una serie de problemas e incidencias pueden presentarse durante esta etapa y puede interferir en su eficacia si no son tratados adecuadamente.

El recién nacido requiere una serie de cuidados que le van a ayudar a superar el periodo de transición neonatal; en esta edad se puede evitar un porcentaje muy alto de patologías, no solamente descubriéndolas, sino intentando tratar algún tipo de enfermedad congénita; para ello debe recibir los cuidados necesarios, enseñando unas normas esenciales de puericultura a los padres, ya que de una forma muy importante la

patología neonatal se va a deber a una mala aplicación o desconocimiento de las normas y cuidados.

Una adecuada asistencia del recién nacido contribuye ostensiblemente a mejorar la calidad de vida de la familia por ello es necesario, pues, que los profesionales de enfermería adquieran conocimientos acerca de todo lo concerniente al recién nacido y comprendan los principios básicos en que se fundamenta la atención del mismo.

El neonato presenta una serie de lesiones cutáneas transitorias relacionada con el parto que puede producirse bajo una variedad de circunstancias propias de esta época de la vida, que casi nunca necesitan ser tratadas y que, sin embargo, deben ser reconocidas para tranquilizar a los padres y así evitar iatrogenia con el empleo de sustancias innecesarias y cuidados inadecuados que pueden producir trastornos físicos en el recién nacido.

Recordemos que la integridad y buen desarrollo de un recién nacido depende del personal de enfermería y la familia que deben tener la capacidad para detectar lesiones cutáneas en los bebés y así brindarles los cuidados necesarios para la lesión que presenten.

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, de las cuales apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales; el cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad a causa de los partos distócicos que puedan presentarse si no se hacen el debido chequeo durante el embarazo, de hecho, el 11,9 % de las muertes maternas y neonatales en Ecuador, en el 2009 tuvieron como causa directa complicaciones en la labor de parto.

Cada año, 4 millones de recién nacidos mueren en las primeras cuatro semanas de vida, explicando el 40 % de todas las muertes entre los niños menores de 5 años.

Hasta un 50 % de las muertes ocurren entre las primeras 24 horas y un 75 % de recién nacidos fallecen antes del séptimo día; en Ecuador, según ENDEMAIN 2007 la tasa de mortalidad neonatal fue de 17 x 1000 nacidos vivos; la sepsis bacteriana relacionada con las lesiones cutáneas del recién nacido, la dificultad respiratoria y el síndrome de aspiración neonatal se mencionan como causas de muerte en este período.

Anualmente nacen 140 millones de niños en el mundo, 19 millones en los países desarrollados, 14 millones en países con desarrollo mínimo, de estos 3,3 millones fallecen en la primera semana de vida; las defunciones ocurridas en el primer mes de vida están directamente relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto y nacimiento.

De lo anterior podemos deducir que para mejorar la atención de los recién nacidos, hay que mejorar la supervivencia y los riesgos de discapacidad, por ello es necesario realizar acciones coordinadas de prevención, y brindar atención de alta calidad a la mujer en el embarazo, parto y postparto en conjunto con su recién nacido.

La presente investigación se llevó a cabo en la sala de parto y área de Neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo donde laboran profesionales de la salud al cuidado de los recién nacidos y donde asisten, adolescentes y jóvenes de todos los estratos sociales del Cantón para hacer atender sus partos, lo cual nos permitió analizar la incidencia de las lesiones cutáneas en los recién nacidos relacionadas con el parto y los cuidados de enfermería que en esta casa asistencial aplican.

En el servicio de neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas, dentro de las causas más frecuentes están las lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto que no se logra detectar en su mayoría; por ello la exploración física permite valorar la normalidad y detectar las anomalías del recién nacido.¹

¹ ENDEMAIN 2007: Encuesta demográfica y salud materna e infantil.

Se realizó este estudio basado en hallazgos para conocer la incidencia de lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto así como los cuidados de enfermería que se relacionan con ellas.

Debemos tener presente que durante los últimos tiempos se ha observado un continuo progreso en los conocimientos en fisiología neonatal, así como en el diagnóstico y tratamiento de las patologías neonatales, el avance tecnológico ha sido inmenso, por su comprensión y utilización racional exigen al personal de salud un permanente esfuerzo y actualización a fin de no ser sobrepasado por la tecnología, por ello los médicos y enfermeras deben conocer los aspectos fundamentales de la neonatología ya que su contacto con los recién nacidos es frecuente y la atención neonatal su responsabilidad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Ante la poca importancia que se le presta a este tipo de lesiones que pueden tener secuelas irreparables en recién nacidos, planteamos las siguientes interrogantes:

Cuál es la prevalencia de las lesiones cutáneas transitorias en recién nacidos atendidos en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo?.

Cuáles son las causas de lesiones cutáneas transitorias en recién nacidos?.

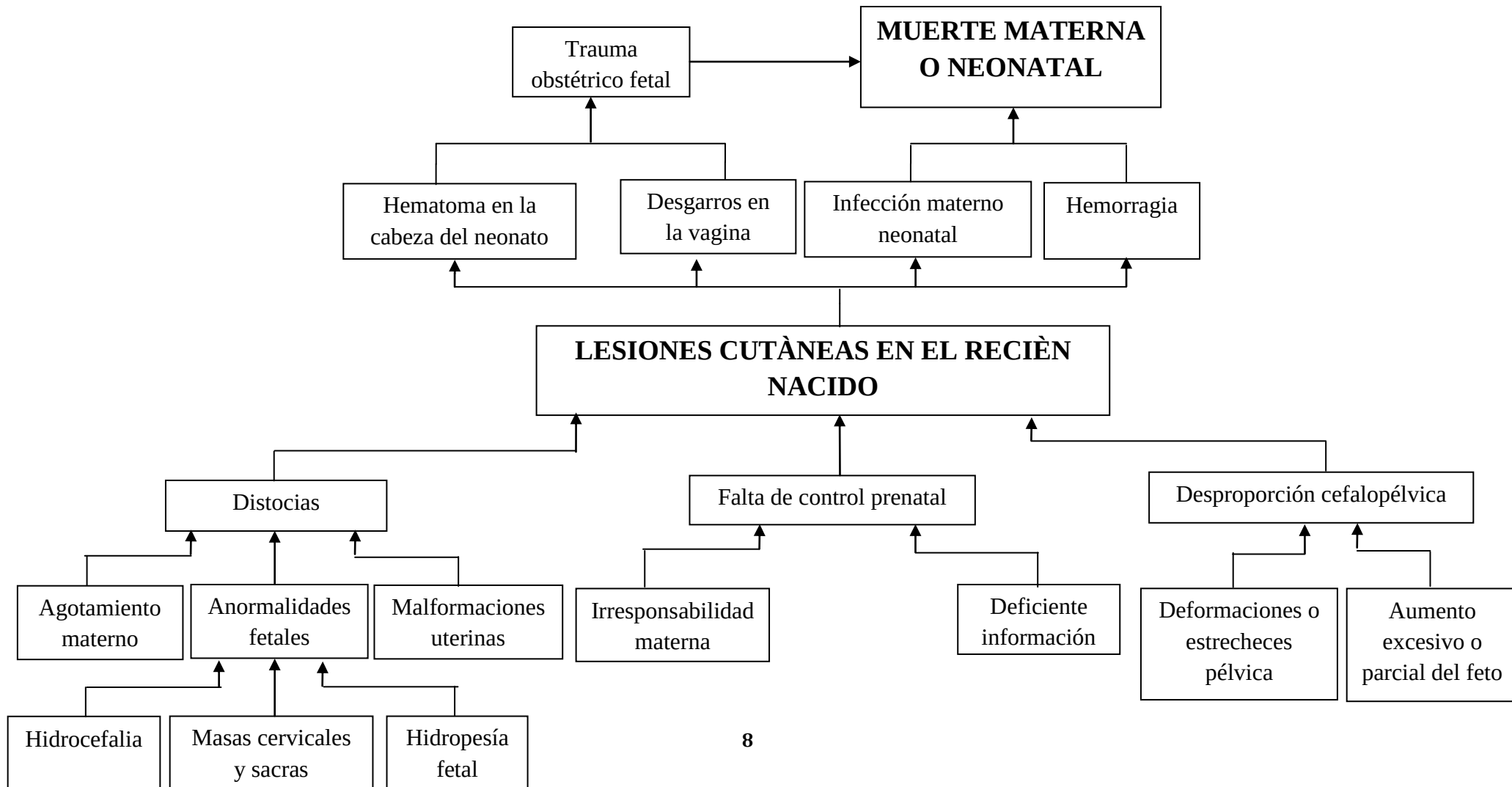
Cuál es el impacto familiar que provoca tener un recién nacido con secuelas a causa de lesiones cutáneas transitorias?.

Que actividades realiza el personal de salud con los padres de un recién nacido con lesiones cutáneas?.

Que tratamiento utiliza el personal de salud en los recién nacidos para tratar sus lesiones?.

Que secuelas irreparables puede dejar las lesiones cutáneas transitorias mal tratadas en un recién nacido?

ÁRBOL DEL PROBLEMA



JUSTIFICACIÓN

La diversidad de las lesiones cutáneas que se trataron, son aquellas más comunes que se presentan en los recién nacidos que son atendidos en el área de Neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, aquellas que nos pueden tomar por sorpresa sin saber ni siquiera que existen, y otras que son comunes y fáciles de detectar

Por medio de la elaboración de este trabajo, se logró conocer aquellas lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto que pueden diagnosticarse en recién nacidos, evaluando de esta manera cuales son los mejores pasos a seguir y qué medidas se deben de tomar en cuenta para ejercer una acción apropiada para cada una de estas lesiones ya sea por parte del personal de salud o los padres de familia.

Conocimos algunos tipos de lesiones cutáneas y las características de cada una de ellas, explicando porque se producen, como se puede hacer un diagnóstico de estas, como se debe tratar y en qué casos es recomendable acudir al médico; se expusieron de una forma clara y precisa, para que el uso y empleo de esta guía se facilite para todas aquellas personas que el día de mañana puedan necesitar información al respecto.

Se considera que es de vital importancia manejar todo este tipo de información, para que los padres tengan un conocimiento básico sobre los cuidados que deben aplicar en los recién nacido con lesiones cutáneas transitorias y así evitar iatrogenias en los bebés por la falta de conocimiento de sus cuidadores.

Es imprescindible como futura enfermera tener conocimientos básicos sobre los recién nacidos, ya que nosotras el día de mañana seremos representantes en cierto modo y tendremos un contacto directo con los neonatos y las madres, porque también seremos educadoras; por ello debemos estar preparadas para enfrentar diversas situaciones como las lesiones cutáneas en el recién nacido relacionadas con el parto, uno de los aspectos importantes de la profesión de enfermería es el cuidado directo con los paciente, que ayuda a diagnosticar patologías que estos presentan, mediante la exploración física y

neurológica del recién nacido, y que se logra exitosamente con la práctica hospitalaria diaria, la asistencia a cursos de especialización, la lectura de revistas y libros actualizados, para tener mayor conocimiento sobre estos problemas, y de esta manera realizar las intervenciones correctas y aplicar los cuidados de enfermería adecuados.

La familia de los recién nacidos, los neonatos, el personal de salud y la sociedad en general serán los grupos beneficiarios de este trabajo investigativo que servirá como guía para todos y cada una de las personas que tengan interés por saber más sobre este problema que se ve a diario en todas las casas asistenciales de nuestra Ciudad y País.

Considero que es necesario que se brinde educación a las madres preparto para que tengan en cuenta los cuidados necesarios en sus hijos recién nacidos si llegan a nacer con alguna lesión cutánea transitoria, además de educación sobre la importancia de realizarse los controles prenatales correspondientes; también cursos que muestren las causas, cuidados y consecuencias de este tipo de lesiones.

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar las lesiones cutáneas transitorias del recién nacido relacionadas con el parto y cuidados de enfermería que se aplican en el Área de Neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

ESPÉCIFICOS:

- 1.- Conocer la incidencia y prevalencia de las lesiones cutáneas transitorias del recién nacido relacionadas con el parto y cuidados de enfermería que se aplican en el área de Neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.
- 2.-Establecer y Describir las causas que provocan lesiones cutáneas transitorias a los recién nacidos en las salas de parto.
- 3.- Indicar el impacto familiar que provoca tener un recién nacido con lesiones cutáneas.
- 4.-.Determinar las acciones del personal de salud durante el proceso de parto en el área de quirófano del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.
- 5.- Plantear estrategias de atención dirigidas al personal de salud para que puedan disminuir, detectar y tratar las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido, disminuyendo así el índice de estas en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

HIPÓTESIS

- £ El manejo inadecuado materno fetal en la labor de parto, es el desencadenante para provocar lesiones cutáneas transitorias en recién nacidos.

- £ La falta de control prenatal aumenta el índice de lesiones cutáneas transitorias en recién nacidos relacionadas con el parto en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTE DEL ÁREA DE ESTUDIO

