



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”**

**TEMA:**

**“Conocimiento de los cuidadores primarios en la atención  
de los neonatos en la sala C2 del Hospital pediátrico Dr.  
Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril  
2014”**

**Autora:**

**Mazzini Castro Blanca Azucena**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TUTORA**

**Lic. Kristel Franco Poveda Mg**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2014**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Mazzini Castro Blanca Azucena, como requerimiento parcial para la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

**TUTORA**

**Lic. Kristel Franco Poveda Mg**

---

Lic. Betty Montalván

---

REVISOR (ES)

---

Lcda. Olga Muñoz Roca

DIRECTORA DE LA CARRERA

---

Lcda. Ángela Mendoza Vinces, Mgs  
Guayaquil, a los 30 días del mes de Junio del 2014

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Mazzini Castro Blanca Azucena

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación: “Conocimiento de los cuidadores primarios en la atención de los neonatos en la sala C2 del Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014”, previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 días del mes de Mayo del 2014

LA AUTORA

---

Mazzini Castro Blanca Azucena

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, Mazzini Castro Blanca Azucena

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: “Conocimiento de los cuidadores primarios en la atención de los neonatos en la sala C2 del Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de Mayo del 2014

LA AUTORA

---

Mazzini Castro Blanca Azucena

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios todo poderoso, por ser el guía en el sendero de mi vida, a pesar de todos los obstáculos que se presentaron siempre ha sido mi camino y fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mi esposo Harvi Palma Rizzo, que con su apoyo incondicional, comprensión y cariño, siempre me incentivo a culminar con la meta que me propuse.

A mi madre, María Eva Soledad Castillo Castro y a mi Hermana, Martha Beatriz Castillo, que me apoyaron incondicionalmente con sus sabios consejos, buenos ejemplos y oraciones, supieron formarme con rectitud y responsabilidad.

A la Lic. Kristel Franco Poveda, por su apoyo profesional, tiempo y los conocimientos brindados para el desarrollo de mi trabajo de titulación.

A todas las personas que me ofrecieron su ayuda desinteresada y colaboradora de una u otra manera, en el proceso de mi investigación.

Mazzini Castro Blanca Azucena

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación se lo dedico a mi amado esposo Harvi Palma Rizzo, por todo el apoyo que me ha brindado, por su ayuda en los últimos años de mi carrera y dedicarme hasta sus horas libres de descanso.

En especial a mis hijos Harvy Rubén, Álvaro Harvi, Bianka Regina y Harvik David Palma Mazzini, quienes han sufrido tal vez un poco de abandono de mi parte cuando he tenido que anteponer mis obligaciones académicas ante ellos para brindar un mejor bienestar y futuro.

Mazzini Castro Blanca Azucena

# TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

PRESIDENTA

---

PROFESOR DELEGADO

---

PROFESOR DELEGADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”**

**CALIFICACIÓN**

---



## ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA .....	I
CERTIFICACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	iii
AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA.....	vi
CALIFICACIÓN.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xiv
RESUMEN.....	xv
SUMMARY.....	xvi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA.....	4
1.1 Razones que motivaron el estudio.....	4
1.2 Justificación del tema.....	5
1.3 Descripción del problema de investigación o situación problemática ..	7
1.4 Antecedentes .....	9
1.5 Contextualización en tiempo y espacio.....	10
1.6 Objetivos .....	12
1.6.1 Objetivo general.....	12
1.6.2 Objetivos específicos .....	12
1.7 Pregunta de investigación:.....	12
1.8 Delimitación del problema.....	13

1.9 Variables Generales.....	13
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEORICO .....	14
2.1 Antecedentes. ....	14
2.1.1 Teoría de la enfermería: teoría de la diversidad y la universalidad .	15
2.2 Neonato. ....	17
2.2.1 Definición. ....	17
2.2.2 Características. ....	17
2.2.3 Características biológicas .....	20
2.2.4 Regulación de la temperatura .....	21
2.2.5 Sistema tegumentario .....	21
2.2.6 Sistema reproductor del neonato .....	22
2.2.7 Higiene de la mama .....	25
2.2.9 Apariencia general .....	27
2.2.10 Signos vitales.....	27
2.2.11 Medidas antropométricas.....	28
2.2.11.1 Circunferencias y talla .....	30
2.2.11.2 Longitud supina .....	30
2.2.11.3 Perímetro cefálico .....	31
2.2.11.4 Circunferencia del brazo .....	32
2.2.11.5 Perímetro del tórax.....	33
2.2.11.6 Pliegues cutáneos .....	33
2.2.11.7 Abdomen .....	34
2.2.11.8 Valoración neurológica .....	35
2.3 Patología de mayor prevalencia en el Neonato. ....	36
2.3.1 Recién Nacido Prematuro .....	36

2.3.1.1 Exámenes auxiliares .....	36
2.3.1.2 Manejo según niveles y complejidad .....	36
2.3.1.3 Criterios de alta .....	37
2.3.2 recién nacido con asfixia del nacimiento .....	37
2.3.3 Recién nacido con síndrome de aspiración meconial .....	38
2.3.4 Recién nacido con neumonía.....	38
2.3.5 Sepsis bacteriana del recién nacido .....	38
2.3.6 Recién nacido con ictericia .....	40
2.3.7 Hipoglicemia neonatal.....	40
2.3.8 Toxoplasmosis congénita .....	40
2.4 Manejo neonatal de pacientes hospitalizados mundialmente .....	40
2.4.1 Causas subyacentes y causas básicas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal.....	42
2.4.3 Situación del manejo neonatal en el Ecuador .....	45
2.5 Deberes de la enfermera neonatóloga.....	48
2.6 Valoración .....	50
2.7 Intervención .....	51
2.8 Evaluación .....	52
2.9 Traslado del recién nacido .....	52
2.9.1 Cuidados de enfermería durante el traslado intrahospitalario del neonato.....	53
2.10 Rol del representante en el cuidado del neonato.....	54
Rol General del representante legal en el cuidado neonatal. ....	56
2.11 MARCO LEGAL .....	57
CAPITULO III.....	60
METODOLOGÍA .....	60

3.1 MÉTODO .....	60
3.1.1 Descriptivo .....	60
3.1.2 Explicativo.....	60
3.1.3 Cuantitativo.....	61
3.1.4 Universo y muestra .....	61
3.1.5 Tamaño de la muestra.....	61
3.1.6 Instrumentos de la investigación.....	62
3.2 Operacionalización de las variables.....	63
3.3 Análisis de resultado .....	72
3.3.1 Presentacion de los datos.....	73
3.4 Interpretación de los resultados .....	94
3.5 CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES.....	96
3.5.1 Conclusiones .....	96
3.5 .2 Recomendaciones .....	97
Bibliografía .....	98

## ANEXOS 1

### GUIA DE CUIDADOS

Introducción .....	102
Objetivos.....	103
Objetivo general.....	103
Objetivos específicos .....	103
Justificación. ....	103
Factibilidad.....	132
Recurso económico. ....	132
Recurso humano.....	132

