



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C. INCORPORADA
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
CLAVE 8723

EVALUACION DE LA APLICACION TEORICO-PRACTICA A
ENFERMERIA EN LOS PASOS INICIALES DE REANIMACION AL
RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

LUNA RODRIGUEZ ARMANDO
N° DE CUENTA 406530499

VILLA ALCANTAR GRISEL
N° DE CUENTA 406530640

ASESOR:
MED. ESP. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ

ZAMORA DE HIDALGO.MICHOACAN.OCTUBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Hoy que llego al final de esta meta es importante para mí la palabra agradecimiento, es mucha la gente a la que quiero agradecer y dedicar este logro por su apoyo, compañerismo y amistad en las diferentes etapas de mi carrera. Algunas están a mi lado y otras en mis recuerdos, sin importan donde estén o si alguna vez llegan a leer estas palabras, quiero darle las gracias por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y bendiciones que me han llegado.

- ❖ Mami, hoy me atrevo a decir y sin temor a equivocarme eres la mejor mama del mundo, gracias por el esfuerzo y apoyo incondicional que cerca o lejos ahí a estado. Gracias por confianza que depositaste en mí.
- ❖ Papa, este logro lo quiero compartir contigo, por las fuerzas y agallas que me ayudaste a encontrar. Quiero que sepas que ocupas un lugar muy especial en mí.
- ❖ Hermanos, gracias por permitirme compartir mi alegría y sus alegrías, se que siempre tuve su apoyo sin esperar nada de mi parte. Los quiero mucho.
- ❖ Escuela de enfermería de Zamora AC y personal docente, gracias por haberme abierto las puertas a la enseñanza y los conocimientos que me ofrecieron con el único objetivo de formar una persona con ética y valores.
- ❖ Empresa San José fuiste mi escuela sin pedirme una remuneración al contrario me premiaste por aprender día con día con un reconocimiento personal y profesional, gracias por el apoyo brindado.

Luna Rodríguez Armando

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Hace poco más de cuatro años que mi vida cambió por completo, dando un giro de 180°; No obstante, con el paso del tiempo se aprende que la felicidad es gratis y fiel cómplice de todos los días....

Antes que nada agradezco a Dios el no haberme abandonado, por ayudarme a levantarme de mis fracasos y aprender de ellos y principalmente por permitirme realizar el sueño más importante de mi vida, mi carrera.... Al lado de grandes seres mi familia, amigos, profesores.....

Agradezco infinitamente a la casualidad que la vida me permitió al haberme puesto en un hogar extraordinario al nacer, con el apoyo incondicional de mis padres y hermanos. Es difícil imaginar cómo sería mi caminar cotidiano sin recordar su comprensión, su apoyo inmenso y su gran amor. Gracias a mis padres y hermanos por dedicar parte de sus vidas conmigo y por darme aliento para la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo día.

Gracias a todos aquellos amigos y maestros que con su ayuda colaboraron en la realización de de mi Tesis y por enseñarme el verdadero valor de la vida..... GRACIAS.....

VILLA ALCÁNTAR GRISEL

INDICE

I.	INTRODUCCION	5
	I.1.1. Definición del tema	5
II.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	7
III.	MARCO TEORICO	8
	III.1 Antecedentes	8
	III.II Marco legal	10
	III.III Clasificación del recién nacido	11
	III.IV Preparación para el parto	12
	III.V Evaluación	14
	III.VI Atención del recién nacido en la sala de toco cirugía	18
IV.	OBJETIVOS	22
	IV.I Objetivo general	22
	IV.II Objetivo específico	22
V.	JUSTIFICACION	23
VI.	METODOLOGIA	24
	VI.I Selección de variables	24
	VI.II Operacionalización de variables	25
	VI.III Tipo de investigación	27
	VI.IV Muestra	28
	VI.V Universo de trabajo	30
	VI.VI Tabla de nivel de conocimientos	36
VII.	RESULTADOS	34
VIII.	ANALISIS	37
IX.	DISCUSION	40
X.	CONCLUSION	45
XI.	SUGERENCIAS	46
XII.	ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DEL TEMA

A través de la historia, las prácticas de Reanimación Cardio-Pulmonar neonatal se han ido modificando en base a la luz de los nuevos conocimientos que han emergido en las distintas épocas, anteriormente las prácticas que se llevaban a cabo eran: sacudir al bebe con la cabeza hacia abajo, dar palmadas en las nalgas, la estimulación intraesofágica y sumergir al bebe en agua fría y caliente.

Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia para iniciar la respiración al nacer; cerca del 1% necesita medidas más complejas de reanimación para sobrevivir. En contraste, al menos un 90% de los recién nacidos hace la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina sin ninguna dificultad. Estos recién nacidos requieren poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular y completar la transición del patrón de flujo sanguíneo fetal al neonatal.

Hasta la época de los 80 en donde la Academia Americana de Pediatría y la Asociación del Corazón, determinan en base a estudios realizados en los monos Rhesus los patrones de asfixia considerándose 2 eventos primordiales como son; la apnea

primaria y secundaria. El conocimiento de la fisiología cardiovascular y respiratoria durante la etapa fetal y de transición que tiene el recién nacido, da pie a una serie de pasos para favorecer y apoyar su nacimiento, durante estos momentos iniciales y de adaptación. Gracias al impacto que tuvo la aplicación de éstas maniobras en la morbilidad y mortalidad neonatal mundial; el Sector Salud a partir de los años 90, ha llevado a cabo, con el apoyo de los colegios de Pediatría de las distintas entidades de la Republica Mexicana, una capacitación intensa y permanente de todo el personal de la salud, sean: médico, enfermeras, anesthesiólogos, médicos internos y estudiantes de enfermería, inicialmente fue en forma voluntaria y actualmente por indicación presidencial es obligatoria que esta se realice en todas las instituciones públicas o privadas, así como en las escuelas o universidades de medicina y de enfermería, por lo que consideramos que en la actualidad no existen ningún elemento sin esta capacitación.

No obstante lo anterior se quiere determinar si en la práctica se lleva a efecto lo aprendido en el aula por lo cual a través del presente trabajo evaluaremos dichas acciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antes de esta década a partir de que se estableció en la secretaria de salud que en todos los hospitales es obligatorio que su personal médico (pediatras, ginecólogos, anesthesiólogos, urgenciólogos), enfermeras (auxiliares, generales, licenciadas. Etc.); tengan la capacitación del Curso de Reanimación Neonatal y que en la actualidad realizan como un requisito dentro de la certificación de los hospitales; el Hospital General de Zamora a través de curso cumple con el cometido de capacitar a su personal, lo que ha generado o favorecido una disminución en la morbi-mortalidad neonatal; sin embargo durante periodos observacionales de nuestra práctica clínica, no se han llevado a cabo correctamente los pasos iniciales en atención del recién nacido por lo que queremos determinar si ello obedece a carencia de conocimiento o actitud en aplicación del procedimiento ya que al definir la problemática está repercutirá directamente en una mejor atención al recién nacido.

MARCO TEÓRICO

La experiencia en la reanimación neonatal es antiquísima, existiendo en la literatura reportes en los siglos XIV a XVII donde se establecen la base a la reanimación moderna, así Benjamín Pug en 1754 impulso el uso de la intubación endotraqueal en recién nacidos asfixiados mediante el uso de una sonda de alambre arrollado y piel blanda ⁽¹⁾.