1.1. Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo

1.1.1. Antecedente

1.1.2. Áreas

1.1.3. Programas

2. EL PARTO

3. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DE PARTO

4. EL RECIÉN NACIDO

5. REVISIÓN DE LA FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO

6. VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1. Valoración en el periodo de transición o adaptación

6.1.2 Periodo inicial de reactividad

6.1.3 Periodo de inactividad relativa

6.1.4 Segundo periodo de reactividad

7. EXAMEN FÍSICO NEONATAL Y HALLAZGOS TÍPICOS EN LA PIEL DE UN RECIÉN NACIDO SALUDABLE.

8. LESIONES CUTÁNEAS TRANSITORIAS EN EL RECIÉN NACIDO

8.1. Caput succedaneum

8.2. Cefalohematoma

8.3. Equimosis facial

8.4. Abrasiones y heridas

8.5. Eritema toxico

8.7. Hemorragia subconjuntival

9. CAUSAS DE LESIONES CUTÁNEAS EN RECIÉN NACIDOS

9.1. Distocias

9.2. Desproporción cefalopelvica

9.3. Parto prolongado

9.4. Presentaciones anormales

9.5. Falta de controles prenatales

10. IMPACTO FAMILIAR

10.1 Factores que condicionan el impacto en la familia

10.1.1 Etapa del ciclo vital

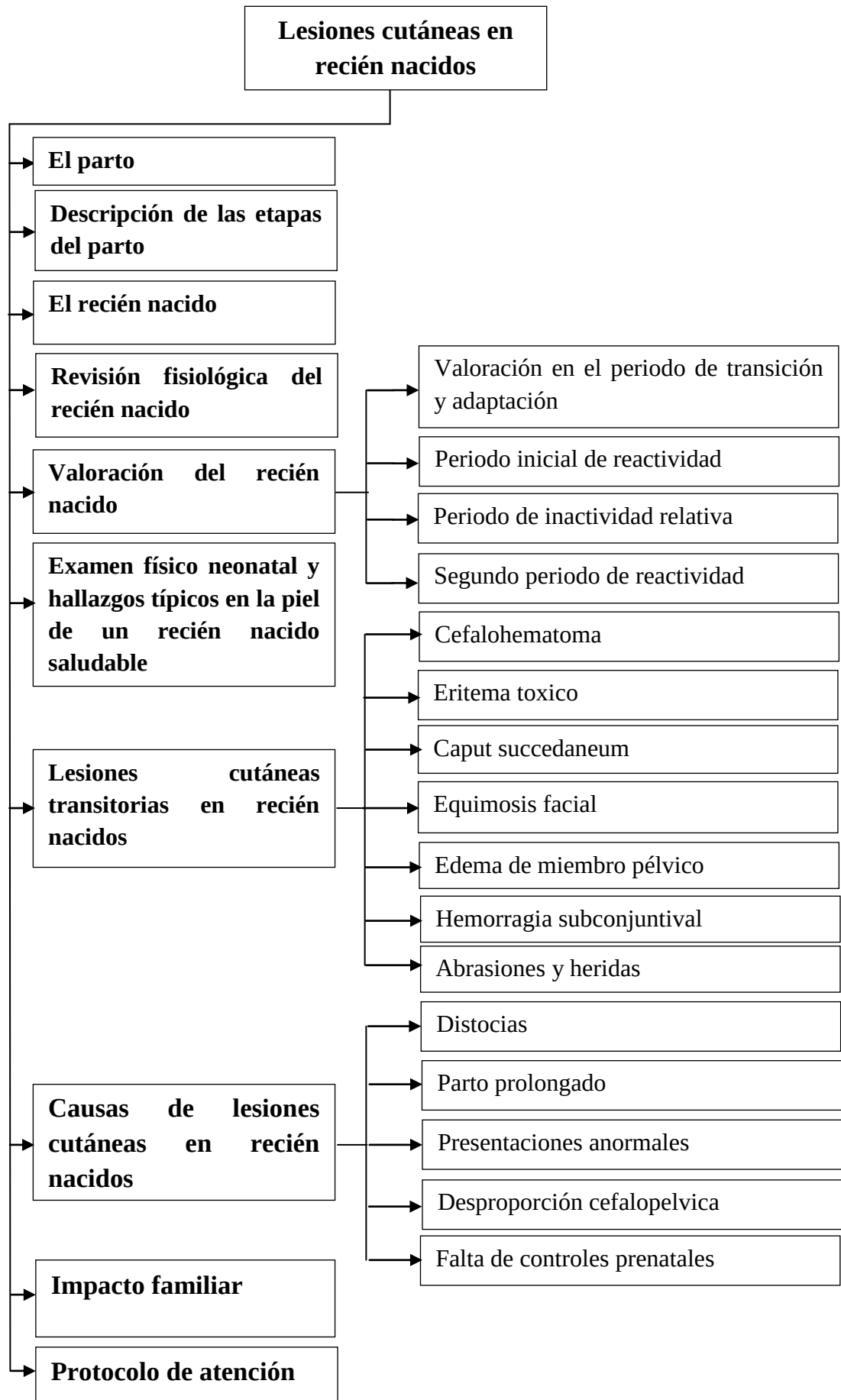
10.1.2 Flexibilidad o rigidez de roles familiares

10.1.3 Cultura familiar

10.1.4 Nivel socioeconómico

11. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS TRANSITORIAS EN RECIÉN NACIDOS

Esquema del marco teórico



MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Divina Providencia fue creado el 22 de marzo de 1978, tiene una extensión de 3.086 km cuadrados, su densidad de población es de 8.7 habitantes por km cuadrados, población total: 27.081 del cual un 90% es afro esmeraldeña, el 3% es indígena con dos etnias definidas: Pueblo Awá y el Pueblo Chachi; el otro 7% es mestiza.

El Hospital Divina Providencia fue creado en el Cantón San Lorenzo, el cual se encuentra ubicado al Norte de la Provincia de Esmeraldas, al Nor - Occidente del País.

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.

1.1 HISTORIA DE LA CREACIÓN DEL HOSPITAL

1.1.1 HOJA DE VIDA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS

La creación y desarrollo histórico del Hospital Divina Providencia del Cantón 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 entonces, Monseñor Barbisotti; quien encargo la administración del mismo a las misioneras Combonianas.

Con el venir del tiempo las necesidades del Hospital fueron aumentando debido a la demanda, ya que desde el comienzo se constituyo como un centro hospitalario de eficiente funcionamiento.

El gobierno Ecuatoriano, a través del ministerio de salud, apoyo la iniciativa y constituyo un fondo de ayuda anual que se incrementaba anualmente en 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, con fecha 31 de marzo de 1978 se expide el decreto de Fiscomisionalización del Hospital Divina Providencia, para regular dicha Fiscomisionalización se firma un convenio interinstitucional entre el Vicariato Apostólico de Esmeraldas con el Ministerio de Salud el 30 de junio de 1980: en el cual en forma clara se precisan las obligaciones de ambas partes con respecto a la marcha y administración del Hospital Divina Providencia.

En el lapso de tiempo fueron incrementándose los servicios, así tenemos que en 1981 se inaugura un pabellón de Pediatría con la contribución de Caritas de Suiza y en el año siguiente se inauguro otro pabellón Obstétrico con la ayuda del Estado Ecuatoriano y benefactores Suizos, por fin en 1983 se construye un pabellón para Rayos x (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 capacidad de 70 camas y 4 servicios básicos (**Pediatría, Clínica, Cirugía, Gineco-Obstetricia**)

El primer director fue el Dr. Aurelio Fuente C.

Actualmente el Hospital cuenta con las siguientes especialidades: **Hospitalización, Pediatría, Neonatología, Gineco-Obstetricia, Centro Quirúrgico, Emergencia, Consulta Externa**, además tienen los siguientes departamentos:

- £ **Enfermería**
- £ **Financiero (Contabilidad y pagaduría)**
- £ **Recursos Humanos**
- £ **Estadística**
- £ **Trabajo Social**

El 09 de mayo de 1988, el Vicariato Apostólico de Esmeraldas y la compañía de la **HIJAS DE LA CARIDAD** en persona de San Alba Arreaga visitadora de la Provincia, suscriben un convenio mediante el cual se comprometen a dar atención al Hospital Fisco Misional “Divina Providencia”.

La primera hermana sirvienta fue Sor Yolanda; se debe resaltar que las hermanas que inician la misión también cumplen su tiempo de labor y luego son reemplazadas para que nuevas hijas de la caridad sigan con esta misión.

El Hospital da atención de primera calidad ya que cuenta con el presupuesto del estado y ayudas extranjeras en medicamentos e implementos médicos.

2. EL PARTO

El parto natural o vaginal es un proceso fisiológico, en el que se anuncia la expulsión del feto y el contenido gestacional a partir de las veinte semanas hasta las cuarenta o cuarenta y un semanas de embarazo, este proceso cumple algunos periodos de evolución, en el cual también están implicados factores psicológicos y socioculturales.

El parto natural es una manera de dar a luz "con poca tecnología" al permitir que la naturaleza siga su curso; esto puede incluir:

- ✓ Pasar por el trabajo de parto y el parto sin la ayuda de medicamentos, incluidos analgésicos tales como epidurales.
- ✓ Utilizar pocas intervenciones médicas artificiales o ninguna de ellas, como el monitoreo fetal continuo o las episiotomías (cuando se realiza un corte en la

región comprendida entre la vagina y el ano, llamada perineo, para hacer lugar para el bebé durante el parto).

- ✓ Permitir que la mujer dirija el proceso de trabajo de parto y el parto de la forma que le resulte más cómoda

Muchas mujeres con embarazos de bajo riesgo eligen el modo natural para evitar los riesgos posibles que los medicamentos pueden plantear para la madre o el bebé.

Los analgésicos pueden afectar el trabajo de parto, por ejemplo, bajar la presión arterial, retardar o acelerar el trabajo de parto, provocar náuseas y generar sensación de falta de control.

2.1 Evaluación preparto

Se hace en base a la evaluación clínica de la paciente a través de la cual se puede determinar las características de la contracción uterina, la auscultación fetal y la madurez del cuello del útero. La paciente podrá manifestar en sus términos la presencia de las contracciones y la expulsión del tapón mucoso, datos que el facilitador de salud deberá confirmar a través de la palpación y el examen físico.

Los factores que influyen en el proceso de labor de parto son:

- £ Paridad.
- £ Condiciones de cérvix.
- £ Edad gestacional.
- £ Estado general materno.
- £ Intercambio placenta- feto.
- £ Colaboración de la paciente.
- £ Presentación y posición fetal.
- £ Integridad de las membranas.

2.2 Señales del trabajo de parto

Las señales del trabajo de parto varían de una mujer a otra, puesto que cada mujer lo experimenta de manera diferente, entre las señales comunes se pueden incluir:

- ***Expulsión del tapón mucoso (indicios de sangre)***

Es posible que se expulse por la vagina una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con algo de sangre, lo cual indica la iniciación del trabajo de parto.

- ***Cambios cervicales***

Dilatación mayor de 2 cm y borramiento mayor al 20%

- ***Contracciones***

La aparición de contracciones (espasmos musculares del útero) a intervalos de menos de diez minutos suele indicar el comienzo del trabajo de parto; a medida que el trabajo de parto avanza, las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas.

- ***Ruptura de las membranas de la bolsa amniótica (bolsa de aguas)***

El trabajo de parto a veces comienza con un flujo abundante o con el goteo de líquido amniótico, en caso de que se rompan las membranas de la bolsa amniótica, debe llamarse al médico o acudir a una casa asistencial de inmediato; la mayoría de las mujeres que rompen aguas empiezan el trabajo de parto dentro de 24 horas, si después de dicho tiempo el trabajo de parto aún no se ha iniciado, es probable que se indique la hospitalización de la embarazada para provocar el parto.

2.3 El parto se clasifica según su duración:

Parto a término: es el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.

Parto pretérmino: es el que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación.

Parto postérmino: cuando el parto ocurre después de las 42 semanas de gestación.

2.4 El parto se clasifica según su finalización en:

Parto eutócico: es el parto normal y es el que se considera que se inicia de forma espontánea en una gestante con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

2.5 El parto se clasifica según el comienzo en:

Parto espontáneo: cuando el feto presenta diversas variedades de presentación diferentes al vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.

Parto inducido- estimulado: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.

3. ETAPAS DEL PARTO

- δ Dilatación
- δ Expulsión
- δ Alumbramiento

3.1 DESCRIPCIÓN

3.1.1 Primera etapa del proceso de parto

Dilatación

Este periodo iniciación los primeros síntomas del trabajo de parto verdadero, hasta que comienza la expulsión del feto una vez alcanzada la dilatación completa es decir 10 cm de dilatación y 100% de borramiento, es la fase más larga del proceso de parto y en

cierto modo la más pesada en el sentido de que lo único que se puede hacer es pedir a la madre que colabore relajándose y respirando adecuadamente para oxigenar al niño.

Dentro de esta etapa se pueden diferenciar tres fases:

§ **Fase temprana o latente (0 a 4 cm)**-.Es cuando las contracciones empiezan a volverse más frecuentes y algo más intensas, no obstante, la molestia es mínima; el cuello uterino se dilata (se abre aproximadamente hasta tres o cuatro centímetros) y se borra (adelgaza), algunas mujeres pueden no advertir que están de parto si sus contracciones son leves e irregulares.

§ **Fase activa (dilatación de 4 a 7 cm)**-.Está definida por la dilatación del cuello uterino de 4 a 7 centímetros, las contracciones se vuelven más prolongadas, intensas y frecuentes (por lo general, cada 3 ó 5 minutos), la mujer siente sensación de dolor en el recto a causa de la presión que ejerce la cabeza de niño, así como malestar en las piernas, en promedio esta fase dura entre tres y cuatro horas para la madre primípara.

§ **Fase de transición (dilatación de 8 a 10 cm)**-.Durante la transición, el cuello uterino pasa de 8 a 10 centímetros, las contracciones suelen ser muy intensas, duran entre 60 y 90 segundos y se presentan cada pocos minutos; durante esta fase, la mayor parte de las mujeres sienten la necesidad urgente de pujar y experimenta una combinación de algunos síntomas como náuseas, vómito, temblores, irritabilidad, dolor de espalda lumbo-sacra, sudoración y escalofríos.

3.1.2 Segunda etapa del proceso de parto

Expulsivo

La segunda etapa del trabajo de parto o periodo de expulsivo se inicia al dilatarse por completo el cuello uterino y termina con el nacimiento del niño.

Comprende tres fases:

§ **Fase de latencia-**Es un periodo de reposo y calma relativos, la mujer está tranquila, receptiva y a menudo se relaja, cierra los ojos entre las contracciones; en esta etapa la actividad uterina disminuye en intensidad y frecuencia durante la parte inicial, pero al evolucionar la frecuencia de las contracciones se incrementa con intervalos de uno a tres minutos y duración de cuarenta y cinco a setenta segundos.

§ **Fase de descenso-** Se caracteriza por una inmensa urgencia de pujo a medida que se activa el reflejo de Ferguson cuando parte de la presentación presiona suelo pélvico. Conforme la presentación fetal desciende hacia la pelvis, se estimulan los nervios sacros y obsturadores iniciándose una necesidad urgente de efectuar esfuerzos de expulsión o pujos, a la vez que se estimula la liberación de oxitócina de la hipófisis posterior, lo que provoca contracciones uterinas expulsivas más fuertes.

§ **Fase de transición-**La parte de la presentación esta en el perineo y los esfuerzos de pujos son más efectivos para ayudar al nacimiento.

3.1.3 Tercera etapa del proceso de parto

Alumbramiento

La tercera etapa del trabajo de parto va desde el momento en que nace el niño hasta el alumbramiento, salida o expulsión de la placenta, la placenta esta adherida a la decidua del delgado endometrio sobre la capa basal mediante numerosas vellosidades fibrosas o de anclaje de manera similar como se adhiere un sello a la página de sello.

Después del nacimiento fetal, las contracciones uterinas prosiguen con la misma frecuencia y potencia acompañadas de la reducción del área de la superficie de la cavidad uterina que hacen que el punto de inserción de la placenta se encoja marcadamente, esto hace que las vellosidades de anclaje se rompan y se forme una hemorragia retroplacentaria haciendo que la placenta se separe de sus puntos de adherencia.

Por lo general, las contracciones fuertes se presentan a los siete y diez minutos después del nacimiento, provocando que la placenta se separe de la capa basal forzándose primero hacia el segmento inferior y luego hacia la vagina, tras lo cual acaba de expulsarse.

El alumbramiento puede durar de cinco a treinta minutos pero se puede esperar hasta cuarenta y cinco minutos, un tiempo superior a este indica retención placentaria.

4. EL RECIÉN NACIDO

El nacimiento es una experiencia intensa y agotadora desde el punto de vista funcional y emocional tanto para la madre como para el niño. Aun en los procesos normales, el neonato se ve sometido a cambios extremos cuando sale de un medio líquido y termoestable que satisface por completo sus necesidades vitales e ingresa a una atmosfera con presión variable, por ello requiere hacer modificaciones fisiológicas para sus necesidades, el ajuste fisiológico a la vida extrauterina es un proceso complejo y las primeras veinticuatro horas son las más críticas y de alta mortalidad debido a que la dificultad respiratoria y la insuficiencia circulatoria aparecen rápidamente y sin mayores signos premonitorios.