## ANEXO 2

Glosario de términos	136
Guía de observación	140
Encuesta	141
Fotografías	144

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3. 1 Edad del Cuidador.....	73
Gráfico 3.2 Sexo del cuidador primario.....	74
Gráfico 3.3 Parentesco del cuidador con el neonato .....	75
Gráfico 3.4 Instrucción académica del cuidador .....	76
Gráfico 3.5 Análisis de genero neonatal atendido en la sala C2 en periodo de Diciembre2013–abril 2014 .....	77
Gráfico 3.6 Análisis del Rango de edades de los neonatos atendido en la sala C2 en periodo de Diciembre –abril .....	78
Gráfico 3.7 Análisis de las patologías frecuentes en los neonatos atendidos en la sala de hospitalización C2 .....	79
Gráfico 3.8 Análisis de la frecuencia de limpiezas de mano .....	80
Gráfico 3.9 Análisis de la frecuencia del cambio correcto de pañal .....	81
Gráfico 3.10 Se lava los senos antes de dar de lactar.....	82
Gráfico 3.11 Técnica de Asepsia del cordón umbilical.....	83
Gráfico 3.12 Capacitación del cuidado neonatal.....	84
Gráfico 3.13 Observación de enfermedad en el cuidado neonatal .....	85
Gráfico 3.14 Preparación para el cuidado neonatal.....	86
Gráfico 3.15 Recibir capacitación sobre el cuidado neonatal .....	87
Gráfico 3.16 Atención al neonato.....	88
Gráfico 3.17 Atención al neonato.....	89
Gráfico 3.18 Problemas que presento el neonato.....	90
Gráfico 3.19 Riesgos .....	91
Gráfico 3.20 Riesgos de contagio cruzado .....	92
Gráfico 3.21 Depositiones al día .....	93

## RESUMEN.

**Problema:** Tiene origen en la sala de hospitalización C2 la cual intervienen los padres o representantes, observándose problemas de cuidado y traslado así como riesgos de contaminación tal como la sepsis tardía. El manejo del neonato de forma correcta está a cargo de la enfermera, lo que indica que el cuidado del neonato por parte del cuidador es deficiente y la causa de reinfecciones en el paciente neonato convaleciente de la sala de hospitalización c2 y de la sepsis tardía.

**Objetivo:** en la atención de los neonatos en la sala c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014.

**Métodos:** Es descriptiva y cuantitativa y la propuesta de solución que es el diseño de una guía de cuidado neonatal para el cuidador o representante legal de la sala C2. Posee una visión científica de tipo explicativa.

**Resultados:** el 70% de los representantes legales encuestados no están muy seguros de que al momento de la visita familiar toma en cuenta los riesgos de infecciones cruzado al cual está expuesto el neonato. El 85% está de acuerdo con ser capacitados sobre el cuidado neonatal, mientras que el 12% estaría de acuerdo en ser parte de la capacitación mientras que el 3% no está muy seguro, evidenciando que el los representantes si desean poseer una guía para el cuidado del neonato en sala de hospitalización. C2 y en el hogar.

### Palabras clave:

**Cuidador -Manejo Neonatal- Área Crítica- Área de Hospitalización**

## SUMMARY.

**Problem:** It originated in the ward. C2 in which parents or guardians involved, showing care and transportation problems and contamination risks such as late sepsis. The management of the newborn is properly the responsibility of the nurse, indicating that neonatal care from the caregiver is poor and the cause of reinfection in patients recovering from neonatal ward c2 and late sepsis. **Objective:** To establish the knowledge of caretaker or legal representative in the neonatal patient management of critical areas "Neonatal Intensive Care and Neonatal Intermediate Care" to ward "C2" Children's Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde "by the city of Guayaquil December 2013 to April 2014 to design and implement an educational plan focused on neonatal care legal guardians. **Methods:** This is a descriptive and quantitative and the proposed solution is to design a guide to neonatal care for the caregiver or legal representative of the room C2. It has a scientific view of explanatory type. **Results:** 70% of respondents legal representatives are not quite sure that when the family visit takes into account the risks of cross infection to which the infant is exposed. 85% agree to be trained in neonatal care, while 12% would agree to be part of the training while 3% are not certain, showing that the representatives if they wish to have a guide for the in neonatal care ward. C2 and in the home.

### Keywords:

**Knowledge - Management - Area Neonatal Critical - Area Hospital**



# INTRODUCCIÓN

Los representantes legales, cuidadores o padres del neonato les corresponde el cuidado adecuado responde de alto valor en la recuperación del paciente, por medio de los conocimientos dados por la licenciada de enfermería, por ello el personal de Enfermería profesional y auxiliar constituye un recurso técnico necesario que brinda atención integral al recién nacido, permitiendo que la recuperación en el neonato concluya sin complicaciones, la aplicación de los conocimientos que brinda el personal de Enfermería influye en la posibilidad de otras complicaciones en el paciente no solo recuperando la salud sino también manteniendo un estado óptimo en la adaptación del medio.

Las diferentes patologías, motivo de ingreso trae como consecuencia las complicaciones que requiere una atención quirúrgica, sino también de cuidados pre y post-operatorios por parte del personal de Enfermería para una mejor recuperación del mismo.

## **Importancia y originalidad del trabajo.**

El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermera, es una necesidad humana esencial para el desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo.

Es de vital importancia la valoración del recién nacido, examinar su estado de salud a través de una serie de técnicas como la observación, inspección, auscultación, palpación y percusión que indique si el paciente viene con alguna patología. Desde hace 50 años se utiliza el Test de APGAR, gracias a este método se ha logrado reducir la tasa de

mortalidad y la tasa de morbilidad infantil. De esta manera se da importancia al cuidado esencial del neonato en la sala de Hospitalización c2 por parte de los cuidadores.

### **Objetivos de la investigación:**

Determinar el conocimiento del cuidador o representante legal en el manejo neonatal de pacientes de las áreas críticas “Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales” a la sala de hospitalización “C2” del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de la ciudad de Guayaquil de diciembre 2013 hasta abril del 2014 para diseñar e implementar un plan de educativo de cuidados neonatales enfocado hacia los representantes legales

### **Aporte practico de la investigación.**

El aporte practico o de la investigación está dado a los representantes legales o cuidadores quienes pondrán en práctica los nuevos conocimientos de la guía para el cuidado del neonato y mejorara las expectativas de vida y desarrollo cognitivo y vínculos afectivos más fuertes.

### **Tipo de metodología**

Es descriptiva y cuantitativa y la propuesta de solución que es el diseño de una guía de cuidado neonatal para el cuidador o representante legal de la sala C2. Posee una visión científica de tipo explicativa. Con una población que está conformado por un grupo de neonatólogos y médicos en reanimación neonatal, terapistas respiratorios con entrenamiento para tratar a recién nacidos, médicos pediatras expertos en atención de neonatos, enfermeras y enfermeros especializados de guardia las 24 horas.

Esto los convierte en una unidad de referente en el ámbito nacional, ya que brinda una atención avanzada para los neonatos prematuros y enfermos, con defectos cardiacos, quirúrgicos al nacimiento, infecciosos, y con complicaciones críticas en edades de 0 a 30 días de vida neonatal. El lugar en el cual se lleva a cabo la investigación dispone de 30 espacios, con un ambiente para aislamiento infectológico con capacidad para 7 neonatos; así como también de un área extensiva para 22 neonatos enfermos, y un cubículo privado para neonatos con atención personalizada.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. El derecho a la vida es sin duda alguna un derecho fundamental. Sin embargo, se puede preguntar con toda razón si existe una obligación concreta de hacer todo lo posible para proteger la vida humana o si se dan casos en los que se justifica éticamente no aplicar un tratamiento a un neonato defectuoso en forma notable.

La investigación consta de los siguientes capítulos:

**CAPÍTULO I:** Razones que motivaron el estudio, justificación, Descripción del problema, situación del problema de investigación, objeto de estudio, Pregunta de investigación, variables generales enfoque metodológico, y bibliografía.

**CAPÍTULO II:** El Marco teórico, fundamentación teórica, fundamentación legal, teoría de enfermería, Glosario de términos.

**CAPÍTULO III:** Presentación de los resultados, con las encuestas realizadas al personal de enfermería y representantes legales. Discusión de los resultados, Conclusiones y recomendaciones, Anexos

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA.**

### **1.1 RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO**

El presente trabajo se relaciona con el tema de: “Conocimiento de los cuidadores primarios en el manejo neonatal de pacientes con transferencia de área crítica Hospitalización sala C2 Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Diciembre 2013 hasta – Abril 2014”, la cual no se halla realizado por otra persona en el mismo Hospital, por lo que se debe realizar una serie de pasos metodológicos de investigación y de llegar a la solución del planteamiento o formulación del problema.