La Royal Humanae Society entre 1774 y 1776 recomienda el uso de la reanimación de boca a boca. En el siglo XX se generan una serie de acontecimientos en búsqueda de encontrar la forma adecuada de realizar la reanimación neonatal en niños asfixiados; así Crosk en 1958 reporta su experiencia con el método de estimulación eléctrica del nervio frénico ⁽⁵⁾. James en 1963 el uso de oxígeno intragástrico ⁽²⁾, Campbell, el uso de cámaras hiperbáricas ⁽³⁾, Daniel en 1966 el uso de drogas analépticas ⁽⁴⁾, o intentando iniciar la respiración por diferentes estímulos, incluyendo tracción gentil de la lengua, tomar de los pies al niño y sacudirlo, dilatación del esfínter anal, inmersión alternativamente en agua fría y caliente ⁽⁶⁾ mismas que fueron abandonadas por la falta de sostén científico y respuesta clínica. Sin embargo en la década de los años 60, se publica por Adamson en 1964 y Downes en 1968 la fisiopatología de la hipoxia, cuyo modelo se basa en la historia natural de la asfixia del mono Rhesus. En los años 70 se dan avances importantes en establecer

bases en la reanimación, así en 1972 Dahm establece la importancia de un ambiente térmico neutral en sala de partos y los efectos de la hipotermia ⁽⁹⁾. Kalber en 1962 y Milner en 1982 establecen que el apoyo ventilatorio se convierte en la piedra angular de la reanimación en los niños asfixiados ^(10,11); Berkowits en 1982 reporta los efectos de la compresión torácica en el flujo sanguíneo ⁽¹²⁾, Schlein informa los efectos de la adrenalina ⁽¹³⁾ y Sola en 1982 informa sobre la presión osmótica coloidal del recién nacido de término y prematuro normal ⁽¹⁴⁾. En 1981 la American Heart Association y la American Academy of Pediatrics comenzaron a suministrar un programa de adiestramiento estructurado con un texto adjunto por incorporar nueva información y experiencia ⁽¹⁵⁾ y en 1990 a través de la publicación del libro de reanimación cardiopulmonar neonatal elaborado por la academia americana del corazón y academia americana de pediatría se establece que todos los niños necesitan de las etapas básicas de la reanimación es decir evitar la pérdida de calor(secar y proporcionar calor),despejar las vías respiratorias(posición y aspiración), apoyar la respiración (estimular) y valorar la circulación(estimular la frecuencia cardiaca y el color)⁽¹⁶⁾.

En base a las necesidades de capacitación y adiestramiento del personal de salud en el programa de reanimación cardiopulmonar neonatal se debían implementar y dar la importancia a las normas que nos rigen como profesionistas.

En México las siguientes normas establecen la adecuada atención

y registro de las acciones relacionadas con la atención del recién nacido en sala de partos:

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

1. Norma Oficial Mexicana 197 SSA1- 2000. Establece requisitos mínimos de estructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada¹⁷.
2. Norma Oficial Mexicana 007 SSA2 – 1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio¹⁸.
3. Norma Oficial Mexicana 168 SSA1- 1998. Del expediente clínico¹⁹.

El personal de salud que se encuentra en una sala de partos y responsable de la reanimación neonatal debe conocer los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente

extrauterino. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación.

CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Los factores más determinantes en la supervivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

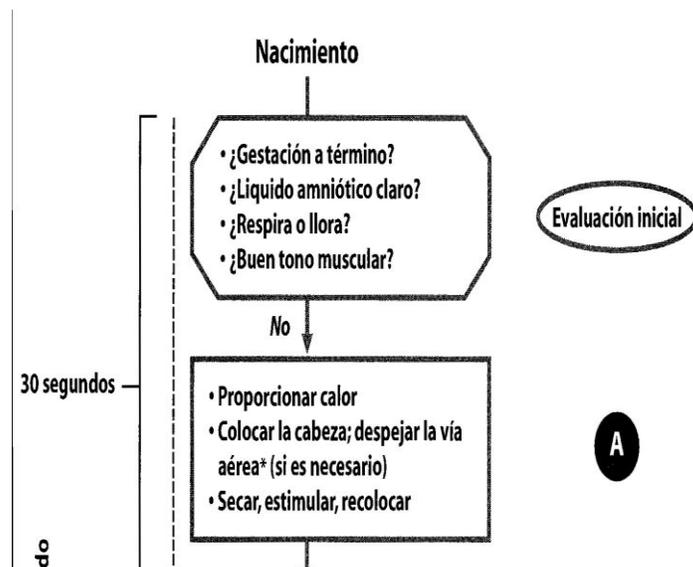
- RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 semanas de gestación y < de 42 semanas de gestación.
- RNPR (Recién nacido prétermino): Aquellos nacidos con < de 38 semanas de gestación.
- RNPT (Recién nacido postérmino): Aquellos nacidos con más de 42 semanas de gestación.

Clasificación en cuanto al peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en:

- AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el

peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (< 1.500g) y de extremo bajo peso (< 1.000g). Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo y por ende más propensos para realizar la reanimación cardiopulmonar neonatal ¹⁸.



PREPARACIÓN PARA EL PARTO

Anticipación

En casos de embarazo de riesgo las madres deben ser trasladadas antes del parto a un centro con capacitación para afrontar una reanimación neonatal completa y la posibilidad de

proseguir la atención del niño, si fuera necesario, en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Se considera que el útero materno es el medio de transporte óptimo. Pero hay situaciones en las que no es factible el traslado materno, por lo que en todo hospital donde haya asistencia obstétrica debe haber personal adiestrado en reanimación neonatal. Aunque la necesidad de reanimación en el paritorio puede ser un hecho imprevisto, hay factores de riesgo que nos alertan de aquellas situaciones en las cuales el niño puede necesitar reanimación. Es muy importante que la persona encargada del recién nacido en el paritorio: neonatólogo, pediatra y enfermera, dispongan de información completa sobre la evolución del embarazo, circunstancias del parto e indicadores específicos del bienestar fetal. En situaciones comprometidas para el feto, tener un conocimiento previo de esta circunstancia nos va a permitir asegurar que el material y el entorno en el que vamos a realizar la reanimación son los adecuados y coordinar al personal que va a intervenir, estableciendo claramente el papel de cada uno¹⁸.

Personal

En aquellos partos en los que no haya ningún factor de riesgo debe haber una persona con formación y capacitación en reanimación neonatal para llevar a cabo las maniobras de reanimación inicial, y siempre debe estar localizable dentro de la unidad la persona capaz de realizar una reanimación completa.

En los casos en los que existe algún factor de riesgo, la persona

capaz de realizar todas las maniobras que conlleva una reanimación completa debe estar “a la espera” del recién nacido.

En los casos en los que hay evidencia de grave compromiso fetal, al menos dos personas con capacitación para realizar una reanimación completa deberían estar en el paritorio. Una de ellas se encargará de ventilar, y si fuera preciso intubar, al recién nacido, y la otra de monitorizar la frecuencia cardíaca y realizar masaje cardíaco si es necesario. Si se precisa medicación, sería recomendable una tercera persona encargada de su preparación y administración.

El equipo debe tener un responsable que coordine a todos los miembros del grupo, que debe ser la persona más experta en reanimación y encargarse de la vía aérea.

Material

Se recomienda que en cada paritorio haya un punto determinado para realizar la estabilización o la reanimación del neonato. El material debe estar fácilmente accesible y en plenas condiciones de uso. El personal que atiende al neonato debe observar estrictamente las normas de protección que eviten el contacto con sangre o fluidos, ya que deben ser considerados potencialmente contagiosos.