Es importante recordar que entre el 85-90% de todos los recién nacidos son normales, por lo tanto el contacto de las enfermeras con neonatos normales es frecuente.

Las condiciones para considerar a un recién nacido como normal son:

- δ Edad gestacional entre treinta y siete y cuarenta y una semanas.
- δ Peso adecuado.
- δ Examen físico normal.
- δ Embarazo y parto sin antecedentes patológicos que puedan afectar al niño.

Si las cuatro condiciones anteriores se cumplen, se puede considerar al neonato como recién nacido normal y que tiene bajo riesgo de presentar patología neonatal

Es importante señalar que más del 90% de los recién nacidos hacen una transición perfectamente normal que requiere mínima asistencia, el 10% restante requerirá algún procedimiento de reanimación.

El cambio más importante es la transición de la circulación placentaria o fetal a la respiración independiente.

5. REVISIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO

A continuación usted encontrara un resumen esquemático de lo que se considera normal desde el punto de vista fisiológico para el recién nacido; esta revisión está hecha por sistemas.

5.1. Sistema hamapoyetico

- δ Volemia 80 a 90 ml/kg de peso
- δ Eritrocitos cinco millones/mm³
- δ Hematocrito: 45/65%
- δ Hemoglobina: 16 a 18 gr
- δ Leucocitos: 20000/mm³
- δ Plaquetas: 150000/mm³

5.2 Sistema digestivo

- £ Limitada capacidad para digerir, absorber y metabolizar alimentos.
- £ Tiene enzimas para metabolizar proteínas y azúcares simples (monosacáridos) contenidos en la leche materna.
- £ Produce cantidades insuficientes de amilasa pancreática, por lo tanto no puede digerir polisacáridos (carbohidratos complejos).
- £ Tiene poca lipasa pancreática, por ende no puede metabolizar las grasas sobre todo ácidos grasos saturados de la leche de vaca.
- £ El hígado es el órgano mas inmaduro y esto se evidencia por que produce poca cantidad de:

- Glucoroniltransferasa, lo que produce cierto grado de ictericia por déficit de conjugación de bilirrubinas.
- Bajas concentraciones en factores de coagulación (protrombina) por lo tanto hay riesgo de enfermedad hemorrágica en el recién nacido.
- Las glándulas salivales secretan escasa cantidad de saliva.
- La capacidad gástrica es limitada.

5.3 Sistema urinario

- δ Anatómicamente esta completo, pero funcionalmente inmaduro. Tiene poca capacidad para concentrar orina.
- δ El volumen urinario en veinticuatro horas es de 200 a 300 ml.
- δ Densidad urinaria 1,006 a 1,012

5.4 Sistema tegumentario

- δ Anatómicamente están presentes todas las estructuras, pero inmaduras funcionalmente.
- δ La dermis y la epidermis están laxamente unidas y se separan con facilidad.
- δ Las glándulas sebáceas están activas desde la etapa intrauterina, prueba de ello es la presencia de vernix caseoso.
- δ El recién nacido puede retener sudor y por ello se forman vesículas sobre todo en la cara: a esta se la llama miliaria o sudamina.
- δ La producción de melanina es baja, por eso su piel es más clara de la que será en lo posterior y es más susceptible a los efectos nocivos del sol.

5.5 Sistema musculo esquelético

- δ El sistema muscular esta anatómicamente completo pero no está completamente desarrollado.

- δ El sistema esquelético tiene más tejido cartilaginoso que óseo, los huesos del cráneo son blandos y están separados por uniones membranosos.

5.6 Sistema endocrino

- δ Esta inmaduro, pero eficientemente desarrollado para mantener la vida.
- δ Por ejemplo, produce una baja cantidad de hormona antidiurética (ADH), por ello el recién nacido es susceptible a la deshidratación.
- δ En el recién nacido se puede observar el efecto de las hormonas maternas, que provocan una pubertad en miniatura, evidencia en los niños y las niñas por glándulas mamarias agrandadas, y en las niñas labios mayores y menores hipertróficos y en ocasiones presencia de pseudo menstruación.

5.7 Sistema nervioso

- δ Esta suficientemente desarrollado para sostener la vida la vida extrauterina.
- δ El recién nacido tiene reflejos primitivos que le permiten su supervivencia (succión, deglución).
- δ La mielinización del sistema nervioso procede según las leyes del crecimiento, se mielinizan primero los fascículos sensoriales, cerebelosos y piramidales y luego los fascículos motores.
- δ Lo anterior explica la agudeza de los sentidos del recién nacido.

5.8 Funciones nerviosas

- δ **Visión:** 20/50, limitada acomodación, visión en línea media aproximadamente a 30 cm.
- δ **Audición:** Agudeza igual a la del adulto, reacciona diferente según el sonido, los sonidos de baja frecuencia como la voz humana y la música suave los

tranquilizan, y los de alta frecuencia como motores, gritos y portazos les causan llanto.

- δ **Olfato:** Capacidad olfatoria igual a la del adulto.
- δ **Gusto:** Sabe diferenciar los sabores, por ello cambia de expresión facial según lo que ingiere.
- δ **Tacto:** Percibe adecuadamente todo el cuerpo, sin embargo las palmas y las plantas son más sensibles.

6. VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Desde el punto de vista pedagógico puede dividirse en tres etapas:

- δ Valoración inicial del recién nacido (test de Apgar).
- δ Valoración en el periodo de transición (antecedentes, características y hallazgos).
- δ Valoración periódica (examen físico sistemático y evolución).

Test de Apgar

Elaborada por Virginia Apgar en 1957, valora cinco parámetros:

- **Frecuencia cardíaca:** Contractibilidad cardíaca verificada en un minuto.
- **Esfuerzo respiratorio:** Verifica las condiciones de ventilación pulmonar.
- **Tono muscular:** Grado de flexión o resistencia al intentar estirar las extremidades.
- **Irritabilidad refleja o reflejos:** Reacción a los estímulos.
- **Color de la piel:** Oxigenación de los tejidos.

El test de Apgar se realiza asignando puntuaciones de 0,1 o 2 a cada uno de los parámetros, estos valores se suman y dan la puntuación de Apgar.

Puntuación

- ℵ 0 a 3 Depresión respiratoria grave.
- ℵ 4 a 6 Depresión respiratoria moderada.
- ℵ 7 a 10 Depresión respiratoria normal.

£ Se valora a los niños al primer y quinto minuto de vida. Esto permite hacer una correlación entre las condiciones del nacimiento y su supervivencia.

£ En los niños con Apgar mejor a siete, valorar cada cinco minutos hasta los veinte minutos o hasta obtener dos puntuaciones iguales.

Esta valoración permite realizar un screening de riesgo de daño neurológico.

6.1 VALORACIÓN EN EL PERIODO DE TRANSICIÓN O ADAPTACIÓN

Corresponde a las seis primeras horas de vida del niño, se divide en tres etapas muy marcadas:

- § Periodo inicial de reactividad (treinta primeros minutos).
- § Periodo de inactividad relativa (treinta minutos a tres horas).
- § Segundo periodo de reactividad (dos a seis horas).

6.1.1 *Periodo inicial de reactividad*

El recién nacido se encuentra alerta, llora vigorosamente, se succiona el puño, la frecuencia cardíaca, respiratoria y la producción del moco aumenta y la temperatura desciende. Este es el mejor momento para iniciar la lactancia materna.

6.1.2 *Periodo de inactividad relativa*

Se caracteriza por los siguientes eventos:

- £ Se estabilizan los signos vitales.

- £ Disminuye la producción de moco.
- £ El recién nacido presenta calma relativa somnolencia.
- £ Tiene mínima reacción a los estímulos.

6.1.3 Segundo periodo de reactividad

Se caracteriza por los siguientes eventos:

- £ El recién nacido se encuentra activo, alerta.
- £ Presenta reflejo nauseoso.
- £ Elimina meconio.
- £ Se estabiliza hemodinámicamente.
- £ Alerta periodos de sueño y actividad.
- £ Este es un buen momento para la eliminación.

Elementos para la valoración en el periodo de adaptación

- £ Monitorización de datos vitales.
- £ Frecuencia cardiaca: 120 a 140 por minuto.
- £ Frecuencia respiratoria: 40 a 60 por minuto.
- £ Temperatura: 36 a 37 °C
- £ Tensión arterial:

Sistólica 50 a 70 mm/Hg

Diastólica 25 a 45 mm/Hg

- £ Valoración respiratoria: A través de los test de Silverman o Downes.

7. EXAMEN FÍSICO NEONATAL Y HALLAZGO TÍPICO EN LA PIEL DE UN RECIÉN NACIDO SALUDABLE

7.1 *Vermix Caseoso*-. Es una sustancia gris blanquecina y oleosa que se observa recubriendo la piel del niño en el momento que nace, a esta sustancia se le atribuye una función de protección mecánica dentro del útero, como también se le asigna algún rol contra las infecciones.

7.2 *Lanugo*-. Un vello fino, suave y poco pigmentado cubre la espalda, los hombros y la cara, desaparece en las primeras semanas y es reemplazado por vello y pelo terminal en el cuero cabelludo.

7.3 *Descamación de la piel*-. Se ve en la mayoría de los recién nacidos normales, es fina y discreta, localizada o generalizada. Se inicia después del día y medio de vida y es máxima al 8 día; desaparece en forma espontánea en dos a tres semanas, si ocurre en el momento de nacer no es normal y puede indicar algún trastorno nutricional dentro del útero o algún inicio de otra enfermedad

7.4 *Ictericia*-. Es el color amarillo de piel y parte blanca de los ojos, por lo general se inicia al segundo día de vida, alcanza su máxima actividad al cuarto día y desaparece en forma espontánea y gradual entre los días 10 y 15, la ictericia temprana o sobre los valores normales significa patología y debe estudiarse, en el caso de los prematuros la ictericia es más precoz, es más elevada y dura más tiempo en desaparecer; se observa en el 60% de los recién nacidos a término y con mayor frecuencia en el prematuro

7.5 *Mancha Mongólica*-. Es una mancha o mácula azul grisácea y de tamaño variable, de etiología idiopática, por lo común está localizada en la región lumbar baja pero se le puede ver en otros sitios, es frecuente en nuestro medio, en la mayoría de los casos desaparece alrededor de los dos años.

7.6 *Fenómenos de inestabilidad vasomotora*-. La piel al nacer tiene un color rojo púrpura más pronunciado en las extremidades; este cambia con rapidez a un tono rosado, salvo en las manos, los pies y los labios donde la transición es más gradual, en

estas zonas lo que más se destaca es la tendencia a tornarse manos y pies morados o el llamado cutis marmorata.

7.7 Pubertad en miniatura- Se producen características similares a las vistas en la pubertad, producto de las hormonas maternas y placentarias, en el niño hay pigmentación del escroto y de la línea alba; en la niña, aumento de volumen de los labios mayores con flujo vaginal cremoso blanquecino, a veces hemorrágico, en ambos sexos puede haber turgencia y secreción de las glándulas mamarias.

8. LESIONES CUTÁNEAS TRANSITORIAS EN EL RECIÉN NACIDO

8.1 Caput succedaneum

La cabeza de un bebé nacido por parto vaginal a menudo presenta algún grado **de deformidad o moldeamiento**, que es cuando los huesos del cráneo del bebé se deforman y se superponen parcialmente, haciendo que la parte superior de la cabeza del bebé tenga una forma alargada, abombada, ovalada o, incluso, “aepinada”; este aspecto, que a veces puede resultar chocante, irá desapareciendo a lo largo de los primeros días de vida, a medida que los huesos del cráneo del bebé se vayan redondeando, a cabeza de los bebés que nacen por cesárea o de nalgas (con las nalgas o los pies primero) generalmente no presenta moldeamiento.

8.2 Cefalohematoma

Es una masa de sangre que se ha filtrado bajo la membrana protectora que recubre uno de los huesos del cráneo, generalmente está provocado por la presión que ejerce la cabeza del bebé contra los huesos pelvianos de la madre al atravesar el canal del parto; el edema se limita a un lado de la cabeza del bebé y, a diferencia del “tumor del parto”, puede tardar una o dos semanas en desaparecer, la rotura de las células sanguíneas del cefalohematoma puede determinar que el bebé presente una ictericia más pronunciada durante la primera semana de vida; es importante recordar que tanto los “tumores del parto” como el cefalohematoma se producen cuando ha tenido lugar un traumatismo

que ha afectado al exterior del cráneo, por lo que ninguno de ellos indica que se haya lesionado el cerebro del bebé.

8.3 Equimosis facial

Pueden aparecer después de partos traumáticos o en presentación podálica y cara; la incidencia es mayor en prematuros especialmente en trabajos de parto rápidos y mal controlados, cuando son extensas, pueden llegar a producir anemia y secundariamente ictericia significativa producida por la reabsorción de la sangre; habitualmente se resuelven espontáneamente en el plazo de una semana, el tratamiento no se requiere, la hiperbilirrubinemia resultante se trata con fototerapia; el pronóstico es bueno y la equimosis generalmente se resuelve en el lapso de una semana.

8.4 Abrusiones y heridas

En el cuero cabelludo, puede haber pequeñas heridas o abrasiones producidas por la aplicación de electrodos para la monitorización fetal, por la vacuoextracción, produciéndose un hematoma circular; se producen frecuentemente en partos distócicos secundarios a desproporción céfalo pélvica o en parto por fórceps, las injurias secundarias a distocias asientan en la zona de la presentación o en el sitio de aplicación del fórceps; tienen en general un aspecto lineal a ambos lados de la cara siguiendo la dirección del fórceps, estas lesiones en la gran mayoría de los casos son de resolución espontánea, en pocos días y no requieren tratamiento, se debe evitar el riesgo de infección secundaria.

8.5 Eritema tóxico

Es la erupción más frecuente, de etiología idiopática, se presenta entre el 20 al 60% de los recién nacidos a término, es rara en los prematuros, se inicia entre las 24 a 72 horas, presenta cuatro tipos de lesiones: maculas o manchas rojas, ronchas, pápulas y pústulas; desaparecen sin tratamiento, en forma espontánea entre el 7mo y 10mo días y no comprometen plantas ni palmas, en general el diagnostico es sencillo pero la presencia de pústulas obliga a diferenciarlos de una infección sobreañadida.

8.6 Hemorragia subconjuntival

A veces los padres se asustan al comprobar que el blanco de uno o ambos ojos del recién nacido está teñido de rojo, este fenómeno, denominado **hemorragia subconjuntival**, ocurre cuando se filtra sangre bajo la membrana que recubre el globo ocular debido al traumatismo del parto; se trata de algo completamente inofensivo similar a un morado, desaparece al cabo de varios días y generalmente no es indicativo de lesión ocular

9. CAUSAS DE LAS LESIONES CUTANEAS TRANSITORIAS EN EL RECIÉN NACIDO

9.1 Distocia

Dificultad en el parto. Incluye problemas de tipo dinámico o mecánico, tanto los causados por parte materna como por el feto. Las distocias maternas dinámicas están ligadas a alteraciones en la contracción del útero (falta de armonía en el tono, en la intensidad y en la frecuencia) que acaban impidiendo la progresión del parto. Entre las distocias maternas mecánicas se hallan las alteraciones de partes óseas (raquitismo, osteomalacia, desviaciones vertebrales, acondroplasia, etcétera) o blandas (malformaciones uterinas, septos, fibromas del segmento inferior uterino, placenta previa, quistes de ovario voluminosos, obstáculos vaginales o perineales); ambas acaban convirtiéndose en un grave obstáculo para el parto. Las distocias fetales se deben a un exceso del volumen fetal (macrosomías) o a posturas fetales incorrectas (presentación transversa, ausencia de flexión cefálica, etcétera). Tanto las distocias mecánicas como dinámicas pueden ser corregidas; en las dinámicas, la perfusión de occitócitos permite el restablecimiento de las contracciones eficaces y la progresión de un parto normal, mientras que en las distocias mecánicas la aplicación de fórceps o la cesárea resuelven la mayoría de los casos.