Durante el periodo que se lleva laborando dentro de las instalaciones del Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en la sala de hospitalización. C2 se observa problemas en el cuidado del paciente neonato procedentes de área crítica (unidad de cuidados intensivos neonatales, Cuidados Intermedios Neonatales) por parte de los representantes y cuidadores familiares previos al alta para dirigirse al domicilio.

La investigación surgió por ejemplo en la observación de pacientes con diagnóstico de sepsis tardía, HBN, ECN, Mielo meningocele, Ano imperforado, la cual surgió a través de los años de existencia y atención al paciente en el mencionado hospital, donde se observa la necesidad de proporcionar los cuidados específicos de enfermería a estos pacientes, en conjunto con la capacitación a los representantes legales del neonato porque se pudo evidenciar las falencias de la atención que se le dan por partido de los padres, como por ejemplo la falta de técnica el cuidado y la limpieza, traslado, control de temperatura, y demás cuidado generales que pueden poner en riesgo la salud del paciente.

Por todos estos puntos de cuidado neonatales es por medio del cual se realiza la investigación cuyo propósito es la ejecución e implementación de un plan educativo para el cuidado neonatal, el cual será proporcionado a los cuidadores o representantes legales del neonato, que sirva de guía para que el personal profesional y auxiliares, proporcione los cuidados específicos para estos pacientes, mejorando la estancia hospitalaria y la calidad de vida en el hogar.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.**

El estudio presente, desde el punto de vista científico, nos permite conocer la importancia de la teórica de enfermería aplicada al cuidado de los pacientes neonatos del área crítica o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales a la sala de hospitalización. C2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” en la que se dan los periodos de convalecencia de los pacientes neonatos.

En las últimas décadas el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales ha permitido que sobrevivan neonatos inmaduros y también la gran mayoría de los neonatos a termino con patologías graves, La manipulación de neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales a cargo de las enfermeras titulares o licenciadas, con ayuda de practicantes calificadas para la manipulación, por ello se observa el cuidado adecuado del personal al paciente ,pero caso contrario ocurre en el cuidado que se le da por parte de los representantes legales o padres del neonato quienes dan un cuidado deficiente con traslado inadecuado del neonato , para esto la investigación plantea el uso de una guía para el manejo y manipulación de neonatos en traslado de sala critica a sala de hospitalización. C2 para los representantes.

En el Hospital se debe mantener al neonato lo más estable posible siguiendo las normas pre establecidas entre las salas que participan en el traslado, se requiere una guía de cuidado para determinadas patologías que ayude y capacite al representante del neonato para evitar el reingreso por sepsis u otros patologías de prevalencia neonatal.

Uno de los puntos en los cuales se observa un trato eficiente en el cuidado y traslado es en la estabilización de oxígeno y ventilación por medio de CPAP, el cual es monitoreado por el terapeuta respiratorio y asistido correctamente por la enfermera en las debidas notificaciones en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales previo al paso a la sala C2. La enfermera evalúa de forma correcta, ente al paciente por medio de las normas APGAR, así como el traslado a la incubadora y demás procedimientos que deben ser esclarecidos en el marco teórico, pero en este caso la importancia de la investigación está relacionada a la capacitación o nivel de conocimiento que presentan los cuidadores en este caso son los representantes legales del neonato.

El desconocimiento en el cuidado neonatal tiene como consecuencia que los representantes legales no sepan cómo cuidar debidamente al neonato que puede repercutir en una mortalidad neonatal lo cual se puede calificar como problema por ello es necesario capacitar al representantes en este tema ya que para el año 2008, en el Ecuador, la tasa de “mortalidad neonatal” fue de 11.4/1000 nacidos vivos, que representó el 57% de la mortalidad infantil, siendo mayor la mortalidad tardía por sepsis neonatal por el pésimo aseo y cuidado del neonato en el domicilio y el entorno que lo rodea.

La tasa en la provincia del Guayas es de 7.9 por cada 1000 nacidos vivos ocupando el noveno lugar a nivel nacional. En el 2003 la OMS reportó por

estadísticas obtenidas en el año 2000 que la tasa mundial de mortalidad materna promedio es de 400 por cada 100.000 nacidos vivos

Como futura profesional de la carrera de enfermería, este proyecto me beneficiará tanto en lo científico la misma que beneficiara a la comunidad y a los representantes legales del neonato por estar capacitados n el debido cuidado y traslado del neonato, porque me ayudará al mejor desenvolvimiento del cuidado en casa por parte del representante legal en el campo de Enfermería no profesional.

El trabajo investigativo es factible, lo que permite desarrollarlo y culminarlo; porque para el estudio del manejo de los pacientes pediátricos con diagnostico que ameriten estar en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales , se debe emplear los conocimientos científicos y las diferentes técnicas de enseñanzas adquiridas, y aplicarlos en el cuidado y capacitación educativa en el representante legal del neonato, para proporcionarles atención de calidad en la estancia hospitalaria y en el hogar; lo que me exige mayor esfuerzo, dedicación y optimismo; logrando de esta manera, la obtención de nuevos criterios teóricos y prácticos en beneficio de los pacientes hospitalizados en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales trasladados a la sala de hospitalización. C2 de cuidados.

### **1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN O SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

El problema tiene origen en el representante al cuidado del neonato que es trasladado del áreas critica (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales) a la sala de hospitalización. C2 en cual intervienen los padres o representantes, observándose problemas de cuidado y

traslado así como riesgos de contaminación tal como la sepsis tardía e infecciones debido a la falta de conocimiento en el cuidado que se le debe de dar al neonato, así mismo en el representante legal no se ejecuta un correcto cuidado y aseo de manos o asepsia del lugar en el que se encuentra el neonato, pésimas posición de la madre al momento de la lactancia, limpieza y cambio de pañal de forma inadecuada produciendo problemas de infección de vías urinarias por bacterias de las heces y propias del ano, la capacitación está a cargo del personal de enfermería quienes aportan con el conocimiento necesario para evitar esto, dando la expectativa si este tipo de cuidado deficiente por parte del representante se repite en el hogar, en mucho de los casos a de complicar el estado de salud del neonato y muchas veces llega a la mortalidad.

Según lo observado en el cuidado del representante legal hacia el neonato es el tomar al neonato en sus manos sépticas, por este tipo de cuidado indebido y séptico se produce la sepsis tardía, así mismo al cambio del pañal el procedimiento de limpieza que se ejecuta no es adecuado la enfermera se ocupa de capacitar al representante e indicarle cual debe de ser el método adecuado de limpieza, en el periné el neonato, si esto no es realizado correctamente, en el neonato conlleva a una infección de vías urinarias por *Escherichia coli*, *Enterobacter spp.* Así mismo el problema se extiende por el cuidado deficiente al momento de estar con familiares que poseen problemas diagnosticados de infección respiratoria viral o bacteriana, provocando cuadros de infección cruzada o directa de neumonía.

Uno de cada cuatro pacientes en unidades de cuidados intensivos neonatales adquiere una infección durante la estancia hospitalaria a causa de los representantes legales al momento de ser trasladado al área o sala de hospitalización C2, (en países en desarrollo esta tasa puede llegar a duplicarse).