Evaluación

Es importante tener siempre presente el ciclo de evaluación, decisión y acción. Una consideración importante es

que nunca debemos esperar al resultado del test de Apgar para iniciar la reanimación^{18,19}

EVALUACION DEL APGAR

La evaluación de Apgar es una valoración que orienta para reconocer el estado al nacimiento, está basada en la apariencia física, actividad y signos vitales. Se califica con 0, 1 ó 2 a cada uno de los signos y debe realizarse una vez pinzado el cordón umbilical y cuando se ha secado en forma gentil y al mismo tiempo vigoroso para que con la estimulación táctil se inicie la respiración espontánea. Se evalúa al recién nacido, para determinar que conducta debe seguirse, en el minuto uno y cinco de nacido.

Esquema de valoración	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular, llanto débil	Regular, llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Ligera flexión de extremidades	Extremidades flexionadas
Reacción a	No	Gesticulaciones	Buena

estímulos	respuesta		respuesta
Coloración de piel	Azul o pálido	Extremidades cianóticas	Sonrosado

Si la frecuencia cardiaca es baja, el esfuerzo respiratorio es inadecuado y/o está cianótico, se debe iniciar la reanimación inmediatamente, no espere a que pase el minuto para calificar el Apgar.

Si el recién nacido tiene calificación de Apgar de 7 – 10 al minuto, está sano; si tiene de 4 – 6 está en riesgo, y si tiene de 0 – 3 es un recién nacido enfermo y las acciones deben iniciarse de inmediato, sin esperar a que pase el minuto para terminar de evaluarlo.

Si la calificación de Apgar a los 5 minutos continúa por debajo de 7, o si presenta insuficiencia respiratoria, datos de alguna patología o malformación, debe trasladarse al cunero patológico para el tratamiento médico de acuerdo al protocolo de la unidad.

Si su calificación de Apgar a los 5 min. Fue mayor de 8 y no requirió maniobras de reanimación, debe pasar a alojamiento conjunto o cunero de transición.

Los cuidados inmediatos incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre la cuna de calor radiante.

EVALUACIÓN DEL SILVERMAN ANDERSON

Evaluar si hay presencia de dificultad respiratoria.

(1 a 3 Leve, de 4 a 6 moderada, de 7 a 10 severa)²⁰

Valoración de Silverman-Anderson			
Signo	0	1	2
Movimientos	Rítmicos	Tórax inmóvil, abdomen	Tórax y abdomen
Toraco - abdominales	y regulares	en movimiento	en "sube y baja"
Tiro intercostal	No hay	Discreto	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	No hay	Discreta	Muy marcada
Aleteo nasal	No hay	Discreto	Muy acentuado
Quejido espiatorio	No hay	Leve e inconstante	Constante y acentuado

ATENCION DEL RECIEN NACIDO EN LA SALA DE EXPULSION O DE TOCOCIRUGIA.

El propósito de la atención inmediata al recién nacido es ayudarlo a que inicie su autonomía fisiológica en las mejores condiciones, para mantener y/o conservar su estado de salud. Las acciones se inician, una vez expuesta la cabeza del neonato, se estimula y se seca, se aspira boca y nariz y luego las fosas nasales, en un lapso de 5 – 10 segundos. La aspiración puede hacerse con perilla o sonda Levin No. 12. Esta maniobra se debe realizar en todo tipo de parto y en operación cesárea cuando lo primero que se extraiga sea la cabeza. Es importante mantener las vías aéreas despejadas mientras se completa el nacimiento, recordándose que al pinzar el cordón umbilical se inicia la respiración espontánea y es el momento de evaluar las condiciones del recién nacido.

Los cuidados iniciales que se llevan a cabo son los que describimos a continuación:

1. Limpieza y prevención de la pérdida de temperatura:

El recién nacido está húmedo debido al líquido amniótico y puede enfriarse con facilidad. Para evitar la pérdida de calor, se debe secar a los recién nacidos ya que sufren descensos marcados de la temperatura corporal al perder calor por: conducción, radiación, evaporación y convección; este descenso térmico puede ser más severo

si el recién nacido presenta asfixia o hipoxia al nacimiento. La hipotermia en cualquier de las dos situaciones puede desarrollar problemas de tipo metabólico, incrementar la hipoxia, trastornos de coagulación e incluso infarto, complicando a un recién nacido sano o agravando a un niño con hipoxia.

Una vez que ya está seco y se cumplieron los pasos iniciales, se puede colocar al neonato en contacto con el pecho o el abdomen de la madre, esto también ayuda a mantenerlo caliente y este contacto es importante por otras razones:

- 1 Psicológicamente estimula a la madre y al niño a conocerse el uno al otro.
- 2 Tras el nacimiento los niños se colonizan con bacterias. Resulta ventajoso que el recién nacido se colonice con las bacterias cutáneas maternas y no por las bacterias de los asistentes hospitalarios.
- 3 Hay que capacitar a la puérpera para que inicie el amamantamiento temprano, de ser posible en la primera media hora posparto. Esta estimulación en el pezón por el neonato promueve la lactancia y además ayuda a las contracciones uterinas y con esto se disminuya la pérdida sanguínea posparto.

Aspiración de las secreciones de boca y nariz. Cuando sale la cabeza del neonato, el médico aspira la boca y narinas para facilitarle la respiración. En el momento en que el neonato respira por primera vez, el aire penetra en las vías respiratorias de los pulmones. Antes del nacimiento, los pulmones no se utilizan para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono y necesitan un menor abastecimiento de sangre.

Cuando el neonato empieza a respirar en el momento de nacer, el cambio de presión en los pulmones ayuda a cerrar las conexiones fetales y le da una nueva dirección al flujo sanguíneo. A partir de ese momento, la sangre es bombeada a los pulmones para ayudar a realizar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Algunos neonatos nacen con cantidades excesivas de fluido en los pulmones. Al estimular el llanto del neonato, facilita la eliminación de fluidos.

Cuando termina de nacer, se limpia de los restos de sangre y líquido amniótico; se aspira nuevamente boca y narinas para limpiar las vías respiratorias de cualquier secreción que esté obstruyendo la vía aérea. **Si el neonato no respira en el primer minuto, hay que realizar medidas de resucitación.**

2. **Pinzamiento o ligadura del cordón umbilical:** El personal de enfermería coloca las ligaduras cerca de la base umbilical, con una pinza sujeta el cordón y con la otra pinza la ligadura, la primera ligadura se coloca a 3 centímetros del abdomen del neonato y la segunda a un

centímetro de la primera.

Esto ayudará a que el neonato no tenga hemorragia umbilical.

Después de brindar los cuidados iniciales al neonato y encontrándose en óptimas condiciones de vida se le entrega a la madre para formar el vínculo materno

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la aptitud teórica-práctica del personal de enfermería en la aplicación de los pasos iniciales de reanimación cardio pulmonar neonatal al recién nacido en el Hospital General de Zamora.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar en el personal de enfermería el nivel de conocimientos en los pasos iniciales de reanimación cardio pulmonar al recién nacido a través de una encuesta.
- Evaluar la aplicación por parte de enfermería de los pasos iniciales de reanimación cardio pulmonar al recién nacido, a través de una lista de cotejo.