9.2 Desproporción cefalopelvica

Son aquellas vinculadas con alguna anomalía de la pelvis: tamaño, forma o inclinación; la desproporción también deriva entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico.

9.3 Parto prolongado

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas.

9.4 Presentaciones anormales

Describen la manera en que el feto se ubica para atravesar la vía del parto durante el nacimiento; la presentación se define por la actitud fetal, la parte que se presenta y las señales maternas y fetales pero a toda esta la presentación correcta es la cefálica y cualquier otra ajena a esta es una presentación anormal, como por ejemplo la podálica.

9.5 Falta de controles prenatales

La falta de controles prenatales es la ausencia del conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal; preparación física y psíquica de la madre para el parto y cuidado del RN, siendo este un factor imprescindible para evitar parto distócicos.

10. IMPACTO FAMILIAR

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

10.1 FACTORES QUE CONDICIONAN EL IMPACTO EN LA FAMILIA

Además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar, como son:

10.1.1 Etapa del ciclo vital

Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles, el impacto familiar será diferente en cada momento de la vida de una familia, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy “golpeada” por éstas, cuyo desenlace puede ser muy prometedor o realmente catastrófico.

10.1.2 Flexibilidad o rigidez de roles familiares

La enfermedad crónica supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser, en el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos; en el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede, el rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio.

10.1.3 Cultura familiar

Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar, este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad.

10.1.4 Nivel socioeconómico

No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable, evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la afectación en el recién nacido por las lesiones cutáneas se va a percibir en todos los ámbitos, la familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, etc.

11. PROTOCOLO DE ATENCIÓN NEONATAL

RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

La atención del recién nacido es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado recién nacidos en buenas condiciones.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

ANTES DEL NACIMIENTO

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

DESPUÉS DEL NACIMIENTO

- 8.** Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.
- 9.** Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.
- 10.** Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. **NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.**
- 11.** Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- 12.** Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncele dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.
- 13.** Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.
- 14.** Manténgalo más abajo del periné materno.
- 15.** Cubra al RN con un pañal limpio y caliente.
- 16.** Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir.

ℵ **NO SE APRESURE.**

ℵ **NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.**

ℵ **Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS.**

ℵ **M SP – HCU. Form. # 051**

17. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta, La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.

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

19. Aplique el ABCD E:

ℵ **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

ℵ **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

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

POSICIONAR:

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

ASPIRAR la vía aérea, (si es necesario):

- ✓ Aspire primero la boca y luego la faringe y nariz en busca de secreciones abundantes, sangre, heces, u otras secreciones.
- ✓ La aspiración de preferencia debe realizarse con una perilla de goma; si las secreciones son muy espesas se aspirará con una sonda de succión 8 Fr.
- ✓ No aspirar en forma brusca para evitar el reflejo vagal y no por más de 10 segundos.
- ✓ La presión de aspiración no debe sobrepasar los 100 mmHg (136 cc H2O).

- ✓ No rotar la cabeza del paciente.

CALENTAR:

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

ESTIMULAR Y SECAR:

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

21. Evaluar

- ✓ Después de las acciones iniciales y de cada paso de la reanimación, evaluar la condición del RN cada 30 segundos, en relación a su respiración, frecuencia cardiaca y color, el RN respira, tiene FC mayor de 100 lpm y está rosado, sólo necesita cuidados de observación.
- ✓ Si el RN presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y FC > 100 lpm, sólo requiere de aspiración.
- ✓ El RN necesita de reanimación si existe cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardiaca (< 100 lpm), presencia de líquido amniótico meconial (Ver “Reanimación del RN de Alto Riesgo”).

22. Valore al RN con la Escala de Apgar a los minutos 1 y 5 de vida del RN.

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

23. Informe periódicamente a la madre y a su familiar sobre la Condición del RN y las acciones que se están llevando a cabo.

24. CUIDADOS DE OBSERVACIÓN

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

25. CUIDADOS DE IDENTIFICACIÓN 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
- ✓ Valore al RN con la Escala de Apgar a los minutos 1 y 5 de vida del RN.
- ✓ La valoración de Apgar no debe ser utilizada como criterio para iniciar maniobras de reanimación, la misma que se inicia según algoritmo por la presencia de una de las 5 preguntas muñeca o tobillo izquierdo.
- ✓ Tome la impresión del pie izquierdo del RN (huella plantar) y del dedo pulgar materno en la historia clínica de la madre como registro.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL

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

27. Lávese las manos minuciosamente.

28. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO

29. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.

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

METODOLOGÍA

VARIABLES

DEPENDIENTE

- § Lesiones cutáneas en el recién nacido

INDEPENDIENTES

- § Tipo de parto
- § Causas de lesiones cutáneas
- § Actividades del personal de salud
- § Impacto familiar de lesiones cutáneas
- § Cuidados de enfermería en neonatología

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA
Lesiones cutáneas	Es toda alteración de la integridad de la piel	Primarias	Pápula Ampolla o flictena Vesícula	SI____NO	OBSERVACIÓN
		Secundarias	Caput succedaneum Cefalohematoma H.subconjuntival Heridas y abrasiones Edema	SI____NO	

Tipo de parto	Es el proceso fisiológico de la finalización del parto, en el que se anuncia la expulsión del feto de manera natural y normal o complicado dada las anomalías presentes.	Parto eutócico	Presentación y posición fetal normal Cooperación materna Parto a término	SI____NO SI____NO SI____NO	OBSERVACIÓN
		Parto distócico	Falta de cooperación materna Anormalidades fetales Desproporción cefalopelvica Falta de control prenatal	SI____NO SI____NO SI____NO	OBSERVACIÓN ENTREVISTA

Causas de lesiones cutáneas en el neonato	Son incidencias que se presentan durante el parto como factores que interfieren, para que el parto no se dé con normalidad.	Presentaciones anormales	Podálica De hombros Pélvica Transversa	SI____NO SI____NO SI____NO SI____NO	OBSERVACIÓN ENTREVISTA ENCUESTA
		Agotamiento materno	Dilatación prolongada Cansancio muscular	1-2 cm en 6 hrs 4-6 cm en 10 hrs 7-10 cm en 16 hrs Leve Moderado Severo	

		Falta de control prenatal	Identificación temprana del embarazo	SI____NO	OBSERVACIÓN ENCUESTA ENTREVISTA
			Control ecográfico	SI____NO Número de veces	
			Pelvimetría	SI____NO	
				Variación del peso	
		Macrosomía fetal	Factores maternos	Madre añosa Incidencia de diabetes gestacional	
			Factores fetales	Genéticos Hormonales	

			Inmadurez	SI____NO	
		Falta de cooperación materna	Miedo	SI____NO	
			Dolor	AGUDO CRÓNICO	ENCUESTA ENTREVISTA
			Estrecho pélvico superior	9-10 cm	
		Estrechez pélvica	Estrecho pélvico medio	10-11 cm	
			Estrecho pélvico inferior	8-10 cm	

Actividades del personal de salud	Conjunto de acciones planificadas llevadas a cabo por el personal de salud dentro o fuera del área, de carácter individual o grupal, que tienen como finalidad alcanzar los objetivos de la institución o área.	Medico	• Utiliza barrera de protección • Entrega el RN al pediatra • Realiza examen físico • Orienta a la madre durante el parto • Realiza la evaluación diaria del neonato y madre hasta el momento del alta	SI____NO SI____NO SI____NO	OBSERVACION ENCUESTA ENTREVISTA
		Enfermera	£ Instruye constantemente a la madre durante el periodo de labor de parto £ Participa en el periodo de expulsión colaborando y controlando se cumpla el protocolo de atención £ Alerta si existe alguna anormalidad	SI____NO SI____NO SI____NO	
		Aux de enfermería	✓ Equipa el área con insumos e instrumental necesario ✓ Traslada a la paciente al centro quirúrgico o sala de partos. ✓ Circula al médico ✓ Recibe al RN ✓ Traslada a la paciente y RN a hospitalización .	SI____NO SI____NO SI____NO	

Impacto	Es el golpe anímico positivo o negativo generado por una noticia sorpresiva o desconcertante como resultado de una complicación de la salud	Familiar	Tristeza Alegría Coraje Apoyo Rechazo Indiferencia	Numero Porcentaje	ENCUESTA OBSERVACIÓN
----------------	--	-----------------	--	---------------------------------	------------------------------------

Cuidados de enfermería en neonatología	Es reservar, guardar, conservar y asistir a un recién nacido por parte del personal de enfermería, lo cual implica controlar su estado con una cierta regularidad	Generales	✓ Vigilar que las sala de partos y neonatología estén preparadas para los diferentes procedimientos	SI____NO	OBSERVACIÓN ENCUESTA
				SI____NO	
			✓ Recibe al RN y da cuidados inmediatos	SI____NO	
			✓ Aseo e higiene de la piel y mucosas del neonato	SI____NO	
			✓ Realiza examen físico identificando signos y síntomas de complicaciones	SI____NO	
			✓ Proceder a obtener datos antropométricos	SI____NO	
			✓ Proceder a la correcta identificación del RN	SI____NO	
			✓ Realizar la primera valoración de enfermería, identificando los problemas principales de salud y estableciendo un plan de actuación	SI____NO	
			✓ Ante cualquier complicación avisar al médico de guardia	SI____NO	

1. TIPO DE ESTUDIO

En el proceso de la investigación se utilizó los siguientes tipos de estudios: ***Descriptiva, Exploratoria e Interpretativa***; las cuales permitieron describir, analizar, explorar e interpretar los aspectos relacionados con las lesiones cutáneas transitorias en recién nacidos relacionadas con el parto y cuidados de enfermería que se aplican en el área de neonatología de Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

1.1 Descriptiva.- Sé utilizó porque este tipo de estudio ayudó a describir, analizar los fenómenos y situaciones que envuelven la investigación, como también la importancia de este fenómeno y la atención que presta el personal de salud a personas que tienen recién nacidos con lesiones cutáneas transitoria en la sala de parto y neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo

1.2 Exploratoria.- Orientó a obtener una idea general de la investigación realizada dado el interés en investigar este problema que se ve a diario en todas las casas asistenciales.

1.3 Interpretativa.- A través de esta se interpretó la realidad a partir del análisis y desarrollo de la investigación; además de las afectaciones que esta presenta a nivel familiar.

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue de tipo cuali-cuantitativo, basándose en la observación, análisis, descripción e interpretación de los hallazgos y resultados.

2.1 Investigación Cuantitativa.- Propició información mediante los datos estadísticos que se obtuvieron a través de las encuestas, cuestionarios, guías, demostración de hipótesis, explicaciones y descripciones; y así se logró relacionar la variables con las predicciones de lo que se estableció mediante datos numéricos, de esta manera se logró analizar las conclusiones de la información recolectada.

2.2 Investigación Cualitativo.- Este tipo de investigación permitió realizar el análisis e interpretación más profunda de la realidad de la investigación mediante tácticas y temáticas que se aplicó ante el problema, además indicó las pautas, líneas de acción y criterios de los entrevistados, ayudó a conocer las principales causantes de las lesiones cutáneas transitorias en recién nacido y el impacto familiar que se vio reflejada después del nacimiento del neonato; además se identificó si el personal de salud (médicos, enfermeras, aux de enfermería) aplican el manejo de protocolo de atención en la sala de parto en cuanto a las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido.

3. TIPO DE DISEÑO

3.1 Transversal: Este tipo de diseño metodológico que se utilizó, permitió recolectar datos en un corte de tiempo con el propósito de describir las variables y analizar la incidencia del problema investigativo, para sustentar de forma teórica-numérica los resultados que se obtuvieron de este estudio.

4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Primarias y secundarias

5.1 Primarias- En esta fuente de información se tomó las encuestas realizadas a las madres de los neonatos con lesiones cutáneas transitoria relacionadas con el parto y las entrevistas que se les realizó a médicos tratantes, enfermeras y auxiliares de enfermería de la sala de parto y neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

5.2 Secundarias- Se contó con bibliografías que contienen textos relacionados con el tema investigado, así como de información de las páginas web, revistas y datos de tesis anteriores.

5. ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se llevó cabo en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo en la sala de parto y neonatología, en donde a diario se atiende a mujeres preparto, parto y postparto en conjunto con su neonato.

6. POBLACIÓN

- § **6** licenciadas en enfermería (de sala de parto)
- § **9** auxiliares de enfermería
- § **4** médicos del área
- § **10** mujeres que tuvieron neonatos con lesiones cutáneas durante la labor de parto

7. UNIVERSO Y MUESTRA

7.1 UNIVERSO

Se trabajó con los casos de mujeres que hicieron atender su labor de parto en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo y fueron atendidas en sala de parto durante el periodo investigativo (las cuales fueron 88), así como el personal de salud que trabaja en la sala de parto, y el área de neonatología que están a cargo de los neonatos y se relacionan con la investigación.

7.2 MUESTRA

El tamaño de la muestra estuvo integrada por 6 enfermeras, 9 auxiliares de enfermería, 4 médicos tratantes y 10 madres que tuvieron neonatos con lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto atendidas en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas durante el periodo de investigación que correspondió al mes de Julio/Agosto del 2012.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Con el propósito de organizar los elementos que formaron parte de esta investigación se tomó en cuenta los aspectos de:

Criterios de inclusión

Con la autorización previa de los directivos del Hospital Divina Provincial del Cantón San Lorenzo se incluyó al personal médico que acudió a esta casa asistencial entre el mes de Julio/Agosto 2012 durante los turnos rotativos en los que formé parte, de esta manera se determinó y seleccionó la muestra del personal de salud y de las mujeres que tuvieron recién nacidos con lesiones cutáneas durante todo el periodo de investigación.

Criterios de exclusión

Se excluyó de esta investigación a las mujeres, que tuvieron su parto con normalidad puesto que la información que ofrecerían no garantizaría su validez para ver los efectos reales de sus intervenciones, frente a la investigación.

8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Toda la información que resultó de esta investigación, se codificó, tabuló y analizó de acuerdo al diseño investigativo, tipo de estudio y técnicas de recolección de datos planteadas; con la finalidad de hallar conclusiones de esta investigación.

9. ASPECTOS BIO-ÉTICOS

Por la naturaleza de la investigación y el derecho de confidencialidad que posee todo ser humano y más aún en el caso de los factores asociados a condiciones personales que podrían afectar a la madre en el proceso de parto, no se revelará datos como: nombres, dirección, entre otros aspectos que de no ser interpretados desde una perspectiva profesional pudieran causar daño a los mismos.