En Ecuador las estadísticas revelan que la tasa de IACS es de 13.9 x 1000 días/estancia mientras en Colombia el índice global de IACS está alrededor de 2.4 por cada 100 egresos hospitalarios, según el promedio histórico del índice para 2002-2006 reportado por el Boletín Epidemiológico Distrital de Infecciones Intrahospitalarias publicado en el año 2007

“La Incidencia de Infecciones Adquiridas en el Hospital (IAH) en la sala de hospitalización. C2 es muy alta comparada con las adquiridas en los demás sitios dentro del mismo hospital contribuyendo a mayor morbilidad y mortalidad tardías en los neonatos a causa del cuidado deficiente que le dan los representantes legales al neonato”

## **1.4 ANTECEDENTES**

La sala de hospitalización C2 está integrada 3 médicos tratantes en la mañana y residente, por la tarde se encuentra un médico tratante y 1 residente, por la noche solo se encuentra un residente. Dentro del personal se puede mencionar, 6 licenciadas de enfermería, 11 auxiliares de enfermería, 1 digitadora, 3 auxiliares de servicios varios.

El índice ocupacional del área física es de 1 cuarto de lactancia materna, 1 cuarto para preparar la medicación 1 cuarto de procedimientos 1 cuarto de limpieza, 1 cuarto de material e indumentaria sucia.

Los instrumentos de soporte y estabilización para el neonato son: 13 termo cunas y 12 cuneros, 4 cuneros de transporte, 30 soportes, 20 bombas infusorias, 1 tanque de oxígeno portátil, 25 sofás para los cuidadores, 4 mesas, 1 impresora, 1 nevera, 12 lámparas de fototerapia, 1 balanza para paciente y 1 para pañales.

La estación de enfermería está conformada por un mesón de hormigón revestido de mármol, debajo del cual se ubican anaqueles de maderas para guardar los formularios propios de la institución; sobre el mesón se encuentra un charol de RCP, 4 computadoras y 2 computadoras portátiles las que están conectadas al sistema informático de todos los hospitales de la Junta de Beneficencia por medio de servinter y una impresora.

El área de preparación de medicamentos también cuenta con un mesón de hormigón revestido de mármol, en cuyos anaqueles de maderas inferiores se almacenan medicamentos, soluciones, jeringuillas. Los anaqueles que se encuentran ubicados en la parte superior son de madera, donde se colocan desinfectantes, torunderos, equipo de infusión entre otros.

Esta área está equipada con nevera, lavabos, dispensadores de alcohol gel y toallas de papel desechables; además tiene ocho tachos de basura en colores rojo y negro, siete guardianes, un área para la preparación de biberones con esterilizadores, un carro metálico donde se almacenan leche de formula maternizada; también tiene una sección de utilería para ropa limpia y otra para la contaminada.

## **1.5 CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO**

La investigación se realizó en el período de 5 meses, de diciembre 2013 hasta abril del 2014, y el espacio donde se ejecuta este estudio, es en el Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, antiguamente “Alejandro Mann”; es el más antiguo de la ciudad de Guayaquil, pues data desde el año 1903.

Este hospital es el centro de atención pediátrico especializado de la ciudad y la región, atiende a neonatos comprendidos desde horas de nacido hasta los 17 años de edad, quienes llegan acompañados de los padres o de algún familiar, procedentes de la ciudad, de otros cantones o de otras provincias del país. Es importante mencionar que este hospital es regentado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en beneficio de los pacientes pediátricos.

Tiene todos los servicios necesarios de un hospital pediátrico, con una capacidad de 400 camas para pacientes hospitalizados, distribuidas en los diferentes Servicios: Clínica, Cirugía, Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal, Cuidados Intermedios de Cardiología, Emergencia, Unidad de Quemados y Consulta Externa en todas las especialidades; además, posee la Clínica Privada Pediátrica.

Consulta externa del Hospital Roberto Gilbert Elizalde atiende a la comunidad que habita en la ciudad de Guayaquil, también a personas provenientes de los cantones vecinos y de las 24 provincias del país.

Es uno de los más concurridos en el área de salud de la ciudad de Guayaquil, debido a la población asignada, que para el año 2013, la cobertura fue de 29.200, y se atiende un aproximado de 120 pacientes diarios en todas las especialidades; un promedio mensual de 2600 pacientes en consulta externa.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el conocimiento de los cuidadores primarios en la atención de los neonatos en la sala c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014. Para diseñar e implementar un plan de cuidados neonatales enfocados hacia el cuidador primario

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las actividades que cumplen los cuidadores primarios en la atención de los neonatos en la sala c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014.
- Definir el conocimiento de los cuidadores primarios en la atención de los neonatos en la sala c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014.
- Conocer el tipo de información que reciben los cuidadores primarios en la atención de los neonatos de la sala c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014.

### **1.7 Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son los conocimientos del cuidador primario en la atención de los neonatos en la sala c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014?

## 1.8 Delimitación del problema

**Lugar:** Ciudad de Guayaquil.

**Objeto:** Cuidados neonatales en área de Hospitalización C2.

**Campo:** Salud Pública

**Área:** Promoción y prevención de la salud. .

**Aspecto:** Conocimiento del cuidador primario.

**Temporal:** Diciembre 2013- Abril 2014

**Espacial:** Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”

**Universo:** Cuidadores de la sala C2

**Tema:** “Conocimiento de los cuidadores primarios en la atención de los neonatos en la sala C2 del Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Diciembre 2013 hasta Abril 2014”

## 1.9 VARIABLES Generales

- Conocimiento del cuidador primario o tutor
- Manejo neonatal

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes.**

La investigación posee como antecedentes estudios previos que hagan referencia a temas similares con enfoques diferentes o similares, por ello la investigación dio como resultado el hallazgo de un estudio hecho en la Universidad Técnica de Manabí con el tema de score en la determinación de sepsis neonatal en los recién nacidos del área de neonatología Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo” diciembre 2011- mayo 2012, denotando el uso de áreas críticas y de observación en el neonato y el rol del enfermero y las responsabilidades del cuidador.

En la Universidad Católica Santiago de Guayaquil se logró hallar un estudio con el tema de factores de riesgo relacionados con infección del torrente sanguíneo asociada a catéter intravascular en recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatal de la maternidad Enrique C. Sotomayor del año 2008” teniendo como segundo enfoque el cuidado de los representantes legales o cuidadores y el traslado que se debe de dar por parte de las enfermeras y el rol de capacitación al representante legal sobre el debido cuidado del neonato después de salir de sala de observaciones , en este caso al sala de hospitalización. C2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

Para entender mejor los postulados de cuidado y de capacitación a los representantes legales sobre el cuidado del neonato hay que conocer las leyes y teorías de la enfermería que posee amplia interpretación del tema

sobre el cuidado neonatal así como se expresa en el siguiente ítem teórico.

### **2.1.1 Teoría de la enfermería: teoría de la diversidad y la universalidad**

Leininger (1960), es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó la carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de san Antony denver.

El cuidado del neonato desde la perspectiva transcultural se constituye en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del neonato. El conocer las prácticas y creencias permite identificar y significar las prácticas que suelen pensarse como tradiciones retrógradas comparadas con el avance técnico científico al establecer un puente de comunicación entre los cuidados propios que tienen las personas y el conocimiento técnico científico que se tiene a través del cuidado de enfermería.

El presente artículo de investigación para la UCSG, se plantea como objetivo mejorar el cuidado Neonatal desde diferentes enfoques transculturales que le permitan a la enfermera dar herramientas constructivas a la familia respetando creencias culturales de cada núcleo familiar.

Cabe destacar, que la metodología utilizada para el desarrollo de esta investigación fue el bibliográfico. Por lo tanto, la construcción de conocimientos que se disponen se fundamenta en los principios de la teoría de Leininger, que acepta la Enfermería como un fenómeno transcultural, cuyo fin es conducir a las personas en diversas orientaciones culturales y estilos de vida específicos, con el objetivo de ofrecer un cuidado que sea acorde con la cultura. Para promover la salud de los neonatos, es importante reconocer la dimensión cultural, en la cual hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas. Esta interacción, sin duda, se facilitará en la medida en que la enfermera, tenga un conocimiento profundo de ese saber cultural y propio de cada familia y de esta manera pueda compararlas, pues se encuentran elementos comunes y diversos que propician un cuidado humano y universal, con el respeto a las diferencias y especificidades derivadas de la heterogeneidad de las familias y el entorno cultural.