JUSTIFICACION

La mortalidad infantil en México es del 12.5 al 22.5 por cada mil nacidos vivos, siendo en Michoacán de 18 por cada 1000, correspondiendo el 60 % de estas muertes a nivel neonatal y de este porcentaje el 40 % son por hipoxia neonatal, dificultad respiratoria o aspiración de meconio, situaciones que son previsibles y corregibles como se ha demostrado desde la aplicación obligatoria a todos los hospitales privados e institucionales del sector salud por la SSA del curso de reanimación neonatal para el personal médico y de enfermería; el Hospital General de Zamora refleja una mortalidad de 3.9 por cada 1000 recién nacidos vivos, es una de las Instituciones que realizan esta capacitación de su personal en nuestra localidad en forma continua y por tal motivo cumple con este indicador presidencial. Considerando que en la Unidad Toco quirúrgica de este Hospital la enfermera es quien recibe al recién nacido y por lo tanto es la que brinda los cuidados iniciales de reanimación, debe, por tal motivo, estar preparada y capacitada para realizar dicha función, previniendo y limitando las complicaciones inherentes a la asfixia neonatal (daño neurológico funcional y estructural irreversibles) y con ello contribuyendo a disminuir la morbilidad y la mortalidad neonatal.

METODOLOGIA

SELECCIÓN DE VARIABLES

Definición conceptual de las variables

V1 (nivel de conocimientos del personal de enfermería en pasos iniciales)

Persona: Definida como un ser racional y consciente de sí mismo, poseedor de una identidad propia.

Enfermería: Es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano, abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

V2 (Cuidados iniciales en el recién nacido)

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.

Recién Nacido: Se puede denominar recién nacido o neonato al niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más;

desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Nivel de conocimientos de pasos iniciales de reanimación neonatal en enfermería	Personal de enfermería que recibió y aprobó el curso de Reanimación Cardio-pulmonar Neonatal a quien se le aplicará un cuestionario de 10 preguntas derivado del manual de reanimación neonatal y que evalúa los pasos iniciales de reanimación.	C	Ordinal	Excelente. 10 Bueno. 9 Regular. 8 Malo. 7 Muy Malo. 6 Por Azar 5
Aplicación de Cuidados iniciales en el recién nacido en enfermería.	Son las maniobras al recién nacido que se le brindan en los primeros minutos de vida y será evaluada a través de una lista de cotejo integrada por	C	Ordinal	Excelente. 10 Bueno. 9.5-8.5 Regular. 8. 4-7.5

	<p>las siguiente t variables: colocación i del recién nacido en v cuna precalentada, a posición cabeza, aspiración de boca- nariz, secado, retiro de campos húmedos, reposición de la cabeza y evaluación de un recién nacido y otro bañado en meconio.</p>			<p>Malo. 7.4-6.5 Muy Malo. <6.5</p>
--	---	--	--	--

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se basa en una modalidad de tipo Descriptiva, explicativa, transversal, observacional y no experimental.

La investigación descriptiva: Se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos.

Investigación explicativa: Es la explicación que trata de descubrir, establecer y explicar las relaciones causalmente funcionales que existen entre las variables estudiadas, y sirve para explicar cómo, cuándo, dónde y por qué ocurre un fenómeno social.

Investigación transversal: Son investigaciones que estudia un aspecto de desarrollo de los sujetos en un momento dado.

Investigación observacional: es un método que permite observar a los usuarios dentro de un entorno real.

MUESTRA

La muestra es Probabilística, por que se calculó en base al total de enfermeras de 210 englobando diferentes categorías como Licenciadas, Generales y Auxiliares.

MUESTRA

La muestra utilizada en el presente estudio es de tipo no probabilística, no experimental, descriptiva /explicativa.

Para obtener la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{E^2 * N - 1 + Z^2 * P * Q}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

Z= Confiabilidad que deseamos alcanzar siendo para este estudio del 0.95

P= Primera aproximación a la proporción poblacional para el presente estudio de .5

Q= Proporción de individuos que no presentan el fenómeno = 1-P= .5

E= Error que se desea permitir para el presente estudio = .05

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{E^2 * N - 1 + Z^2 * P * Q}$$

$$n = \frac{140 * 1.96^2 * .5}{* .5}$$

$$.03^2 * 208 + 1.96^2 * .5 * .5$$

$$n = \frac{209 * 3.84 * .5}{* .5}$$

$$.0025 * 208 + 3.84 * .5 * .5$$

$$n = \frac{200}{1.48}$$

n= 130 Enfermeras

UNIVERSO DE TRABAJO

Hospital General de Zamora, enfermeras Licenciadas, Generales y Auxiliares; aplicando el instrumento a 130 enfermeras.

Criterios de inclusión:

Personal de Enfermería que labora en el Hospital General de Zamora en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada que rolan por el departamento de Toco cirugía.

Criterios de exclusión:

Personal de Enfermería que no labore en el HGZ, personal de otras categorías (médicos, mantenimiento, intendencia, entre otros).

Criterios de eliminación:

Personal de enfermería que se niegue a contestar la encuesta, personal de enfermería que se encuentra de vacaciones o permiso.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Personal enfermería capacitada en reanimación neonatal:

Personal de enfermería que recibió y aprobó el curso de Reanimación Cardio-pulmonar Neonatal. Es una disciplina que en

el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual.

INDICADORES:

Excelente.	10
Bueno.	9.5-8.5
Regular.	8.4-7.5
Malo.	7.4 – 6.5
Muy malo	< 6

VARIABLE DEPENDIENTE:

Cuidados iniciales en el recién nacido.

Son las maniobras del recién nacido que se le brindan en los primeros minutos de vida y será evaluada a través de una lista de cotejo.

INDICADORES:

Excelente.	10
Bueno.	9
Regular.	8
Malo.	7
Muy malo	6
Por azar	5

ESCALA DE MEDICIÓN DE VARIABLES

Tipo ordinal

RESULTADOS

TABLA 1- NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS EN PASOS INICIALES DE REANIMACION

CONOCIMIENTOS TEORICOS	S I	N O	NO SE	TOTAL	% CONOCIMIENTO
A.- Identificación de un recién nacido sano.	28	76	1	105	26.6
B.-Identificación de un recién nacido vigoroso y no vigoroso	79	25	1	105	75.2
C.-Identificación de los criterios para clasificar a un recién nacido vigoroso.	34	70	1	105	32.3
D.- Conocimiento de la técnica para aspiración boca nariz.	24	78	3	105	22.8
E.-Conocimiento de la técnica para realizar una estimulación del recién nacido.	20	82	3	105	19.0

F.-Conocimiento e identificación de la apnea secundaria	3 4	7 0	1	105	32.3
G.-Conocimiento del ciclo de evaluación, decisión, acción.	3 0	7 3	2	105	28.5
H.-Conocimiento de Pasos iniciales en un recién nacido que nace con cianosis.	8 0	2 5	0	105	76.1
I.- Conocimiento de los pasos iniciales de un recién nacido con meconio y vigoroso.	8 5	2 0	0	105	80.9
J.- Conocimiento de la administración de oxígeno	9 2	1 3	0	105	87.6
Total	5 0 6	5 3 2	12	1050	48.19%

El nivel de conocimientos en pasos iniciales evidencia que este es deficiente, ya que la calificación global queda en el rango de calificación obtenida por el azar, siendo los rubros de mayor alarma la identificación de un recién nacido sano y el conocimiento del ciclo evaluación, decisión, acción.

TABLA 2: EVALUACION DE PASOS INICIALES EN REANIMACION NEONATAL

A.- preparación sala de partos	E.- Preparan el material para recibir al neonato	I.-Aspiran antes de secar
B.- Calientan la cuna de calor radiante	F.- se calzan guantes para recibir al neonato	J.-Aspiran boca y luego narinas
C.-Preparan la toma de oxígeno D.- colocan campos estériles	G.-Colocan al neonato en la posición adecuada	K.- cuanto tiempo tardan en dar los pasos iniciales
	H.- Despejan vía aérea de inmediato	

De acuerdo a lo registrado en la tabla resalta que en la preparación para recibir a un recién nacido lo hacen adecuadamente en el 85.6 % de los casos; en la preservación de calor cumplen en el 84.14, en despejar la vía aérea cumplen en el 85 % y en la realización de los pasos iniciales que deben cubrirse en un máximo de 30 segundos el personal lo realiza en un tiempo mayor, realizándolo adecuadamente en el 48.7 % de los casos.