10. LIMITACIONES

Fueron la falta de colaboración de algunos médicos y auxiliares de enfermería, que no aceptaron ser encuetados; así como la falta de material bibliográfico referente a mi investigación sobre las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto.

11. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La investigación se desarrolló utilizando técnicas de recolección de datos y análisis cuali-cuantitativos; en cuanto a los datos cualitativos se diseñó una guía de observación y entrevista la cual permitió recopilar información, los datos cuantitativos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta dirigida a las lcdas.de enfermería, auxiliares de enfermería y a las madres de los recién nacidos con lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto, la cual contó con un cuestionario de preguntas abiertas, cerradas y mixtas.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos que se utilizó en esta investigación son las siguientes:

11.1 TÉCNICAS

Las técnicas que se utilizaron en esta investigación son: **entrevista, encuesta y guía de observación** que estuvieron dirigidas a mujeres que tuvieron neonatos con lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto y al personal de salud, (médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería), para conocer en la sala de parto y neonatología cuáles son las acciones de estos frente a esta problemática; estas técnicas ayudaron a analizar parámetros entre lo que manifestaron y lo que se observó.

11.1.1 Entrevista.- Se diseñó y aplicó una guía de entrevista las cual se realizó al personal de salud de la sala de parto con el fin de obtener respuestas a las interrogantes de carácter subjetivo de la investigación; identificando a través de esta las acciones del personal de salud durante el proceso de parto, dando así cumplimiento al cuarto objetivo específico propuesto en esta investigación.

11.1.2 Encuesta-. Se formuló un cuestionario con preguntas abiertas, cerradas y mixtas, con las cuales se identificaron las variables independientes, generando así una serie de datos cualitativos y cuantitativos que facilitaron la obtención de los objetivos de esta investigación.

11.1.3 Observación-. Se creó y aplicó una guía de observación la cual permitió comprobar las causas de las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto y los cuidados de enfermería que se aplican en el área de neonatología; además permitió evidenciar la estructura académica e integral que posee la institución en donde se investigó, a fin de garantizar una verdadera atención a las madres antes del parto, durante el parto y después del mismo, además de la atención brindada a los neonatos.

11.2 INSTRUMENTOS

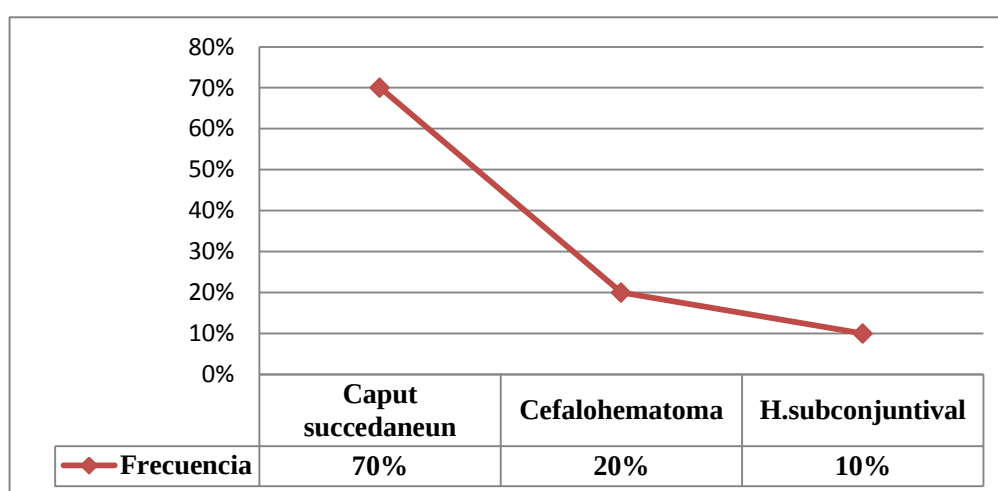
El instrumento básico de recolección de información para este estudio fue el cuestionario que se formuló; el cual se aplicó en todas y cada una de las encuestas y entrevistas que se desarrollaron en el transcurso de la investigación, pudiendo ser adaptados según las condiciones del grupo o persona, entrevistado/a o encuestado/a; contando con:

- ***Guía de Entrevista***, dirigida a las madres y personal de salud de la sala de parto y neonatología.
- ***Cuestionario de Encuesta.***
- ***Guía de Observación***

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN EN FRECUENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS EN EL RECIÉN NACIDO ATENDIDOS ENTRE EL MES DE JULIO-AGOSTO 2012 EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO

Lesiones cutáneas	Julio/Agosto	Porcentaje
Caput succedaneum	7	70%
Cefalohematoma	2	20%
H.subconjuntival	1	10%
Total	10	100%



Fuente: Partes diarios Julio-Agosto 2012
Elaborado: Vielka Lemos

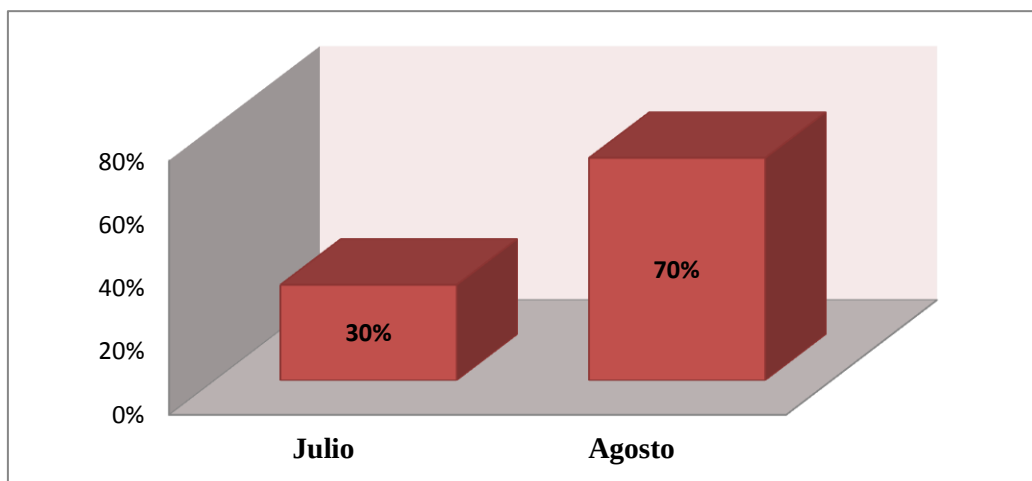
Análisis

Podemos observar que dentro del periodo de investigación el Caput succedaneum se presentó en un 70%, el mismo que se dio con esa frecuencia porque las mujeres son muy jóvenes y temen al parto, dado a que no recibieron educación para el mismo, llegado el momento se asustan y no colaboran, sienten mucho dolor y temor al momento de la salida del neonato, el cefalohematoma se presentó en un 20%, el cual se dio por la presión que ejerce la cabeza del bebé contra los huesos pelvianos y dicha presión es causada por la forma inadecuada de la madre a la hora de pujar, reteniendo al neonato y golpeándolo contra la pelvis, y por último en un 10% se presentó la hemorragia subconjuntival, el mismo que se dio por el traumatismo del parto a causa de la falta de cooperación materna.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS EN EL RECIÉN NACIDO ATENDIDOS ENTRE EL MES DE JULIO-AGOSTO 2012 EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO

Meses	Número	Porcentaje
Julio	3	30%
Agosto	7	70%
Total	10	100%



Fuente: Partes diarios Julio-Agosto 2012

Elaborado: Vielka Lemos

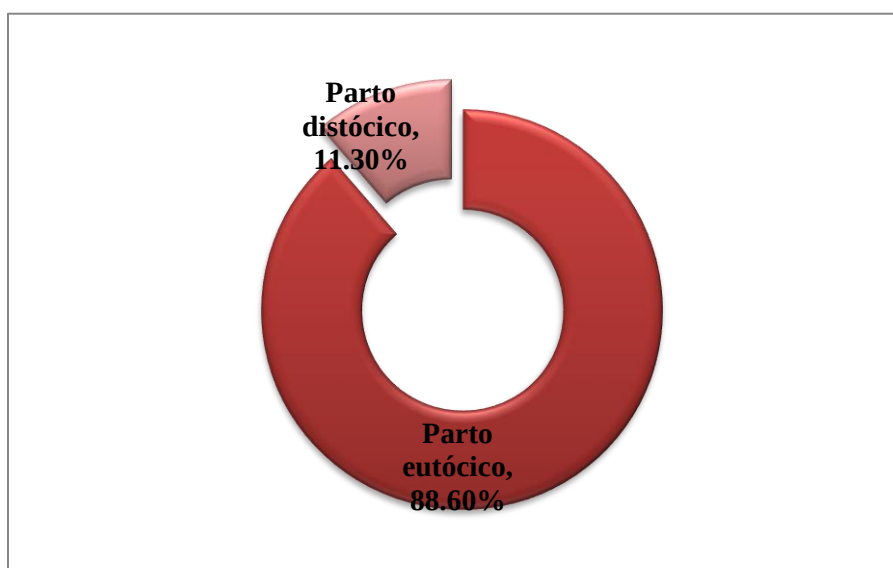
Análisis

En cuanto a la incidencia de las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido podemos observar una pequeña ascendencia, en el mes de Julio se presentaron las lesiones en un 30% y en el mes de Agosto un 70%, el alza de esta frecuencia se dio porque en este mes hubo un incremento de la población San Lorenceña dada las festividades en este Cantón, habiendo una influencia de personas que llegaban de otras Parroquias, Cantones y Ciudades, y muchas de estas mujeres no contaban con ningún tipo de documentos en donde mostrara el tipo de control prenatal realizado, lo que dificultó la valoración inmediata de los médicos de turno, teniendo como resultado algunos partos distócicos.

GRÁFICO N°3

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE PARTOS QUE PROVOCAN LESIONES CUTÁNEAS EN EL RECIÉN NACIDO

Tipo de parto	Número	Porcentaje
Eutócico	78	88.6%
Distócico	10	11.3%
Total	88	100%



Fuente: Partes diarios Julio-Agosto 2012
Elaborado: Vielka Lemos

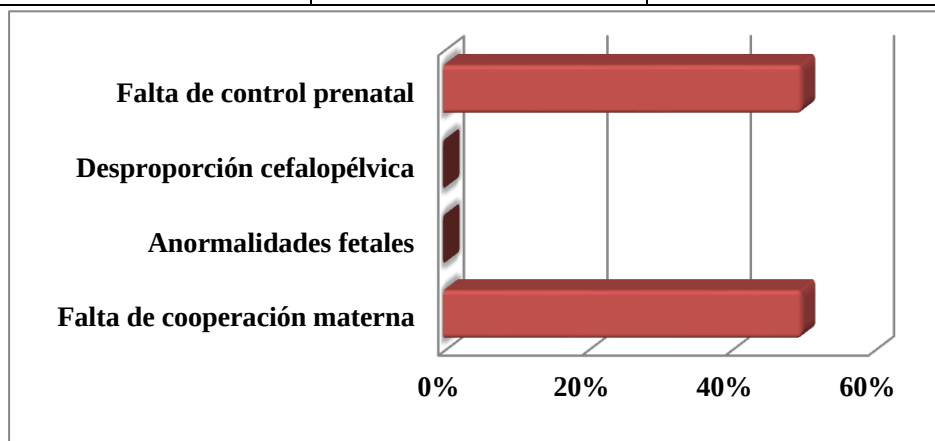
Análisis

Podemos observar que el parto eutócico se presentó en un 88.6%, el mismo que se dio con total normalidad no alterando ese proceso normal que es el parto, atribuyendo el nacimiento de neonatos con lesiones cutáneas transitorias a los partos distócicos, el cual tiene un 11.3%, frecuencia que se da principalmente por la falta de control prenatal y la falta de cooperación materna, antes y durante el parto respectivamente..

GRÁFICO N°4

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE PARTOS DISTÓCICOS QUE PROVOCARON LESIONES CUTÁNEAS EN EL RECIÉN NACIDO

Causas de parto distocico	Número	Porcentaje
Falta de cooperación materna	5	50%
Anormalidades fetales	0	0%
Desproporción cefalopelvica	0	0%
Falta de control prenatal	5	50%
Total	10	100%



Fuente: Partes diarios Julio-Agosto 2012
Elaborado: Vielka Lemos

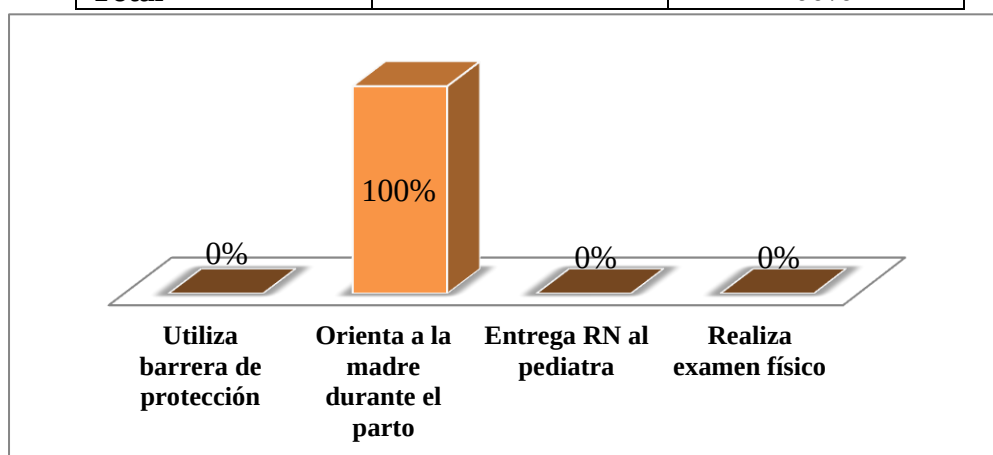
Análisis

La falta de cooperación materna y la falta de control prenatal con 50% cada uno respectivamente, son las principales causas de partos distócicos, el mismo que se dio con esa frecuencia porque las madres no realizan los controles correspondientes durante el embarazo para observar si no hay problemas que pueda poner en riesgo la vida materna y neonatal, todo esto es dado por falencia de conocimientos, ya que en la casa asistencial no inculcan la importancia de realizarse chequeos periódicamente durante los nueve meses de gestación; la falta de cooperación materna se da porque la mayoría de las madres son muy jóvenes y les tienen miedo a la labor de parto, esperan con ansias el nacimiento de su bebé que cuando están en labor el dolor no les deja cooperar al médico que la está asistiendo, causando lesiones cutáneas al neonato.