La calidad de los cuidados ofrecidos a los neonatos dependerá de las respuestas que los representantes legales o cuidadores de presencia significativa establezcan la relación con el neonato, a mejores respuestas excelentes oportunidades de desarrollo. En este sentido, las familias son el fundamento de la sociedad; el respeto recíproco de derechos y obligaciones dentro de la misma, da como resultado una sociedad saludable y fuerte. Cuando tales relaciones familiares desaparecen, la sociedad pierde la compasión y el respeto hacia los demás. El papel de la enfermería en los servicios de neonatología se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de cuidados especializados en los neonatos de riesgo, fundamentado en la identificación, seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos. <sup>1</sup>

---

1 Castro- F., Labarrere, Y- González, G- Barrios, Y. 2007. Factores de riesgo del síndrome d dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. [En Línea] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23\\_3\\_07/enf05307.html](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf05307.html) [Septiembre, 2009]



## **2.2 Neonato.**

### **2.2.1 Definición.**

Se llama neonato al producto o feto recién nacido, que tiene 30 días o menos, contados desde el día del parto, ya sea que haya sido por parto natural o por cesárea. La palabra se aplica tanto a aquellos neonatos nacidos antes de tiempo, en tiempo y forma o pasados los nueve meses de embarazo.

### **2.2.2 Características.**

Un neonato, mide cerca de 50,8 cm. y pesa alrededor de 3,17 Kgs. En el momento del nacimiento, 95% de los neonatos pesan entre 2,200 y 4 Kgs, y miden entre 45,7 y 55,8 centímetros (Behrman y Vaughn, 1983). El tamaño en el momento de nacer está respectivo a factores tales como, raza, sexo, talla de los padres, nutrición y salud de la madre; los hombres tienden a ser un poco más altos y pesados que las hembras y es posible que un primogénito tenga menos peso en el momento del nacimiento que los que nazcan después.<sup>2</sup>

Durante los primeros días los neonatos pierden el 10% del peso corporal, primordialmente debido a la disminución de fluidos; cerca del quinto día, comienzan a recuperarlos, generalmente, lo han logrado totalmente entre el décimo y decimocuarto día. Los neonatos livianos pierden menos pesos, y los primogénitos menos que los que nacen después.<sup>11</sup>

La cabeza del neonato puede ser alargada y deformada debido al moldeamiento que facilitó el camino por la pelvis de la madre. Este moldeamiento temporal fue posible debido a que los huesos del cráneo

---

<sup>2</sup> Neonatología 2012, recuperado de <http://www.quimica.unam.mx/IMG/pdf/neonatologia.pdf>

del neonato no están fundidos todavía y no estarán totalmente unidos durante 18 meses.

Los RN son bastantes pálidos, incluso los bebés de raza negra que más tarde serán más oscuros tienen un aspecto rosáceo debido a la estrecha piel que pobremente les cubre la sangre que fluye a través de los minúsculos capilares. La vernix caseosa, cubierta grasosa que protege a los recién nacidos contra las infecciones, se seca en algunos días; así mismo, algunos neonatos son muy velludos, pero en pocos días el lanugo, desaparece.

El periodo neonatal se extiende desde el parto hasta el día 28 de vida. Durante este período el neonato debe hacer varios ajustes a la vida extrauterina. Varias de estas labores de desarrollo se presentan poco de después del parto y las tareas biológicas son aquellas que comprenden:

- Establecer y conservar la respiración
- Ajustarse a los cambios circulatorios
- Regular la temperatura
- Ingerir, detener y digerir los nutrientes
- Excretar los desechos
- Regular el peso

Las labores de comportamiento contienen:

- Instituir un ritmo regulado de conducta, independiente de la madre, que entiende: autorregulación del despertar, autovigilancia de los cambios de estado y patrones de sueño.
- Procesar, acopiar y organizar estímulos.
- Instituir una relación con quienes cuidan del neonato y con el entorno.
- El neonato a término (entre las 38 y 42 semanas de gestación) por lo general logra adaptarse con muy poca o ninguna dificultad.

Los neonatos pasan por fases de inestabilidad durante las primeras 6 a 8 horas después del parto que, en acumulado, se denominan tiempo de transición entre la existencia intrauterina y la extrauterina. Para detectar los desórdenes de adaptación que se muestran poco después del parto, las enfermeras deben ser conscientes de las tipologías normales de este periodo.

El parto y los eventos contiguos neonatales estimulan una respuesta simpática que se muestra en cambios de la frecuencia cardíaca, el color, la respiración, la función gastrointestinal, la actividad motriz, y la temperatura del neonato. Las características de la conducta también cambian durante esta transición.

La primera fase del tiempo de transición dura hasta 30 minutos después del parto, y se denomina primer periodo de reactividad. La frecuencia cardíaca del recién nacido aumenta con rapidez hasta 160 a 179 latidos/min, pero poco a poco cae hacia la media hora hasta una frecuencia basal entre 100 y 120 latidos/min. Las respiraciones son anómalas, con una frecuencia entre 60 y 80 respiración/min. Pueden auscultarse jadeos; también pueden notarse quejido audible, aleteo nasal y retracciones del tórax. Además, pueden presentarse breves periodos de apnea (respiración periódica).

Coincidiendo con esto los cambios en las frecuencias cardíacas y respiratorias, el neonato está alerta. El comportamiento del neonato está marcado por reacciones espontáneas de sobresalto, temblores, llantos y movimientos de la cabeza de un lado a otro. Este comportamiento exploratorio característico se acompaña de una disminución de la

temperatura corporal y un aumento generalizado de la actividad motriz con incremento del tono muscular.<sup>3</sup>

Las expresiones gastrointestinales de este primer periodo de reactividad incluyen la muestra de los ruidos intestinales, la expulsión de meconio y la producción de saliva.

Después del primer periodo de reactividad el RN o se duerme o muestra una disminución marcada de la actividad motriz. Este periodo de falta de respuesta, a menudo acompañado de sueño, dura de 60 a 100 minutos y va seguido de un segundo periodo de reactividad. Este se presenta más o menos entre la cuarta y la octava horas después del parto. Puede durar entre 10 min y varias horas. Se producen periodos de taquicardia y taquipnea y asociados con aumento del tono muscular, el color de la piel y la producción de moco. A menudo la expulsión de meconio se observa en este tiempo.

Esta secuencia se presenta en todos los recién nacido sin importar la edad gestacional o el tipo de parto. La duración del periodo varía según la cantidad y el tipo del estrés experimentado por el feto.<sup>4</sup>

### **2.2.3 Características biológicas**

Con el corte del cordón umbilical el neonato comienza a pasar por una fase de permutas rápidos y complejos. Aparecen muchas adaptaciones biológicas que hacen posible que el neonato se adapte a la vida extrauterina. Todos sistemas cambian sus funciones o se establecen durante el periodo neonatal y puesto que es esencial comprender estos cambios para analizar los datos de la valoración física del

---

3 Marta Sadurní Brugué, Carles Rostàn Sánchez, Elisabet Serrat Sellabona, 2008, El desarrollo de los neonatos, paso a paso, editorial OUC, Barcelona España.,

4 LEON SAENZ Ana Teresa Desarrollo Y Atención Del Niño de 0 a 6 Años. Tomo II, 2009, editorial EUED, Panamá.

comportamiento, a continuación describiremos primero los cambios y luego explicaremos la valoración física del recién nacido.<sup>5</sup>

#### **2.2.4 Regulación de la temperatura**

Son claras las diferencias anatómicas y fisiológicas entre el RN, el neonato y el adulto. El aislamiento térmico del bebe es menor que el del adulto. Los vasos sanguíneos están más cerca de la superficie de la piel y los cambios de la temperatura ambiental alteran la temperatura de la sangre y, por lo tanto, influyen sobre los centros de regulación de temperatura del hipotálamo. Los recién nacidos tienen una relación más grande entre la superficie y el peso corporal que los neonatos y los adultos. La posición de flexión del neonato ayuda a protegerlo contra la pérdida de calor, porque disminuye la cantidad de superficie corporal expuesta al ambiente.