Haciendo un análisis interno del Hospital Regional de Zamora se encuentran tanto fortalezas como debilidades que sirven para detectarlas y así poder brindar un servicio de calidad y calidez al público en general. Dicho Hospital cuenta con una fortaleza muy importante que es; el estar certificado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, fortaleciendo a los departamentos de Toco-cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, al mismo tiempo enriqueciendo la enseñanza de este personal que se encuentra laborando en dichas áreas.

Existiendo en toco cirugía: 1 sala de labor con 6 camas no censables, 1 sala quirúrgica, 2 salas de exploración y una sala de recuperación con 5 camillas no censables.

En Gineco Obstetricia cuenta con 18 camas censables.

Siendo Pediatría una de las áreas más completas en todos los aspectos: 4 cunas para lactantes, 3 incubadoras, 1 cuna para recién nacido, 4 cunas térmicas y 2 camas para escolares.

NACIMIENTOS DEL PERIODO DICIEMBRE 2010 HASTA ABRIL 2011

	TOTAL	MES	DIA	PORCENTAJE
NACIMIENTOS	1708	342	11	63%

Tasa de mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Zamora es de 3.9 x 1000.

TABLA 1. EVALUACION DE PASOS INICIALES EN REANIMACION NEONATAL

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	%
1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	63.6
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	81.8
3	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	63.6
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	81.8
5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	81.8
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	81.8
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	81.8
8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	72.7
9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	81.8
10	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	72.7
11	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	72.7
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
13	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	72.7
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	81.8
15	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	72.70
16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	72.70
17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	72.70
18	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	90.90
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	100
20	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	81.80
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100.0

ANALISIS DE DATOS:

El análisis se realizará a través del siguiente modelo biológico.

Conocimiento teórico en pasos iniciales de reanimación neonatal, y aplicación de los mismos durante la atención inicial del recién nacido por parte del personal de enfermería por lo que se analizarán a través de estadística descriptiva por medio de tablas de contingencia.

RECURSOS:

- A) HUMANOS: Conformados por dos pasantes de L.E.O. enfermería y un profesor asesor de tesis
- B) Físicos: Constan de papel bond tamaño carta, lápices, computadora, impresora.
- C) Financieros: Los gastos generados durante el desarrollo de la investigación son cubiertos por los dos pasantes de enfermería, no requiriendo de apoyos externos para la misma.

ASPECTOS ETICOS

Consideraciones Éticas:

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apego a lo que establece el:

TITULO PRIMERO, Artículo 2º, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Ya que se investiga la calidad de los pasos iniciales en la reanimación del recién nacido por parte del personal de enfermería. Artículo 3º, apartado: VII: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud. Por que de alguna manera se está supervisando el ejercicio profesional de la enfermera sobre un estado de salud específico.

Se apega a lo que establece el TITULO CUARTO, CAPITULO III Artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal de enfermería del Hospital General de Zamora

Se apega a lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 96.- apartado III. A la prevención y control de

los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, ya que los problemas de morbilidad neonatal continúa mostrándose como un problema de salud pública.

A lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Apartado II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio sólo se puede realizar con la información obtenida de las mismas enfermeras.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud..

El presente estudio se apega al Código de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto

DISCUSION

La SSA en los últimos años ha puesto especial interés en la atención neonatal. Motivo por el cuál todos los hospitales privados o institucionales, así como las Universidades y escuelas de Medicina, Universidades y Escuelas de enfermería deben obligadamente capacitar a su personal en la reanimación neonatal estableciéndose indicadores específicos para evaluar la atención del recién nacido como son índice de prematurez, índice de asfixia perinatal e índice de mortalidad neonatal ya que el resultado de los tres traduce la calidad de atención de la Unidad hospitalaria en cuestión. Aunado a lo anterior todas las muertes neonatales deben ser analizadas por el comité de mortalidad neonatal de la unidad para establecer las limitaciones o carencias que pudieran haber contribuido a los resultados desfavorables, es por ello que todos los hospitales de nuestra zona han puesto personal interés en preparar a su personal a través del curso de RCP neonatal contando para ello con instructores previamente capacitados para desarrollar el programa de capacitación de todo su personal especialmente urgenciólogos, ginecoobstetras, anesthesiólogos, pediatras, neonatólogos y enfermeras que se encuentran en hospitalización, urgencias, unidad toco-quirúrgica,

cunero patológico, habiendo cumplido el Hospital General con dicha capacitación, y el personal de la unidad a través de una constancia otorgada por la SSA al final de cada curso, constatan que desarrollaron y pasaron cada una de las evaluaciones que constituyen el curso de RCP. Este sustento en la formación del personal presenta un choque frontal con los resultados obtenidos tanto de la evaluación teórica como de la evaluación en servicio, al evidenciarse en el primero de los casos, resultados que están dentro de las respuestas obtenidas por el azar, lo cual indica que las estrategias didácticas para el desarrollo del curso no están impactando en el personal, o es probable que las respuestas de la encuesta no hayan sido respondido en forma responsable, que indistintamente cualquiera de las dos situaciones de ser una de ellas la responsable de los resultados es preocupante. En el segundo de los casos los puntos álgidos están en relación a la preservación de calor y manejo de la vía aérea y el tiempo que se administra para la aplicación de los pasos iniciales, lo que traduce que no existe dominio de las acciones a realizar de acuerdo a la evaluación previa.

Los resultados mostrados aunado a que en el HGZ la responsabilidad inicial de la reanimación neonatal recae en la enfermera y no el médico o idealmente en un equipo integrado por ambos actores, genera que actualmente la mortalidad neonatal en la unidad sea de 3.9 x cada 1000 Recién Nacidos vivos.

CONCLUSION:

Al investigar cosas tan específicas que ya están plasmadas en procesos o protocolos bien establecidos por asociaciones importantes es difícil poder dar un margen de error, pero a la vez es importante por que te das cuenta si en verdad funcionan o lo saben pero lo omiten.

El RCP neonatal es tan importante y básico en la persona que recibe al recién nacido puesto que tienes una vida en tu manos que no puedes dejar ir por el echo de que ya se te olvidaron las actividades o no las sabes; siendo el personal de salud el responsable de este suceso y el principal que debe saber lo básico de la reanimación neonatal.

Es preocupante ver los resultados que nos arrojo esta investigación tan minuciosa sobre suceso tan importante y sobre todo saber que es un hospital tan importante para la región, que en sus manos pone la vida de un nuevo ser que su único deseo es sobrevivir; sin quitar meritos tenemos se reconocer que el Hospital General de Zamora cumple cabalmente con la instrucción de su personal a través de cursos ex profeso, como el de reanimación neonatal, sin embargo el impacto que tiene este tipo de curso en el personal, teórico- práctico es deficiente y ello puede contribuir a incrementar la morbimortalidad neonatal.