GRÁFICO N°5

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN ACTIVIDADES QUE REALIZA EL MÉDICO EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

Actividades	Número	Porcentaje
Utiliza barrera de protección	0	0%
Orienta a la madre durante el parto	4	100%
Entrega RN al pediatra	0	0%
Realiza examen físico	0	0%
Total	4	100%



Fuente: Encuesta/Observación 2012
Elaborado: Vielka Lemos

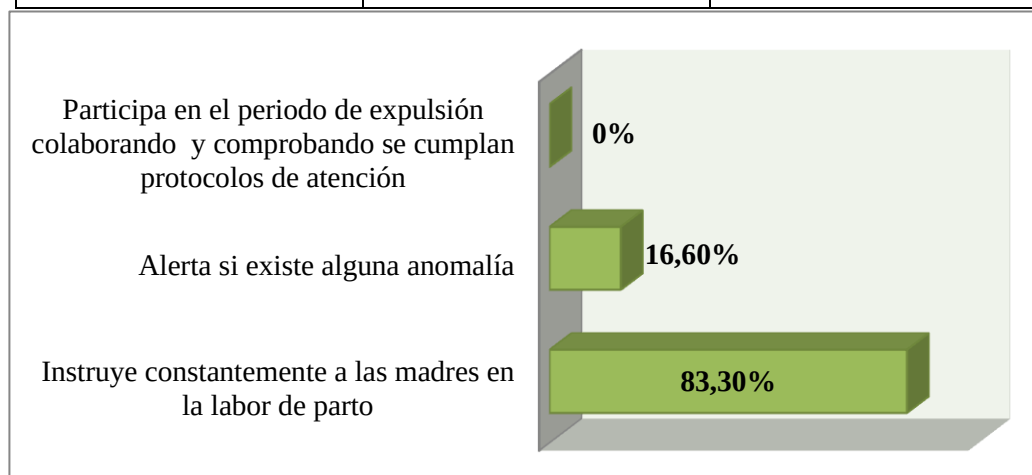
Análisis

El 100% de los médicos orienta a la madre durante el parto, frecuencia dada porque dirige a la mujer en la fuerza expulsiva y anima para que lo realice bien, no utiliza barrera de protección en el momento del parto solo se coloca un par de guantes estériles y nada más, al recibir al neonato lo agarra y lo aleja de su cuerpo, reacción que hace para no ensuciar su vestuario con fluidos maternos en el momento de la expulsión, el cual preocupa porque se exponen en gran medida a sustancias orgánicas provenientes de la madre y el feto, además riesgo de caída del neonato al piso; el recién nacido es entregado a la enfermera que se encuentra en ese momento, porque no hay un pediatra que realice la recepción al neonato, el examen físico es realizado únicamente por parte de la enfermera, el médico no vuelve a tocar más al neonato después del recibimiento para valorar la integridad física y neurológica.

GRÁFICO N°6

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

Actividades	Número	Porcentaje
Instruye constantemente a las madres en la labor de parto	5	83.3%
Alerta si existe alguna anomalía	1	16.6%
Participa en el periodo de expulsión colaborando y comprobando se cumplan protocolos de atención	0	0%
Total	6	100%



Fuente: Encuesta/Observación 2012
Elaborado: Vielka Lemos

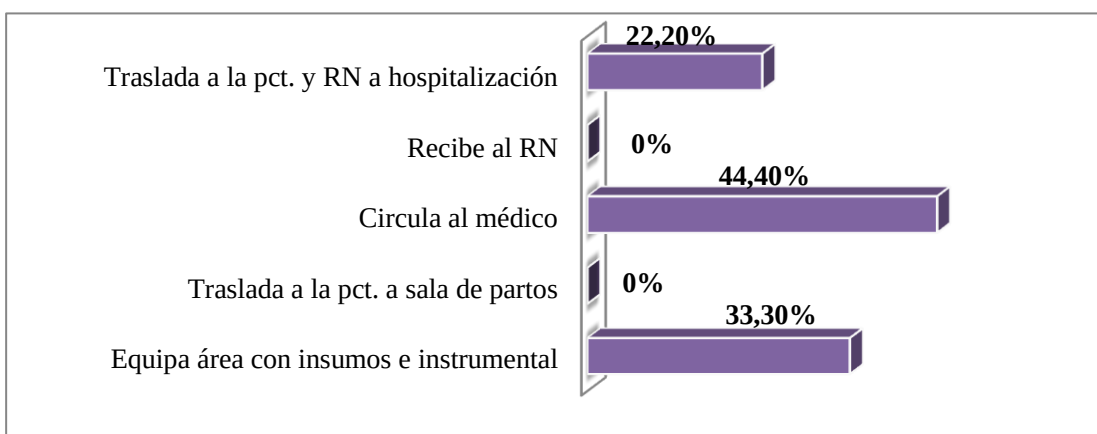
Análisis

El 83.3% de la actividad de la enfermera en la sala de parto es instruir constantemente a las madres, la cual se da porque la enfermera brinda apoyo dando instrucciones previas sobre las técnicas respiratorias, enseñando cambios de posición para mejor comodidad y dando ánimo, elogiando a la madre para que este proceso sea más agradable y no se presente problemas, esta instrucción es una de las maneras de ayudar para que el parto sea visto por parte de la madre como una etapa de transición normal, el 16.6% alerta si existe alguna anomalía relacionada con el parto, frecuencia dada porque el proceso de parto puede desencadenar diferentes signos y síntomas de complicaciones que necesite de otros tipos de intervenciones.

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

Actividades	Número	Porcentaje
Equipa el área con insumos e instrumental necesario	3	33.3%
Traslada a la pct. a sala de partos o quirófano	0	0%
Circula al médico	4	44.4%
Recibe al RN	0	0%
Traslada a la pct. y RN a hospitalización	2	22.2%
Total	9	100%



Fuente: Encuesta/Observación 2012

Elaborado: Vielka Lemos

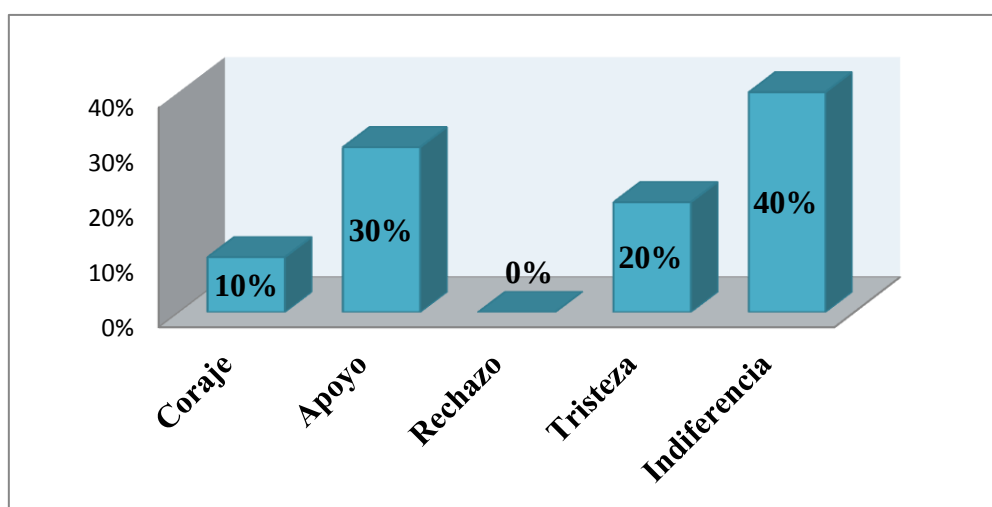
Análisis

Podemos observar que en un 44.4% la auxiliar circula al médico, frecuencia dada porque coloca a la paciente en la cama de parto y la asegura para evitar caídas, y permanece en la sala de parto cerca de la paciente para transportarla; el 33.3% equipa el área con insumos e instrumental, porque prepara y dispone el material necesario para el proceso de parto y recepción del neonato, para qué a última hora no falte nada en ese momento que no espera, si no que se da con fluidez; el 22.2% traslada a la paciente y RN a hospitalización, porcentaje que se da porque la auxiliar realiza el traslado evitando esfuerzo, movimientos bruscos o ejercicios exagerado, protegiendo a la madre para que no se complique en el postparto.

GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DEL IMPACTO FAMILIAR QUE PROVOCÓ LA NOTICIA DEL NACIMIENTO DEL NEONATO CON LESIONES CUTÁNEAS TRANSITORIAS

Impacto familiar	Número	Porcentaje
Coraje	1	10%
Apoyo	3	30%
Rechazo	0	0%
Tristeza	2	20%
Indiferencia	4	40%
Total	10	100%



Fuente: Encuestas 2012

Elaborado: Vielka Lemos

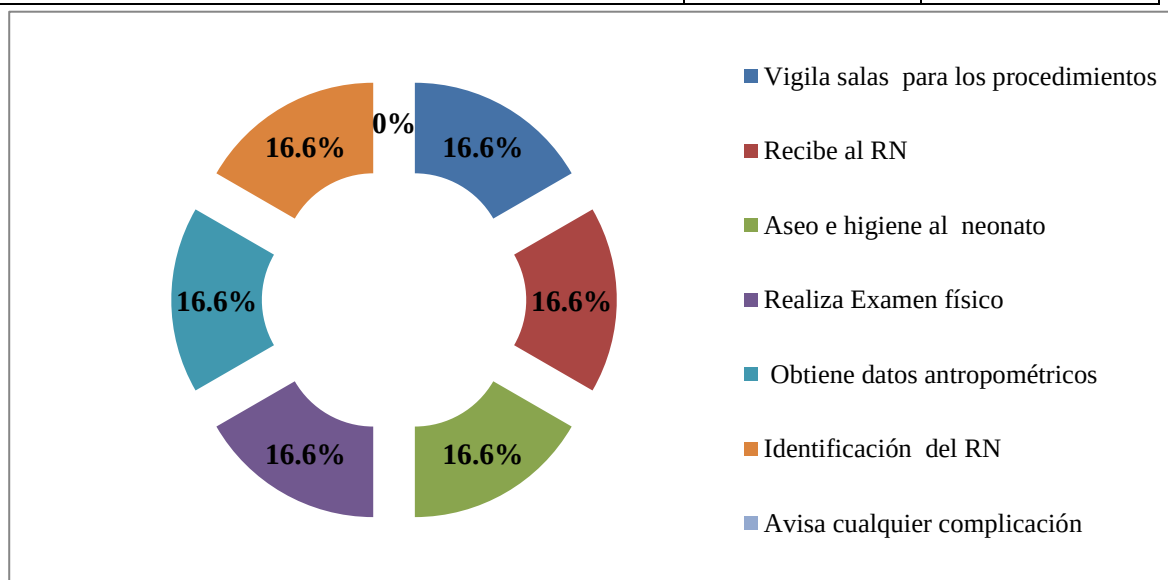
Análisis

Podemos observar que en un 10%, los familiares de los neonatos que nacieron con lesiones sintió coraje ya que al desconocer las causas de este problema culpan al médico por el nacimiento del bebé con lesiones, el 30% demostró apoyo, lo que se dio porque conocen que en ese estado en el que se encuentra la mujer no se puede dar emociones fuertes que pueda influir es el estado físico y ánimo de la paciente, el 20% sintió tristeza dado a que los familiares estaban a la expectativa del nacimiento del neonato y esperaban con ansias que naciera sin ningún problema y por último el 40% demostró indiferencia, frecuencia que se presentó porque entre los familiares habían abuelas que conocen las lesiones comunes y saben del cuidado que pueden aplicar para tratarlas a demás del tiempo que estas demoran para desaparecer sin crear ningún tipo de complicaciones.

GRÁFICO N°9

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA A RECIÉN NACIDOS CON LESIONES CUTÁNEAS TRANSITORIAS

Respuesta	Número	Porcentaje
Vigila que en las salas de partos y neonatología estén preparadas para los diferentes procedimientos	1	16.6%
Recibe al recién nacido y da cuidados inmediatos	1	16.6%
Aseo e higiene de la piel y mucosas del neonato	1	16.6%
Realiza examen físico identificando signos y síntomas de complicaciones	1	16.6%
Procede a obtener datos antropométricos	1	16.6%
Procede a la correcta identificación del RN	1	16.6%
Ante cualquier complicación avisa al médico de guardia	0	0%
Total	6	100%



Fuente: Encuestas 2012
Elaborado: Vielka Lemos

Análisis

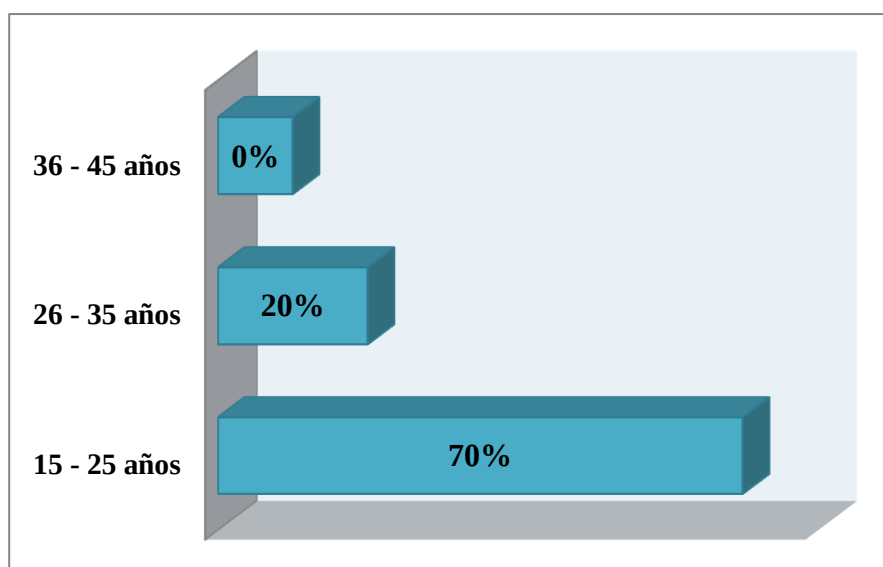
Se puede observar que el 16.6% cada uno de los cuidados respectivamente son realizados por las enfermeras en neonatología, el mismo que se dio con esa frecuencia porque las enfermeras están pendientes de tener implementada la sala para cada parto y recepción de un neonato, como la ausencia del pediatra es notable, reciben al recién nacido y dan los cuidados necesarios realizando la respectiva higiene de la piel y mucosa del neonato el cual es realizado con liquido vaselinado que no irrita la piel de

bebé, el examen físico es realizado por ellas porque el médico no vuelve a tocar al neonato para ver su estado, identifican complicaciones en el neonato con lesiones cutáneas, dada también porque exploran y valoran al recién nacido realizando vigilancia diariamente en los respectivos turnos, para que todo esté bien con el neonato hasta el momento del alta, diferenciando lo normal de lo anormal y así darle aviso al médico tratante para que actúe de inmediato frente a las alteraciones presentes.

GRÁFICO N°10

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE SEGÚN LA EDAD DE LAS MADRES QUE TUVIERON RECIÉN NACIDOS CON LESIONES CUTÁNEAS DURANTE EL PERIODO INVESTIGATIVO JULIO/AGOSTO 2012

Edad	Número	Porcentaje
15 - 25 años	7	70%
26 - 35 años	3	30%
36 - 45 años	0	0%
Total	10	100%



Fuente: Encuestas 2012
Elaborado: Vielka Lemos

Análisis

Podemos observar que el 70% de madres corresponden entre 15-25 años, el mismo que se dio con esa frecuencia porque son adolescentes y jóvenes en su mayoría primíparas, y llegado el momento aumenta la ansiedad por inminencia del parto, pero la aprensión y el nerviosismo les hace no colaborar produciéndose lesiones en el neonato; de 26-35 años corresponden al 20%, porque el malestar relacionado con las contracciones es muy fuerte pidiéndole al médico que las ayuden, que ya no pueden más, tratando de cerrar las piernas para alarga este proceso que no espera.