Los neonatos también pueden reducir la pérdida de calor interna a través de la superficie corporal mediante la vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos.<sup>6</sup>

#### **2.2.5 Sistema tegumentario**

Todas las estructuras dérmicas están presentes al nacer. La epidermis y la dermis están unidas de forma suelta y son en extremo escuálidas. La vérmix caseosa (una sustancia blanquecina parecida al requesón) también se fusiona con la epidermis y sirve como cubierta protectora. La piel del RN es muy sensible y puede dañarse con facilidad. El color de la piel del neonato a término es eritematoso (rojo) durante unas pocas horas después del parto, y después se desvanece hasta el color normal. La piel

---

5 LEON SAENZ Ana Teresa Desarrollo Y Atención Del Niño de 0 a 6 Años. Tomo II, 2009, editorial EUED, Panamá.

6 Quero García-Alix, José, 2008, Evaluación del recién nacido, editorial Santos, Brasil.

a menudo parece moteada o manchada, en especial sobre las extremidades. Las manos y los pies pueden parecer un poco cianóticas. Esta coloración azulada (acrocianosis). Tiene origen en la inestabilidad vaso motriz, estasis capilar y un alto nivel de hemoglobina. Es normal y aparece de forma intermitente en los primeros siete días en especial cuando el neonato se expone al frío. El RN y a término es rojizo. La grasa subcutánea que se acopió durante el último trimestre actúa como un aislante. La piel del neonato puede estar un poco tenso, lo que sugiere conservación de líquido. Puede notarse la presencia de un vello fino, el lanugo, sobre la cara, los hombros y la espalda. Puede observarse edema real de la cara y equimosis (moretones) como resultado de la presentación de cara o el parto intervenido con fórceps.

### **2.2.6 Sistema reproductor del neonato**

Al nacimiento, los ovarios contienen miles de células germinales primitivas que representan el complemento total de los óvulos potenciales; no se forman ovogonias después del nacimiento en los RN a término. La corteza ovárica, que está formada en principio por folículos primordiales, ocupa una porción mayor del ovario en los neonatos que en las mujeres adultas. Desde el nacimiento hasta la madurez sexual el número de óvulos disminuye en cerca del 90%.

El útero del neonato, que está aumentado de tamaño durante el embarazo debido a los estrógenos maternos, sufre una involución en los primeros meses de vida y disminuye de tamaño y de peso. El hiperestrogenismo (grandes cantidades de estrógenos) del embarazo, que va seguido de una caída en los niveles de estrógeno posteriormente del parto, puede redundar en una descarga vaginal mucoide e incluso un manchado hemático leve (seudomenstruacion) que desaparece a las dos o cuatro semanas. Las carnosidades de la piel de la vagina (pequeños

crecimientos adicionales en ella) son hallazgos comunes y no tienen importancia ni precisan de ser resecaados ni tratados. Los genitales externos (labios mayores y menores) por lo general están edematosos y muestran un aumento de la pigmentación.

El neonato prematuro (periodo gestacional de 30 a 36 semanas) por lo general tiene un clítoris que sobresale de los labios mayores y menores. Los primeros son pequeños y tienen una amplia separación; en los neonatos que nacen después de 36 a 40 semanas de gestación son más grandes y casi cubren el clítoris; en los neonatos a término los labios mayores y menores obliteran el vestíbulo y cubren el clítoris. La vérnix caseosa puede ser abundante entre los labios.

Si el neonato nace en exposición de nalgas, los labios pueden estar edematizados. Es común la visión de equimosis debido al traumatismo de este tipo de nacimiento. Estos dos problemas por lo general se corrigen solos en unos cuantos días y no necesitan mayor tratamiento.

Al nacimiento los testículos están descendidos dentro del escroto en el 90% de los RN. Aunque este porcentaje es más bajo en el nacimiento prematuro. Hacia el año de edad la incidencia de falta de descenso en los testículos en todos los varones es inferior al uno por ciento. La espermatogénesis solo se presenta durante la pubertad. La adherencia del prepucio son casi universales en los recién nacidos. Durante el desarrollo prenatal el tejido del prepucio es continuo con la epidermis que cubre el glande.

El espacio prepucial (entre el prepucio y el glande) se forma poco a poco. La separación completa de los dos tejidos por lo general no está completa. Por esta razón el prepucio del recién nacido no se retrae del todo. El esmegma, Una sustancia blanca parecida al requesón se

encuentra por lo común por debajo del prepucio; también pueden observarse unas lesiones de pieles firmes, blancas y pequeñas denominadas perlas epiteliales en la punta. En el neonato prematuro menor de 28 semanas de gestación los testículos permanecen dentro de la cavidad abdominal y el escroto aparece en posición alta pegado al cuerpo. Hacia las 28 a 36 semanas de gestación los testículos pueden palpase en el canal inguinal y aparecen unas pocas arrugas en el escroto. Entre las 36 y las 40, los testículos pueden palpase en la parte superior del escroto y aparecen arrugas en la porción anterior. Después de las 40 semanas los testículos pueden palpase en el escroto y las arrugas cubren todo el saco escrotal.

El neonato post-maturo tiene arrugas profundas y un escroto pendular. El escroto por lo general tiene una pigmentación más oscura que el resto de la piel y es especialmente aparente en los neonatos de piel oscura. Esta pigmentación es una respuesta a los estrógenos maternos. Pueden observarse la apariencia de hidrocele causado por una acumulación de líquido yuxtapuesto a los testículos.

Es posible transiluminarlo con facilidad con una lámpara y por lo general disminuye de volumen sin tratamiento. Si la hidrocele es comunicante, es decir una hidrocele en el cual el proceso vaginal del testículo permanece abierto y hacia cuyo interior puede formarse líquido peritoneal por la presión intra abdominal y la gravedad, puede estar indicada la cirugía. Una hidrocele comunicante puede inclinar al neonato a una hernia; por consiguiente, la reparación quirúrgica está indicada si no se presenta la resolución espontánea hacia el año de edad.

Si el neonato varón ha nacido en presentación de nalgas, el escroto podrá aparecer muy edematizado. A menudo el escroto también presenta



equimosis por el traumatismo del parto de nalga. La hinchazón y la coloración ceden en pocos días.<sup>15</sup>

### **2.2.7 Higiene de la mama**

La inflamación del tejido mamario en los neonatos de ambos sexos procede de hiperestrogenismo del embarazo. En algunos neonatos puede observarse una descarga acuosa. Esta situación no tiene importancia clínica, no requiere un tratamiento y cede cuando se eliminan las hormonas maternas del organismo del neonato en unos pocos días. Los pezones deben estar simétricos sobre el tórax.