SUGERENCIAS:

- 1) Integrar equipos de reanimación neonatal formados por el médico pediatra y enfermera en todos los turnos.
- 2) Si la carga de trabajo genera que se requiera distribuir las responsabilidades, el personal de enfermería que se encuentra en tóco quirúrgica debe de recibir capacitación continua, para poder ser responsable de la atención neonatal en forma inicial.
- 3) Dar prioridad a cubrir el área de tóco cirugía con el personal de salud suficiente.
- 4) Hacer de su conocimiento al personal de salud sobre los resultados obtenidos en la presente investigación y de esta forma hacer conciencia sobre el fenómeno que ocurre en esta área y de esta forma disminuirlo o erradicarlo.
- 5) Brindar la información del algoritmo de RCP neonatal a todo el personal de salud de tóco cirugía.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Subraya la respuesta correcta

1.- ¿Un recién nacido que esta respirando bien, tiene coloración rosada y no tiene meconio en el liquido amniótico ni en la piel requiere o no requiere reanimación?

a) Si b) No c) No se

2.- ¿Un recién nacido que tiene meconio y no esta vigoroso requerirá o no de la introducción de un laringoscopio?

a) Si b) No c) No se

3.- ¿Es verdadero que el hablar de un recién nacido vigoroso es cuando se encuentra con llanto fuerte, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto y reactivo?

a) Si b) No c) No se

4.- ¿Durante la aspiración de la nariz y boca del recién nacido la regla es primero la nariz y después la boca?

a) Si b) No c) No se

5.- ¿La maniobra correcta para estimular a un recién nacido es dando palmadas en la espalda?

a) Si b) No c) No se

6.- ¿Si un recién nacido presenta apnea secundaria, la estimulación por si solo es o no es suficiente para estimular la respiración?

- a) Si b) No c) No se

7.- ¿Después de suministrarle la estimulación a un recién nacido, este aun no respira, la siguiente acción es administrar mas estimulación?

- a) Si b) No c) No se

8.- ¿Un recién nacido esta presentando cianosis, los pasos iniciales son: colocar en una cuna de calor radiante, aspirar boca, nariz, secar y estimular?

- a) Si b) No c) No se

9.- ¿Un recién nacido cubierto con meconio presenta un esfuerzo respiratorio adecuado, tono muscular normal, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, coloración rosada, la acción correcta es aspirar boca-nariz con perilla o sonda de aspiración?

- a) Si b) No c) No se

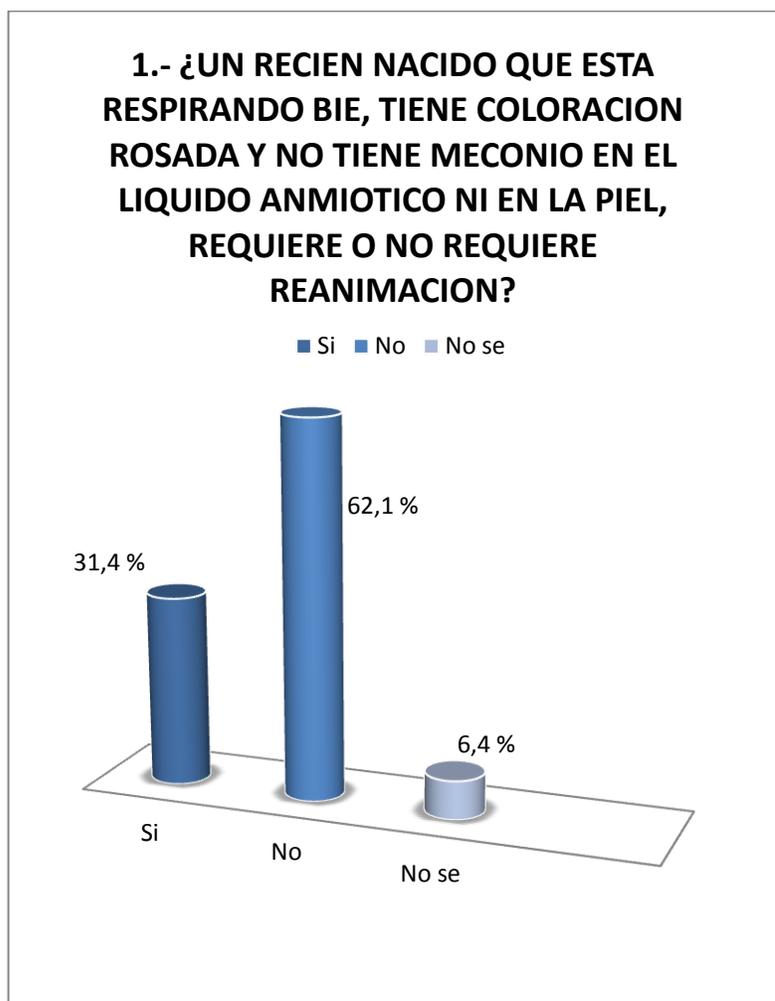
10.- ¿Si necesita administrar oxigeno durante mas de unos pocos minutos (menos 5 minutos), el oxigeno deberá ser a 3 litros por minuto?

- a) Si b) No c) No se

LISTA DE COTEJO

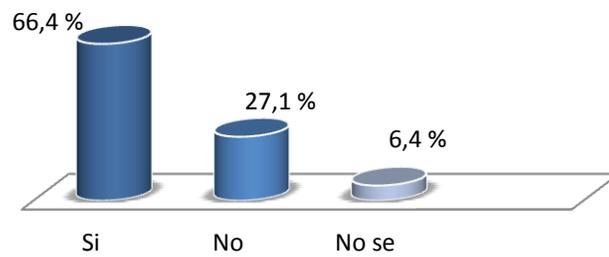
- A. Preparación de la sala de partos.
- B. Calientan la cuna de calor radiante.
- C. Preparan la toma de oxígeno.
- D. Colocan campos estériles.
- E. Preparan el material para recibir al neonato.
- F. Se calzan guantes para recibir al neonato.
- G. Colocan al neonato en la posición adecuada.
- H. Despejan vía aérea de inmediato.
- I. Aspiran antes de secar.
- J. Aspiran boca y luego narinas.
- K. Secan y estimulan al mismo tiempo.
- L. Valoran al neonato el estado de salud.
- M. No dejan que el neonato pierda calor.
- N. Cuanto tiempo tarda en dar los pasos iniciales.