RESULTADO DE GUÍA DE OBSERVACIÓN

La guía de observación fue realizada para comprobar si el equipo de salud realiza los cuidados y procedimientos frente a las madres y neonatos con lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto, a demás de comprobar si realmente se le brinda la educación precisa a las mujeres para prevenir las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido..

El personal médico no brinda el cuidado a los recién nacidos con lesiones cutáneas, quien realiza este procedimiento es personal de enfermería, con ayuda de las auxiliares, el médico simplemente recibe al recién nacido en el proceso de parto, pero luego no lo vuelve a tocar, además de no utilizar las berreras de protección ya que están en contacto diario con fluidos orgánicos de la madre y neonato.

Los padres de los neonatos con lesiones cutáneas recibieron educación a cerca de los cuidados que deben tener con los recién nacidos, esta educación fue dada por parte de todo el equipo de salud (Médicos, Lcdas. Enfermería y Auxiliares de enfermería), quedando los padres satisfechos y más tranquilos sabiendo que si tienen el cuidado adecuado el neonato se va a recuperar, va a crecer sano y sin ningún tipo de secuelas.

Pude observar que una de las causas que producen lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto, es la falta de cooperación materna dada por el cansancio, el dolor y la dificultad en la fuerza expulsiva; ya sea esta por mujeres en las que fue su primer parto o en la que han tenido ya otros partos, entre las lesiones más comunes que se presentaron fueron el Caput succedaneum, cefalohematoma y hemorragia subconjuntival, fueron las más frecuentes dada la dificultad a la hora del parto.

Entre otras cosa, lo que se pudo observar y como resultado de la investigación es que en la sala de parto y neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo no cuentan con Protocolo de Atención de las Lesiones Cutáneas en el Recién Nacido y ni siquiera están capacitados para atender y tratar los tipos de lesiones cutáneas que se pueden presentar en un parto distócico.

DISCUSIÓN

El área de neonatología y sala de partos no son áreas seguras ya que la sala de parto se encuentra abierta y en el mismo lugar queda la estación de enfermería, entran y salen las personas que quieren y no se utiliza ningún tipo de barrera de protección para evitar infecciones; en ese mismo lugar se le dan los cuidados y la valoración al neonato, el personal de enfermería sabe que está mal pero refirieren adecuarse y acomodarse al lugar tal y como está, a demás que están acostumbrados a ese espacio y ambiente, aunque esto está muy mal por estar expuestos a que hayan focos infecciosos, cabe recalcar que si cuentan con los medicamentos e implementos necesarios para actuar de manera precisa frente alguna emergencia.

Los médicos realizan la valoración a las mujeres cuando llegan con labor de parto, le realizan el tacto para valorar la dilatación, al ver que les falta borramiento las mandan a caminar, sin embargo los médicos se van y vuelven después de un buen rato pero porque son llamados de urgencia, al llegar simplemente se colocan un par de guantes estériles y comienza la labor de parto, sin ningún otro tipo de barrera de protección

No hay protocolo de atención de lesiones cutáneas transitorias en recién nacidos en esta casa asistencial, por ende no las cumplen en sala de parto, no teniendo así una herramienta básica para casos imprevistos de atención y tratamiento de lesiones cutáneas en neonatos; además las enfermeras y auxiliares de enfermería no han sido capacitadas para atender este tipo de lesiones, pudiendo de esta forma ocasionar complicaciones en la recuperación del neonato al no tener una guía básica para tratar lesiones cutáneas en el recién nacido y más aun de no saber enseñar a las madres como cuidar las lesiones de sus neonatos en el hogar.

En cuanto a las hipótesis planteadas se puede decir que:

- § El manejo inadecuado materno y fetal en la labor de parto, no es un factor desencadenante para producir lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto, dado que el personal de salud incentiva e indica a la madre en labor a pujar correctamente negando así esta hipótesis.

- § Se confirma que la falta de control prenatal aumenta el índice de producir lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto, ya que llegan mujeres que durante el embarazo no se realizaron ningún tipo de control, ecos o exámenes, desconociendo así en tamaño de bebé, la estructura pélvica de la mujer y la posición del neonato, pautas claves para tener un parto sin problemas.

En cuanto a las encuestas realizadas a las madres:

- § El equipo de salud da educación pero lo realiza después del parto, no indicando a las madres que hay la posibilidad de nacimiento del neonato con lesiones, indicándoles las causas, la educación postparto es ya para tratar las lesiones producidas por el parto es que también si el personal no está capacitado sobre ello, como van a poder transmitir sus enseñanzas a estas personas.
- § Como dato importante es que en esta casa asistencial no han sido capacitados sobre los protocolos de atención de lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido, ya que la mayoría desconoce sobre este, de cómo atender, cuidar, complicaciones y secuelas de las mismas, al no ser capacitadas sobre este tema es muy preocupante porque la gente le resta importancia a un tema que se ve muy seguido en todas las casas asistenciales del País, que necesita de una intervención oportuna y adecuada para no dejar secuelas en el neonato.
- § En la sala de parto y neonatología no hay pediatra para recibir al neonato ni mucho menos para realizarle la revisión correspondiente para ver su estado de salud, es desconcertante, porque habiendo pediatras en esta casa asistencial es increíble que no realicen su trabajo como se debe, asumiendo este rol la enfermera.

Ante las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto es importante que en Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas se manejen, cumplan y capaciten al personal sobre los protocolos de atención ya que es una herramienta necesaria, además es una manera de educar para

transmitir el conocimiento a las mujeres en el embarazo a la hora de control prenatal, para que sepan cuáles son los riesgos de esta; ya que si no se interviene oportunamente podrían causarse secuelas irreparables en la vida del bebé, la familia y la sociedad en general.

Cabe resaltar que si no se interviene adecuadamente desde que la madre comienza su embarazo con una buena educación por parte del personal de salud, esta situación se puede agudizar y en el momento del parto se van a ver los riesgos y después de este las consecuencias.

CONCLUSIONES

Al culminar este trabajo se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Mediante la revisión de los partes diarios y de los indicadores hospitalarios en donde está el número de partos y partos distócicos que se encuentran en el departamento de estadística del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, se pudo determinar el número de casos presentados entre los meses de Julio-Agosto 2012 en la sala de parto, las cuales arrojaron los siguientes resultados:

De las 88 mujeres que acudieron a esta casa asistencial para atender sus partos se reportaron 10 casos con partos distócicos; en el mes de Julio se hallaron 3 casos y en el mes de Agosto 7 casos de partos distócicos, de los 3 casos del mes de Julio hubieron 2 casos con Caput succedaneum y 1 con cefalohematoma.

§ Dentro del periodo de investigación el Caput succedaneum se presentó en un 70%, el mismo que se dio con esa frecuencia porque las mujeres son muy jóvenes y temen al parto, dado a que no recibieron educación para el mismo, llegado el momento se asustan y no colaboran, sienten mucho dolor y temor al momento de la salida del neonato, el cefalohematoma se presentó en un 20%, el cual se dio por la presión que ejerce la cabeza del bebé contra los huesos pelvianos y dicha presión es causada por la forma inadecuada de la madre a la hora de pujar, reteniendo al neonato y golpeándolo contra la pelvis, y por último en un 10% se presentó la hemorragia subconjuntival, el mismo que se dio por el traumatismo del parto a causa de la falta de cooperación materna.

§ En cuanto a la incidencia de las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido podemos observar una pequeña ascendencia, en el mes de Julio se presentaron las lesiones en un 30% y en el mes de Agosto un 70%, el alza de esta frecuencia se dio porque en este mes hubo un incremento de la población San Lorenceña dada las festividades en este Cantón, habiendo una influencia de personas que llegaban de otras Parroquias, Cantones y Ciudades, y muchas de estas mujeres no contaban con ningún tipo de documentos en donde mostrara el tipo de control

prenatal realizado, lo que dificultó la valoración inmediata de los médicos de turno, teniendo como resultado algunos partos distócicos.

- § En cuanto a las causas de parto distócico que provocaron lesiones cutáneas se puede concluir que la falta de cooperación materna y la falta de control prenatal con 50% cada uno respectivamente, son las principales causas el mismo que se dio con esa frecuencia porque las madres no realizan los controles correspondientes durante el embarazo, la falta de cooperación materna se da porque la mayoría de las madres son muy jóvenes y el dolor no les permite colaborar con este proceso.
- § Con ayuda de la guía de observación y la encuesta dirigida a las madres de los neonatos con lesiones cutáneas se pudo observar que en un 10%, los familiares de los neonatos que nacieron con lesiones sintió coraje ya que al desconocer las causas de este problema culpan al médico por el nacimiento del bebé con lesiones, el 30% demostró apoyo, lo que se dio porque conocen que en ese estado en el que se encuentra la mujer no se puede dar emociones fuertes que pueda influir es el estado físico y ánimo de la paciente, el 20% sintió tristeza dado a que los familiares estaban a la expectativa del nacimiento del neonato y esperaban con ansias que naciera sin ningún problema y por último el 40% demostró indiferencia, frecuencia que se presentó porque entre los familiares habían abuelas que conocen las lesiones comunes y saben del cuidado que pueden aplicar para tratarlas a demás del tiempo que estas demoran para desaparecer sin crear ningún tipo de complicaciones.

En cuanto a las actividades del personal de salud concluimos durante el proceso de parto:

- § El 100% de los médicos orienta a la madre durante el parto, frecuencia dada porque dirige a la mujer en la fuerza expulsiva y anima para que lo realice bien, no utiliza barrera de protección en el momento del parto solo se coloca un par de guantes estériles y nada más, el recién nacido es entregado a la enfermera que se encuentra en ese momento, ya que no hay un pediatra que realice la recepción al neonato, el examen físico es realizado únicamente por parte de la enfermera, el

médico no vuelve a tocar mas al neonato después del recibimiento para valorar la integridad física y neurológica.

- § El 83.3% de la actividad de la enfermera en la sala de parto es instruir constantemente a las madres, la cual se da porque la enfermera brinda apoyo y fomenta la cooperación dando instrucciones previas sobre las técnicas respiratorias, enseñando cambios de posición para mejor comodidad y dando ánimo, el 16.6% alerta si existe alguna anomalía relacionada con el parto, frecuencia dada porque el proceso de parto puede desencadenar diferentes signos y síntomas de complicaciones que necesite de otros tipos de intervenciones.
- § En un 44.4% la auxiliar de enfermería circula al médico, frecuencia dada porque coloca a la paciente en la cama de parto y permanece en la sala de parto cerca de la paciente para transportarla; el 33.3% equipa el área con insumos e instrumental, dado porque prepara y dispone el material necesario para el proceso de parto y recepción del neonato; el 22.2% traslada a la paciente y RN a hospitalización, porcentaje que se da porque la auxiliar realiza el traslado evitando movimientos bruscos protegiendo a la madre para que no se complique en el postparto.
- § Los cuidados de enfermería en el área de neonatología fueron vigilar que en las salas de partos y neonatología estén preparadas para los diferentes procedimientos, recibir al recién nacido y dar cuidados inmediatos, realizar la higiene de la piel y mucosas del neonato, realizar examen físico identificando signos y síntomas de complicaciones, proceder a obtener datos antropométricos y proceder a la correcta identificación del RN, todo se dio en un 16.6% cada uno respectivamente.

Toda la investigación está enmarcada e integrada en el marco teórico del estudio; hubieron algunas limitaciones, como algunos integrantes del equipo de salud que no colaboraron con la investigación, acotando estar muy ocupados, parece que también se les olvidó que fueron alumnos y pasaron por lo mismo que yo en ese momento, pero de todos modos agradecí por su tiempo.

Durante la investigación se tuvo que cambiar el área de quirófano, para dejarlo solo como sala de parto, porque los partos se atienden en un cuarto adecuado para ello y en donde queda también la estación de enfermería y neonatología; en quirófano solo atienden cesáreas u otras intervenciones quirúrgicas.

Pero aun así ninguno de estos cambios e imprevistos lograron desviar los objetivos de la investigación, ni mucho menos afectaron para que esta se llevara a cabo.

RECOMENDACIONES

En el nivel primario

Que en todas las casas asistenciales se brinde mayor educación a las madres en estado de gestación para que se realicen los controles prenatales y los exámenes reglamentarios y de esta forma ayudar a disminuir los partos distócicos y por ende las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido relacionadas con el parto; a demás que se le haga entender a la madre que debe ser como costumbre, valga la necesidad cargar con ellas los documentos si van a otras Ciudades o Cantones.

A los directivos del Hospital

Que se eduque a las madres a lo largo de todo el embarazo con respecto a la forma correcta de pujar, para evitar problemas a la hora del parto, haciéndoles entender que ese es un momento crucial para que el bebé nazca sin ningún tipo de problemas, ya que la falta de cooperación materna es una de las causas que hacen que el bebé nazca con lesiones.

Que se designe un pediatra para sala de parto/neonatología para que esté a cargo de la recepción y valoración del neonato.

En cuanto al personal médico y de enfermería que se realice capacitaciones continuas que permitan mejorar sus conocimientos sobre este problema, para que puedan intervenir de manera oportuna sabiendo identificar los tipos y causas de lesiones cutáneas presentada en los recién nacidos relacionadas con el parto, además que utilicen las barreras de protección a la hora del parto.

Que se haga como requisito en el momento de que las mujeres se vallan a hacer los controles prenatales sea en compañía de algún familiar adulto, para que a ellos también se les de educación sobre las lesiones cutáneas en el recién nacido, de esta forma la información se va a ir divulgando y el familiar va a tener claro el por qué se producen calmándolos para que de alguna manera la noticia no les vaya a impactar si llega a nacer algún integrante de la familia con lesiones.

Al personal de salud que cada uno cumpla con las actividades que les corresponden dentro de cada área.

No está dentro de mis objetivos, pero a los estudiantes de la escuela de enfermería de la PUCESE les recomiendo

Que continúen con este tipo de investigación que permita tener una visión más amplia de este tema del cual no se habla mucho y que es de vital importancia tener conocimientos básicos.