El tejido mamario así como el tamaño de las areolas aumentan con la gestación. La areola aparece un poco elevada hacia las 36 semanas de embarazo. Hacia las 38 aparece un botón mamario palpable, de 1 a 2 mm y que aumenta hasta 12 mm hacia las 42 semanas. El aumento de tejido mamario puede indicar grasa subcutánea en los neonatos más grandes. Sin embargo, una mayor cantidad de tejido mamario por lo general indica una calificación más alta de madurez.<sup>14</sup>

## 2.8 Valoración física del recién nacido

### CUADRO 2.1 Valoración física del recién nacido

HALLAZGOS NORMALES			
Área valorada y procedimiento de examen	Hallazgos promedio	Variaciones normales	desviaciones del rango normal posibles problemas (etiología)
<b>Peso</b>			
coloque el lienzo protector o un papel y ajuste la escala en cero. Pese a la misma hora todos los días. Proteja al recién nacido de la pérdida de calor.	niña 3.400 grs niño 3.500 grs	2.500 a 3.999 grs perdida aceptable de peso: 10% o menos los bebés blancos por lo general pesan 125grs más que los de otras razas. El segundo bebé pesa más que el primero.	peso menor o igual a 2.500grs (prematuridad, pequeño para la edad gestacional, síndrome de rubiolo congénita) peso mayor o igual a 4.000 (grande para la edad gestacional, diabetes materna, herencia; normal para estos padres) perdida de peso mayor del 10% (deshidratación).
<b>Talla</b>			
mida la logitud desde la coronilla hasta los talones, la medición es difícil en el bebé a término debido al moldamiento y a la extensión incompleta de las rodillas	50 cm	45 a 55cm	menor a 45cm o mayor a 55cm (aberración cromosómica, herencia; normal para estos padres)
<b>circunferencia cefalica</b>			
mida la cabeza en el diametro mayor. Circunferencia occipito-frontal. Puede ser necesario medir de nuevo al segundo o tercer día después de la resolución del moldeamiento y el caput succedaneum	33 a 35 cm se mantienen aproximadamente la misma circunferencia cefalica y toracica durante el primer y el segundo día después del parto	32 a 56,8cm	cabeza pequeña, menor o igual a 32cm: microcefalia (rubeola, toxoplasmosis, enfermedad de inclusión citomegalica) hidrocefalia: las suturas ampliamente separadas circunferencia mayor o igual a 4cm más que la toracica. Aumento de la presión intracraneal (hemorragia, lesión que ocupa espacio)
<b>circunferencia toracica</b>			
mida la línea de los pezones	2 cm menos que la circunferencia cefalica, un promedio entre 30 y 33cm		menor o igual a 30cm (prematuridad)
<b>circunferencia abdominal</b>			
mida por debajo del ombligo (por lo general no se mide al menos que haya una indicación específica)	aumenta el tamaño del abdomen después de la alimentación debido a la laxitud de los músculos abdominales el mismo tamaño del torax		aumento del tamaño del abdomen entre las alimentaciones (masa abdominal o bloqueo del tracto intestinal)
<b>Tegumentos</b>			
revise color examine y palpe examine al recién nacido desnudo en un área bien iluminada y calida sin cubiertas, la luz natural es la mejor examine al recién nacido cuando está tranquilo y cuando está activo	por lo general rosadas varia con el origen étnico; la pigmentación de la piel comienza a hacerse más oscura después del parto en la capa basal de la epidermis acrosianosis. Especialmente con el frío.	moteado signo de arlequin pletora telangiectasias (mordeduras de cigüeña o hemangiomas capilares) eritema toxico /neonatorum (salpullido del recién nacido)	roja oscura (prematuridad. Policitemia) palidez (problema cardiovascular, daño SNC, discrasia sanguínea, pérdida de sangre, transfusión entre gemelos, infección nasocoñal) cianosis (hipotermia, infección, hipoglucemia. enfermedades cardio pulmonares, malformaciones cardiacas, neurologicas o respiratorias)

Fuente: LEON SAENZ Ana Teresa Desarrollo Y Atención Del Niño de 0 a 6 Años. Tomo II, 2009, editorial EUED, Panamá

### **2.2.9 Apariencia general**

El nivel de madurez del neonato puede medirse valorando el aspecto general. Las características que han de evaluarse en un examen general incluyen: postura, tamaño de la cabeza, lanugo, vérnix caseosa, tejido mamario, surcos plantares, llanto y estado de alerta. La posición de reposo normal del neonato es de flexión general. El ombligo es el centro del cuerpo del neonato. El cuello es corto y abdomen prominente.

### **2.2.10 Signos vitales**

Siempre deben lograr medir la temperatura y las frecuencias cardíaca y respiratoria. La presión arterial no se valora habitualmente a menos que haya posibilidad de problemas cardíacos. Una continuidad cardíaca irregular muy lenta o muy rápida puede indicar la necesidad de una medición de la presión arterial.

En el pasado se fijaba un termómetro rectal después del nacimiento para obtener la permeabilidad del recto y obtener la temperatura inicial del recién nacido. Hoy en día la eliminación de meconio por lo general se acepta como validación suficiente de un esfínter anal permeable. Los termómetros electrónicos han facilitado esta tarea y proporcionan una lectura en un minuto. Si se usan termómetros estándar de mercurio deben colocarse en su lugar por lo menos durante tres minutos.

Los termómetros timpánicos pueden utilizarse después de que los canales auditivos del neonato estén libres de vérnix. La frecuencia respiratoria varía con el estado de alerta después del parto. Las respiraciones son abdominales y pueden contarse con facilidad observando o palpando con suavidad la elevación y depresión del abdomen.

Debido a las variaciones, es significativo contar los latidos cardiacos en un minuto completo. Las frecuencias apicales del pulso siempre se toma para descartar arritmias y soplos: las mediciones cardiacas y respiratorias se realizan cuando el neonato no está llorando.

El uso de un monitor doppler (electrónico) facilita la medición de la presión arterial. La presión sistólica neonatal por lo general es máxima poco después del parto y cae hasta un mínimo hacia las tres horas postparto. De allí en adelante comienza a elevarse de forma progresiva y alcanza una meseta entre los cuatro y los seis días después del parto. Esta medición por lo general es igual a la observada en el postparto inmediato. La lectura de la presión arterial varía con la actividad del neonato.

La presión arterial puede medirse en ambos brazos y piernas para detectar cualquier discrepancia entre los dos lados o entre la parte superior e inferior del cuerpo. Una discrepancia de más de 10mm de Hg entre los brazos y las piernas puede ser indicativo de un defecto cardiaco como una coartación de aorta.

### **2.2.11 Medidas antropométricas**

El **peso** al nacer del neonato a término varía entre 2.500 y 4.000 grs. Después del parto los neonatos pierden alrededor del 10% del peso que tenían al nacer. La causa es la excreción de líquidos a través de los pulmones, la vejiga y los intestinos y el bajo nivel de consumo durante los primeros días después del nacimiento. Por lo general recuperan ese peso inicial hacia los diez o catorce días de edad.

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

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

Las variaciones diarias de peso en los neonatos reflejan los cambios en la composición corporal, tanto de masa grasa como de masa libre de grasa. Conforme va aumentando la edad postnatal el agua corporal disminuye, lo que refleja un decremento igual o menor de 10% del peso al nacimiento en los neonatos a término, y una disminución igual o menor de 15% en los de pretérmino.<sup>4</sup> Esta disminución también puede estar ocasionada por una pérdida en las reservas endógenas de glucógeno y de tejido graso.

Después de esta fase de pérdidas, el recién nacido comienza a aumentar de peso a costa de tejido graso y muscular. La ganancia es variable y depende de las condiciones de salud del neonato, de su edad gestacional (EG) y su peso al nacimiento. En general, se espera un aumento diario de 20–30 g totales en niños a término y de 20–35 g totales ó 10–20 g/kg de peso en los de pretérmino.

Tradicionalmente, la evaluación del estado nutricional en cualquier paciente pediátrico se inicia con el registro de las mediciones antropométricas en las curvas de una población de referencia. Existen numerosas curvas para monitorear el crecimiento y ubicar al recién nacido dentro de una distribución percentilar al momento del nacimiento y durante los días posteriores, para así realizar una interpretación de los indicadores antropométricos. El clínico debe tener cuidado de preferir las curvas estándar que estén más de acuerdo a su población de neonatos.

### **2.2.11.1 Circunferencias y talla**

La cabeza se mide en su parte más amplia que es el diámetro occipito-frontal. La cinta métrica se pone alrededor de la cabeza en el nivel de las cejas del neonato. La circunferencia torácica por lo general mide cerca de dos centímetros menos que la cefálica. Con frecuencia el tórax tiene el mismo tamaño que la cabeza pero no debe excederlo. La cinta métrica se coloca alrededor del tórax del neonato en la línea de los pezones.