GRAFICAS

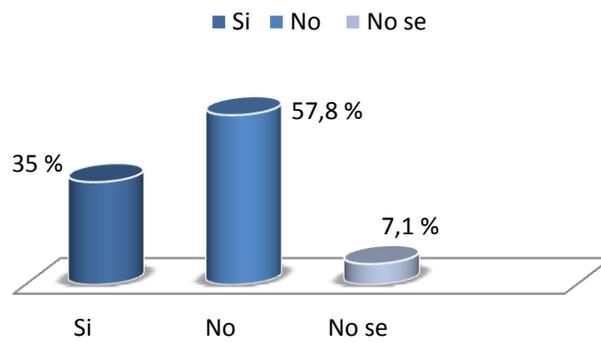


**2.- ¿ UN RECIEN NACIDO QUE TIENE
MECONIO Y NO ESTA VIGORSO
REQUIRIRA O NO DE LA
INTRODUCCION DE UN
LARINGOSCOPICO?**

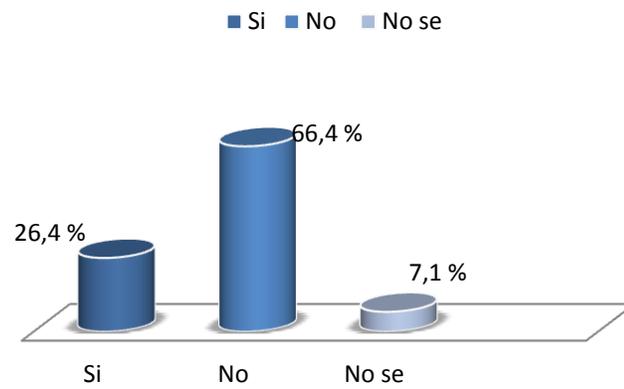
■ Si ■ No ■ No se



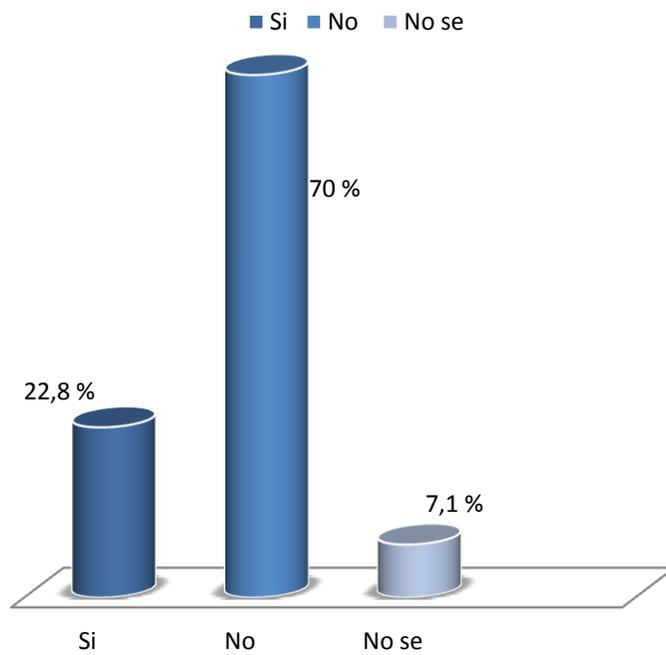
3.-¿ES VERDADERO QUE EL HABLAR DE UN RECIEN NACIDO VIGOROSO ES CUANDO SE ENCUENTRA CON LLANTO FUERTE, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LATIDOS POR MINUTO Y REACTIVO?



4.-¿ DURANTE LA ASPIRACION DE LA NARIZ Y LA BOCA DEL RECIEN NACIDO LA REGLA ES PRIMERO LA NARIZ Y DESPUES LA BOCA?

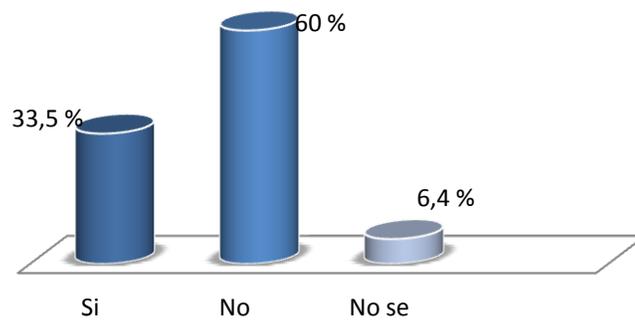


5.-¿ LA MANIOBRA CORRECTA PARA ESTIMULA A UN RECIEN NACIDO ES DANDO PALMADAS EN LA ESPALDA ?

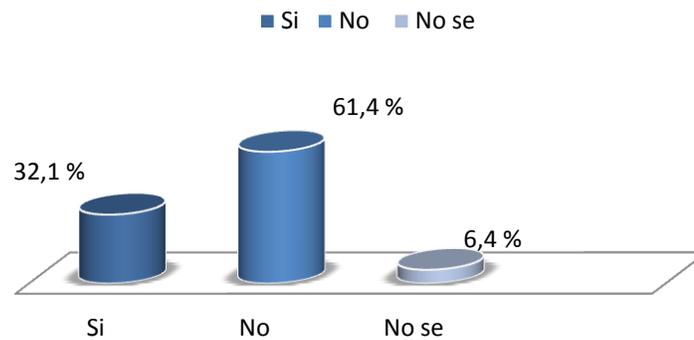


6.-¿SI UN RECIEN NACIDO PRESENTA APNEA SECUNDARIA LA ESTIMULACION POR SI SOLO ES O NO SUFICIENTE PARA ESTIMULAR LA RESPIRACION?

■ Si ■ No ■ No se

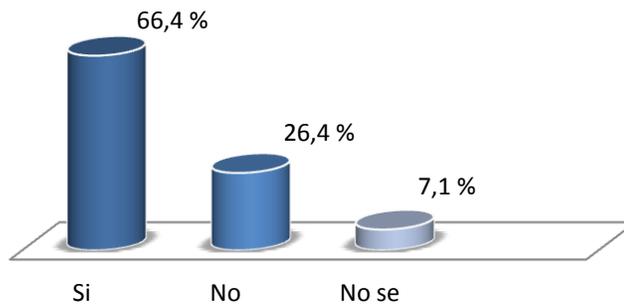


7.-¿DESPUES DE SUMINISTRARLE ESTIMULACION A UN RECIEN NACIDO, ESTE AUN NO RESPIRA, LA SIGUIENTE ACCION ES ADMINISTRARLE MAS ESTIMULACION?



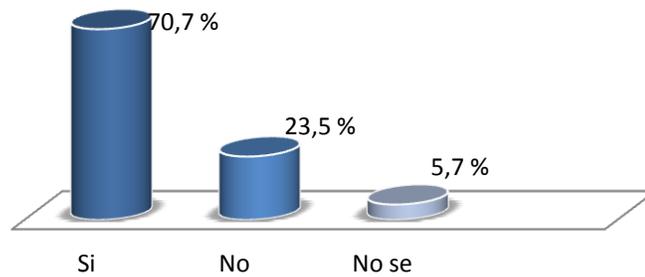
8.-¿UN RECIEN NACIDO ESTA PRESENTANDO CIANOSIS, LOS PASOS INICIALES SON: COLOCAR EN UNA CUNA DE CALOR RADIANTE, ASPIRAR BOCA, NARIZ, SECAR Y ESTIMULAR?

■ Si ■ No ■ No se



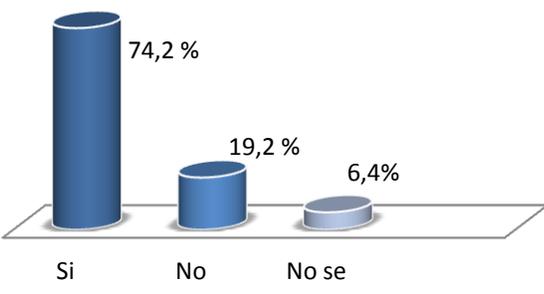
9.-¿UN RECIEN NACIDO CUBIERTO CON MECONIO PRESENTA UN ESFUERZO RESPIRATORIO ADECUADO, TONO MUSCULAR NORMAL, FRECUENCIA CARDIACA DE 120 LATIDOS POR MINUTO, COLORACION ROSADA, LA ACCION CORRECTA ES BOCA-NARIZ CON PERILLA O SONDA DE...

■ Si ■ No ■ No se



10.-¿SI NECESITA ADMINISTRAR OXIGENO DURANTE MAS DE UNOS POCO MINUTOS (MENOS DE 5 MINUTOS), EL OXIGENO DEBERA SER A 3 LITROS POR MINUTO?