BIBLIOGRAFÍA

Textos

1. PÁEZ, Gustavo. Obstetricia moderna, 3ra edición. Editorial Interamericana. Santa fe de Bogotá, Colombia, 1095.
2. ARIAS, Mercedes y Redondo, Jesús. Manuales prácticos de enfermería. Hospitalización. Colombiana, Mac Graw- Hill, Interamericana, 1992.
3. Obstetricia y neonatología, 3edicion.Editorial McGrawhill. Interamericana.
4. BETHEA, Doris C. enfermería materno infantil. Editorial Interamericana. México, D.F. 1999.
5. BOTERO, Jaime;JUBIZ, Alfonso y HENAO, Guillermo. Obstetricia y ginecología, 6ta edición.2000.
6. DICKASON, SILVERMAN Y SCHULT. Enfermería materno infantil, 2da edición. Editorial HarcourtBrace. Impreso en España. MCMXCIV.
7. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD. Guía básica para la atención y manejo de las emergencia obstétricas por niveles de complejidad. Quito-Ecuador, 1997.
8. GRUPO OCÉANO. Manual de enfermería. Editorial Océano/Centrum. España.
9. LONDERMILK, Perry y BOBAK. Enfermería materno infantil, 6ta edición. Editorial Harcourt/Océano. Barcelona – España, 1997.
10. PLATA RUEDA, Ernesto. El pediatra eficiente, 4ta edición. Panamericana. Bogotá- Colombia, 1999.
11. QUINOÑEZ, E. y COL. bases de pediatría critica, 2da edición. Editorial Noción. Quito – ecuador, 1997.
12. RAMOS, Gustavo. Alto riesgo obstétrico, 4ta edición. Editorial AFEME. Quito – Ecuador, 1997.
13. GÓMEZ P., Ruiz N., Pulido J. Mortalidad materna en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá D.C. 1985 -1989. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1993; 44 (1): 39-47.

14. HUAMAN M. Influencia de los programas de planificación familiar en la mortalidad perinatal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1997; 48 (2): 135-137.
15. ROJAS O. Colombia: Perfil de salud reproductiva 1990. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1991; 42(4): 279 -284.
16. URIZA G, Barragán E. Mortalidad Perinatal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1986; 37(2): 91.
17. PAZMIÑO S. Mejoramiento continuo del programa de atención prenatal en Instituciones del Seguro Social y de la Secretaría de Salud de Cali. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1997; 48(1): 39-46.
18. PAZMIÑO S, Amastha F, Perdomo C y col. La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 1998; 49 (4): 190-195.
19. Ministerio de Salud. Decreto N° 2174 de noviembre 28 de 1996. Firmado María Teresa Forero de Saade.
20. MONIF G.R.G –Enfermedades infecciosas en Obstetricia y Ginecologia. La Habana Edicionn Revolucionaria, 1986; 443-467.
21. GIBBS R.S- Endometritis postparto. In: Monif G.R.G., Enfermedades infecciosas Obstetricia y Ginecologia. La Habana: Edicion Revolucionaria, 1986; 367-378.
22. CARVALHO, R.L., Silvana, R.S., Costa, P.L.-Postcesarean Section Infection:Comparison of two treatment regimens Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1989; 11(7):135-7.
23. BORROSO Aguirre, J. Fernández Carrocera L.A, Torres Ramírez a, et. al. – Infeccion nosocomial durante el puerperio. Ginecol. Obst. Mx.1992; 60(7:)201-4.
24. VARGAS T.J., Sanchez V.S. –Prevalencia y etiologia de infecciones puerperales. Trabajo presentado en: Jornadas de Residencia Medica 9 Cochabamba 1995. Cochabamba;sin, 1995; 32p.Figueroa Damian R., Ortiz Ibara., Labastid
25. DOMINGUEZ V.M., et al;- Ceftriaxone vs Cefazolina en la profilaxis quirurgicaobstitrica. Ginecol.Obst.Mx. Obstet1995;68(7):302-7.

26. ALBUQUERQUE P.B., Warmbrand. G., de Souza, S.A., et al –Evaluation of a new classification of contamination risk for Obstetric procedures. Rev. Ginecol. Obstet. 1992; 3(1): 17-2
27. Manual de enfermería
28. Neonatología práctica -----**Luis Jasso**
29. Investigación educativa-----**Edgar Mena, Manuel Chávez, Carlos rojas**
30. Escala para la evolución del comportamiento neonatal-----**T. Berry Brazelton**

Páginas web

1. unaid.org
2. Kidshealth.org
3. www.prenatal.tv
4. www.crianzanatural.com
5. www.familycarrenint.org
6. www.monografias.com.salud
7. www.scielo.org.ar/scielo.php
8. www.wiziq.com/tutorial/63791
9. es.thefreedictionary.com/presentación
10. www.umm.edumedicalreference.Encyclopedia
11. www.babysec.cl/recien-nacido/todo-sobre-la-piel
12. www.slideshare.net/yayyi/distocias-2-presentation

13. [infertilidadembarazo y cirugiaplastica.blogspot.com/](http://infertilidadembarazo.y.cirugiaplastica.blogspot.com/)
14. infertilidadembarazoycirugiaplastica.Blogspot.com/
15. www.pediatriaenlinea.com/pdf/lesionalnacimiento.pdf
16. www.serpadres.es/embarazo/parto/parto_forceps.html
17. www.pediatriaen línea.com/pdf/lesionesalnacimiento.pdf
18. pablouribe.com/guias.sanrafael/Guía Trabajo de parto.doc
19. escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/.../rnproblres.htm
20. www.profesorenlinea.cl/Ciencias/enfermedadesclasificacion.htm
21. www.hospitaldelcarmen.gob.pe/documentos/.../Protocolo de parto.pd

PROPUESTA

Cuidado prenatal y procedimientos de rutina para la evaluación del bienestar materno fetal en preparto, parto y postparto.

CONTENIDOS

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS: General y Especifico

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

1. Metas y principios del cuidado prenatal
2. Atención de salud durante el embarazo
3. Aspectos generales de los cuidados durante el parto
4. Atención y cuidados después del parto
5. Cuidados en la piel del recién nacido

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Apgar
2. Estímulos cutáneos
3. Examen físico neonatal
4. Brazaletes de identificación
5. Ligadura del cordón umbilical.
6. Prevención de la oftalmía neonatal
7. Aspirar secreciones de boca y nariz
8. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica
9. No bañar a los niños para evitar la pérdida de calor

JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta pretende contribuir con el desarrollo y logro de todos los objetivos encaminados a mejorar la calidad de vida de las personas que están involucradas de una u otra forma con el desarrollo de las lesiones cutáneas en los recién nacidos relacionadas con el parto y de manera prioritaria con el buen crecimiento y desarrollo de los neonatos.

A través de la creación de esta estrategia de atención se pretenderá brindar orientación y educación tanto a las madre y profesionales de salud que están diariamente relacionados con el bienestar de los recién nacidos; a fin de garantizar que los neonatos crezcan saludables y sin ninguna discapacidad o iatrogenias a causa de los cuidados erróneos e innecesarios, además pretende que en el área de sala de parto y neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo no se presente más este problema de salud pública.

OBJETIVOS

General

Identificar las acciones precisas que debe aplicar el personal médico y las madres para realizar el cuidado apropiado del recién nacido con lesiones cutáneas

Específico

- £ Proporcionar una herramienta educativa que pueda ayudar a todas las personas que trabajan y acuden al Hospital Divina Providencia Del Cantón San Lorenzo a garantizar una mejor educación a las madres y atención a los recién nacidos con lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto.
- £ Indicar a las madres sobre hábitos saludables durante el embarazo de principio a fin y de las precauciones que deben adoptar estando pendiente constantemente de que lo que hace o no hace podría afectar al neonato ya que es muy importante que se cuide para cuidar a su bebé.

TEMÁTICA

Se Identificó y se trabajó de forma directa con mujeres que habían tenido neonatos con lesiones cutáneas transitorias relacionadas con el parto hablándoles de las lesiones cutáneas, causas, complicaciones y tratamiento, así como también, le hable sobre la importancia de realizarse el Control Prenatal, lo cual genero mucho interés por parte de mujeres.

ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO

- £ Mujeres que han tenido neonatos con lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido.
- £ Mujeres que estaban en consulta externa haciéndose chequeos.
- £ Al personal médico de la institución.

HERRAMIENTAS

- £ Trípticos
- £ Hojas volantes

RECURSOS

Humano: 1 persona (la investigadora)

Materiales: hojas papel bond, carpeta plástico, lápiz, marcador.

LIMITANTES

- £ Pocos recursos económicos.

GLOSARIO

- £ **Parto**-.Se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.
- £ **Neonato**-.Bebé que tiene 28 días desde su nacimiento, bien sea por parto normal o por cesárea.
- £ **Distocias**-.Dificultad en el parto, incluye problemas de tipo dinámico o mecánico, tanto los causados por parte materna como por el feto.
- £ **Fórceps**-.Instrumento a modo de pinza para la extracción de la cabeza del feto durante el parto.
- £ **Cuidados**-.Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir), el cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.
- £ **Eritema**-.Enrojecimiento en la piel; nombre genérico de una serie de afecciones cutáneas que presentan como carácter clínico común un enrojecimiento.
- £ **Preparto**-.Es una etapa de preparación para el parto, acompañada de momentos de incertidumbre para la mujer.
- £ **Postparto**-.Es el periodo que sigue al parto dura aproximadamente 40 días o 6 semanas, por eso también se le llama cuarentena.
- £ **Prevención**-.La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

- £ **Patologías-** La patología se encarga del estudio de las enfermedades en su más amplia aceptación, como procesos anormales de causas conocidas o desconocidas.
- £ **Incidencia-** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- £ **Iatrogenias-** La iatrogenia es un estado de enfermedad causado o provocado por los médicos, tratamientos médicos o medicamentos.
- £ **Abrasiones-** Acción consistente en raspar superficialmente la piel, por frotamiento o cepillado, con alguna sustancia.
- £ **Hematoma-** Es una acumulación de sangre en un tejido por la rotura de un vaso sanguíneo. Se trata de una respuesta corporal a un golpe o una contusión que puede tornar de color violáceo o azulado a la zona afectada.
- £ **Neonatología-** Especialidad que atiende al recién nacido/a en los primeras horas de vida extrauterina y se encarga de las enfermedades que pueden afectarle, incluida su vigilancia intensiva.
- £ **Hidrocefalia-** Es la dilatación anormal de los ventrículos del encéfalo por acumulación de líquido cefalorraquídeo. El encéfalo, a su vez, es el conjunto de órganos que forman parte del sistema nervioso de los vertebrados y están contenidos en la cavidad interna del cráneo.
- £ **Manipulación-** Es la acción y efecto de manipular (operar con las manos o con un instrumento, manosear algo, intervenir con medios hábiles para distorsionar la realidad al servicio de intereses particulares).
- £ **Hidropesía fetal-** Es una afección seria en la cual se acumulan cantidades anormales de líquido en dos o más áreas del cuerpo de un feto o recién nacido.

- £ **Sufrimiento fetal**-.Condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto.
- £ **Macrosomía fetal**-. Es una condición en la que un feto es anormalmente grande. Los bebés con Macrosomía fetal nacen con un peso de al menos 8 libras, 13 onzas o más. El peso promedio al nacer para los bebés es de aproximadamente 7 libras.
- £ **Caput succedaneum**-. Inflamación difusa en el cuero cabelludo del recién nacido ocasionada por la presión del útero o pared vaginal durante un parto con presentación cefálica, generalmente causado por el trauma mecánico de la porción inicial del cuero cabelludo al pasar a través de un cuello uterino estrecho.
- £ **Controles prenatales**-.Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.
- £ **Asepsia**-. Sin infección, es decir sin microorganismo patógenos.
- £ **Dilatación falsa**-. Contracciones uterinas que no producen la dilatación cervical.
- £ **Múltipara**-. Mujer que ha tenido más de un parto.
- £ **Hipoxia neonatal**-. Disminución de la concentración de oxígeno en los tejidos, lo que a su vez condiciona una elevación de la presión CO₂ (hipercapnia) y una disminución del pH sanguínea (acidosis).
- £ **ENDEMAIN**-. Encuesta demográfica y salud materna e infantil



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigida al personal auxiliar de enfermería de sala de parto del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

Encuestador:

Fecha:

Objetivo: Conocer las actividades que realiza el personal auxiliar en la sala de parto

1. ¿ Equipa el área con insumos e instrumental necesario?

Si ()

No ()

A veces ()

Cómo?_____

2. ¿ Traslada a la pct. a sala de partos o quirófano cuando se va a realizar algún proceso?

Si ()

No ()

A veces ()

3. ¿ Circula al médico en el momento del parto ?

Si ()

No ()

A veces ()

Cómo?_____

4. ¿ Traslada a la pct. y RN a hospitalización después del proceso del parto y exanimación de ambos?

Si ()

No ()

A veces ()

Por qué?_____



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigida a las licenciadas en enfermería del área de neonatología del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

Encuestador:

Fecha:

Objetivo: Conocer las actividades que realizan las Lcda. en enfermería en neonatología si cumplen y hacen cumplir las normas del área y si aplican los conocimientos que tienen sobre las lesiones cutáneas en recién nacidos relacionadas con el parto en cuanto a los cuidados.

1-. ¿ Usted vigila que en las salas de partos y neonatología estén preparadas para los diferentes procedimientos?

Si ()

No ()

A veces ()

Como? _____

2-. ¿ Dada la expulsión de neonato usted recibe al recién nacido y da cuidados inmediatos ?

Si ()

No ()

A veces ()

Como? _____

3-. ¿ Realiza el aseo e higiene de la piel y mucosas del neonato ?

Si ()

No ()

A veces ()

Como? _____

4-. ¿Cuándo nace el niño/a usted le realizan el examen físico identificando signos y síntomas de complicaciones ?

Si ()

No ()

A veces ()

Por qué?_____

5-. ¿ Procede a identificar al RN y obtiene datos antropométricos ?

Si ()

No ()

A veces ()

Como?_____

6-. ¿Usted proporciona educación a las madres de familia para prevenir lesiones cutáneas en el recién nacido?

Si ()

No ()

A veces ()

Como?_____

7-. ¿Identifica signos de complicaciones en el recién nacido con lesiones cutáneas y avisa al médico de guardia ?

Si ()

No ()

A veces ()

Cuales?_____



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUIA DE ENTREVISTA

Encuesta dirigida al personal médico que atiende la labor de parto en la sala de partos del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

Encuestador:

Fecha:

Objetivo: Conocer qué actividades realiza el personal médico en la sala de partos.

1. ¿ Utiliza barrera de protección durante la proceso de parto ?

2. ¿ Usted orienta a las madres durante el parto?

3. ¿ Entrega RN al pediatra después de la expulsión ?

4. ¿ Realiza el examen físico al neonato?

5. ¿Usted realiza la evaluación diaria al neonato y madre hasta el momento del alta?

Si ()

No ()

A veces ()

Por qué?_____



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Identificar los cuidados y procedimientos del equipo de salud y comprobar la educación brindada a las madres de familia.

1. Si el área de quirófano está equipado para el proceso de parto.
2. Intervención oportuna del médico a la hora del parto.
3. Dificultad para las madres a la hora del parto en cuanto a la fuerza expulsiva y cooperación materna.
4. Cuidados que brinda el personal médico a los recién nacidos con lesiones cutáneas transitorias en la sala de parto y neonatología.
5. Impacto familiar después del nacimiento del recién nacido con lesiones cutáneas.
6. Los padres de los recién nacidos que están ingresados en el área de neonatología reciben educación a cerca de los cuidados de las lesiones de sus bebés.
7. Verificar quienes realizan la educación a los padres.
8. Causas de partos distócicos.
9. Tipos de partos en el que se presentan las lesiones cutáneas transitorias en el recién nacido.
10. Anormalidades del neonato.

Fotos

Área de sala de partos y neonatología



Momento de labor de parto



Visitas, indicaciones y recomendaciones médicas en post parto



Realización de encuestas