■ Si ■ No ■ No se



**TASA DE MORTALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZAMORA DE 26 DE DICIEMBRE 2010 AL 25 DE ABRIL
DEL 2011**

PATOLOGIA	EDAD	SEXO		TOTAL
		H	M	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	RN	H	11	17
		M	6	
Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	RN	H	1	1
		M	0	
Otros recién nacidos pre término.	RN	H	1	1
		M	0	
Asfixia del nacimiento.	RN	H	2	4
		M	2	
Asfixia del nacimiento severo.	RN	H	2	4
		M	2	
Dificultad respiratoria del recién nacido.	RN	H	1	1
		M	0	
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.	RN	H	1	1
		M	0	
Enfisema intersticial y afecciones relacionadas en el periodo perinatal.	RN	H	1	1
		M	0	
Neumotórax originado en el periodo perinatal.	RN	H	1	1
		M	0	
Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal.	RN	H	1	1
		M	0	
Insuficiencia respiratoria del recién nacido.	RN	H	1	1
		M	0	

Hemorragia intracerebral (no traumática) del feto y el recién nacido.	RN	H	1	1
		M	0	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	RN	H	1	2
		M	1	
Otras malformaciones congénitas del corazón.	RN	H	0	1
		M	1	
Malformaciones congénitas del corazón no específicas.	RN	H	0	1
		M	1	
Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte.	RN	H	1	1
		M	0	
Hernia diafragmática congénita.	RN	H	1	1
		M	0	
TOTAL				40



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M

Martínez de Navarrete 611 Tel 51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza su impresión de tesis A:

LUNA RODRIGUEZ ARMANDO

VILLA ALCANTAR GRISEL

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Se extiende la siguiente a solicitud de las interesadas para los usos legales que a ellas convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 4 del mes octubre del año 2011

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Dirección

BIBLIOGRAFIA

1. White GMJ: Evolution of endotracheal and bronchial intubation. *Br J Anaesth.* 22:235-243, 1960.
2. James L, Apgar V, Burnard E, et al: Intra-gastric oxygen and resuscitation of the newborn. *Acta Paediatr Scand* 52:245, 1963.
3. Campbell A, Cross K, Dawes G et al: A comparison of air and O₂ in a hyperbaric chamber or by positive ventilation, in the resuscitation of newborn rabbits. *J Paediatr* 68:153, 1966.
4. Daniel S, Dawer G, James L, et al. Analeptics and the resuscitation of asphyxiated monkeys. *Br Med J.* 2:562, 1966.
5. Cross K, Roberts P: Asphyxiated neonates treated by electrical stimulation of the phrenic nerve. *Br Med J.* 1:1043, 1958.
6. Special Committee on infant mortality of the Medical Society of the County of New York. Resuscitation of the Newborn infants. *Obstet Gynecol.* 8:336, 1956.
7. Admissions K, Jr Behrman R, Dawes G, et al: Resuscitation by positive pressure ventilation and tris-hydroxy-methyl-aminomethane of rhesus monkey asphyxiated at birth. *J Paediatr* 65:807, 1964.
8. Downes G. Foetal and neonatal physiology. Chicago Year book Medical publishers, 1968.

9. Dham L, James L: Newborn temperature and calculated heat loss in the delivery room. *Pediatrics* 4:504,1972.
10. Kalbrey P, Cherry R, Escardo F et al :Pulmonary ventilation and mechanics of breathing in the first minutes of live, including the onset of respiration. *Acta Pediatr Scand* 51:121, 1962.
11. Milner A, Vyas H: Lung expansion at birth. *J Pediatr* 101:879,1982.
12. Berkowitz I, Chantarojanasiri T, Koehler R et al : Blood flow during cardiopulmonary resuscitation with simultaneous compression and ventilation in infants pigs. *Pediatr Res* 26: 558, 1989.
13. Schlein C, Dean M, Koehler R et al: Effect of epinephrine on cerebral and myocardial perfusion in an infant animal preparation of cardiopulmonary resuscitation . *Circulation* 73: 809,1986.
14. Sola A, Grgory G,: Colloid osmotic pressure of normal newborns and premature infants, *Critical care Med.* 9 ;568, 1981.
15. Casulaz D, Marlow N, Speidel B: Outcome of resuscitation following unexpected apparent stillbirth. *Arch dis Child Fetal Neonatal Ed* 78: F 115, 1998.
16. Kaltwinke J (ed): *Textbook of neonatal Resuscitation* .4th ed .Elk Grove Village, IL and Dallas,TX: American Academy of Pediatrics and American Heart Association.2000.

17. Kusiako T, Ronsmans C, y Van del Paal L. Perinatal mortality attributable to complications of childbirth in Matlab, Bangladesh. Boletín de la OMS 2000, 78:621-27.
18. Lawn J, McCarthy BJ, y Ross SR. The healthy newborn: a reference manual for program managers. CDC health initiative, 2001.
19. Norma Oficial Mexicana 197 SSA1- 2000. Establece requisitos mínimos de estructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
20. Norma Oficial Mexicana 007 SSA2 – 1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
21. Norma Oficial Mexicana 168 SSA1- 1998. Del expediente clínico.
22. Ibarra Fernández, Antonio José (2007). en español). *Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales*.
23. Rush RW, Davey DA, Segall ML. The effect of preterm delivery on perinatal mortality. Br J Obstet Gynaecol 1978; 85:806-11.
24. Neonatal Resuscitation. American Academy of Pediatrics. American Heart Association. 1997.
25. Avery. Tratado de Neonatología. 7ª ed. 2000.
26. Gomella. Manuales clínicos. Neonatología. 5ª ed. 2006.

27. Papile LA. The Apgar score in the 21st century. N Engl J Med 2001 Feb 15;344(7):519-20
28. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N Engl J Med 2001 Feb 15;344(7):467-71
29. Haddad B, Mercer BM, Livingston JC, Talati A, Sibai BM. Outcome after successful resuscitation of babies born with apgar scores of 0 at both 1 and 5 minutes. Am J Obstet Gynecol 2000 May;182(5):1210-4
30. Ibarra Fernández, Antonio José (2007). (en español). *Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales*. Consultado el 30 de marzo, 2008.
31. Cloherty. Manual de cuidados neonatales. 4ª ed. 2005.
32. Moss&Adam's heart disease in infants, children and adolescents. 7ª ed. 2008.
33. Langman. Embriología médica. 10ª ed. 2007.
34. Burón Martínez E, et al. Reanimación del recién nacido An Pediatr(Barc). 2006; 65(5):470-77.
35. AAP/AHA en Reanimación Neonatal. Guías 2000. Distribuna Editorial Médica. 4ta edición. 2000.
36. Hernández, Fernández y Baptista, "Metodología de la investigación" McGraw-Hill México 1991
37. Tratado de Pediatría. Nelson. 17ª ed. 2004.
38. Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos. Mª José Aguilar Cordero. 2003.

39. Tratado de Pediatría. M. Cruz. (8ªed). Vol.1. Espaxs. 2.000.
40. Enfermería Pediátrica. Isabel Chaure López; María Inarejos García. Masson 2001
41. Fetal Evaluation and Neonatal Care. Perinatal Education. University of Health Science Center. Charlottesville, Virginia. 1997.
42. Ventura-Juncá P. Mortalidad Neonatal. En Manual de Neonatología(Cap 2) JL Tapia y P Ventura-Juncá eds Santiago, P. Técnicas Mediterráneo 1999. Yeast J, Poskin M, Stockbauer J, Schaffer. Changing patterns in regionalization of perinatal care and the impact on neonatal mortality. Am J Obstet Gynecol Jan1998, Vol 178;1: 131-135.
43. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 1998.
44. Practice Guideline. Displasia of hip. American Academy of Pediatrics. 2000; 105: 896 – 905.
45. Capurro H, Konichezki S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia: A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J Pediatr 1978; 93:120.
46. Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infant by weight and gestational age. J Pediatr 71:161.

47. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991;119:417-423.