La circunferencia ventral se mide con la cinta alrededor del abdomen justo por debajo del ombligo. Las mediciones varían con el tamaño del neonato. El abdomen debe ser cilíndrico y sobresalir un poco. No siempre se mide, pero hay que hacerlo cuando se sospecha distensión abdominal.

La talla puede ser difícil de medir debido a la posición en flexión del recién nacido. El examinador sitúa a los recién nacidos sobre una superficie firme y extiende las piernas hasta que la rodilla está plana contra la superficie. Colocar la cabeza contra una superficie perpendicular y extender las piernas puede ayudar con esta medición.

### **2.2.11.2 Longitud supina**

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

que en los nacidos a término se tiene una ganancia promedio de 0.69–0.75 cm a la semana, durante los tres primeros meses de vida.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), con recién nacidos de la Unidad de Cuidados Intermedios, el crecimiento de los prematuros se encontró dentro de las cifras más altas que indica la bibliografía, con un crecimiento semanal en promedio de  $1.2 \pm 0.62$  cm (datos no publicados).

La longitud en los prematuros debe ser corregida para la EG hasta los 24 meses de edad, una vez que su edad no coincide ya con las tablas disponibles para prematuros.

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

### **2.2.11.3 Perímetro cefálico**

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

En los recién nacidos a término se espera una ganancia promedio de 0.5 cm a la semana durante los tres primeros meses de vida.<sup>5</sup> Cuando el aumento es mayor a 1.25 cm a la semana es un signo de sospecha de hidrocefalia o hemorragia intraventricular. Por el contrario, si la ganancia

es mínima o nula, podría existir una patología neurológica asociada con microcefalia.

Los recién nacidos prematuros sanos del INPer tienen aumentos promedio de  $0.86 \pm 0.39$  cm a la semana. El perímetro cefálico de los prematuros también debe ser corregido para la edad gestacional hasta los 24 meses de edad, considerando la validez de las tablas de referencia para prematuros.<sup>9</sup> Lo ideal es realizar la medición cada semana, pero en los lactantes que tienen algún problema específico relacionado con una alteración en la circunferencia cefálica es necesario llevar un control más cercano, con el fin de observar su comportamiento dentro de la distribución percentilar.

Técnica. El paciente debe tener la cabeza libre de cualquier objeto y de preferencia no debe estar en contacto con la cuna (se puede sentar sostenido por un observador distinto al que realiza la medición), lo ideal para realizar esta medición es usar una cinta de teflón de 1.0 cm de grosor. La cinta debe ser colocada en el perímetro máximo de la cabeza y como referencia se utiliza el punto máximo del occipucio y la glabella

#### **2.2.11.4 Circunferencia del brazo**

La circunferencia del brazo proporciona información sobre el contenido de masa muscular y masa grasa. Específicamente en los neonatos, da una referencia del crecimiento y desarrollo físico y del aumento de las reservas corporales. Es un indicador muy sensible ante cambios rápidos de grasa subcutánea y de composición corporal. En general, se esperan aumentos promedio semanales de 0.5 cm, mientras que en los neonatos prematuros del IN Per se han observado aumentos de  $0.43 \pm 0.3$  cm en promedio a la semana.



La relación perímetro braquial/perímetro cefálico es un índice sensible a la privación nutricional, ya que disminuye rápidamente cuando el tejido muscular y adiposo se ve depletado. Además, proporciona un índice de riesgo para el desarrollo de complicaciones metabólicas en la etapa neonatal asociadas con desórdenes en el crecimiento fetal.<sup>11</sup> En general, una relación mayor a 0.3 1 se considera normal, mientras que una relación menor a 0.25 indica un estado de desnutrición severa.

### **2.2.11.5 Perímetro del tórax**

Se utiliza para monitorear la acreción de tejido adiposo en los niños. La OMS recomienda utilizar este indicador como punto de corte para clasificar el riesgo de morbi-mortalidad del recién nacido cuando el peso al nacer no está disponible. Los RN con un perímetro de tórax menor a 30 cm se clasifican como de alto riesgo. No existe una cifra de informe para indicar que el aumento en perímetro de tórax está siendo adecuado; sin embargo, los cambios que se observan a la semana en neonatos prematuros estables son en promedio de  $1.29 \pm 0.95$  cm.

### **2.2.11.6 Pliegues cutáneos**

La medición de los dobleces cutáneos es un método sencillo y no invasivo para apreciar la cantidad de grasa corporal en los neonatos. Específicamente, en los prematuros, son de utilidad para valorar la acumulación de tejido adiposo a través de mediciones subsecuentes, ya que no existen fórmulas sencillas aplicables para deducir el porcentaje de grasa corporal total.

### **2.2.11.7 Abdomen**

El abdomen debe tener un contorno simétrico un poco redondeado. Las zonas peristálticas por lo general no son visibles; sin embargo, el abdomen debe moverse de forma visible durante la respiración. El remanente del cordón umbilical puede aparecer de color blanco-azuloso, contener dos arterias y una vena y estar libre de filtración de orina lo cual sería un signo de la presencia de una fístula entre la vejiga y el cordón (uraco persistente).

El cordón umbilical esta pinzado o asegurado al nacimiento y la pinza o el lazo por lo general se retiran cuando el cordón se seca, cerca de a las 24hs. El cordón umbilical comienza a secarse, se reduce y su color se torna negro hacia el segundo o tercer días de vida. Debe examinarse con frecuencia en busca de signos de infección (mal olor, enrojecimiento y drenaje purulento), granuloma (un tumor rojo pequeño y de apariencia de carne viva donde se separa el cordón umbilical), hemorragia y descarga. El cordón por lo general se desprende hacia las dos semanas del postparto. Cuando el neonato cumple su primer mes el ombligo debe estar curado.

La exploración del abdomen se lleva a cabo antes de la palpación y la percusión. Para originar la relajación y la comodidad durante el palpamiento el examinador flexiona las piernas del neonato en posición fetal. Si tiene un vientre asimétrico, lo que sugiere una masa interna, la valoración debe hacerse con excesivo cuidado. En el neonato prematuro la palpación puede revelar una amplia ausencia de los músculos rectos abdominales. Esta situación, denominada diastasis de los rectos abdominales, es el resultado de una inmadurez de los músculos.

La posición posterior de los riñones los hace menos accesibles a al palpamiento. Si esta no puede hacerse con una mano, a de usarse la

palpación bi-manual. En esta técnica el examinador coloca una mano por detrás del dorso del neonato mientras que palpa el vientre con las puntas de los dedos de la otra. El riñón puede sentirse entre las dos manos.

A menos que la vejiga esta dilatada, no debe ser visible. Puede percutirse por encima de la articulación púbica. La presencia de orina producirá un sonido timpánico. Al presionar sobre la vejiga puede inducirse la micción o salida de la orina. Debe apuntar la hora de la primera evacuación.

El abdomen debe percutirse después de que el neonato orina para evitar hallazgos que conduzcan a error. La percusión debe revelar un ruido timpánico (una nota clara y hueca como la de un tambor) por debajo del borde costal izquierdo que refleja la burbuja gástrica.

### **2.2.11.8 Valoración neurológica**

La valoración neurológica incluye una evaluación de los reflejos del neonato, y proporciona datos útiles tanto sobre su sistema nervioso como sobre el estado de maduración neurológica. Muchos comportamientos reflejos son importantes para la supervivencia, por ejemplo, la succión y la búsqueda. Otros reflejos actúan como mecanismo de seguridad, por ejemplo, el reflejo nauseoso, la tos y los estornudos. La valoración debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible porque los signos anormales presentes al comienzo del periodo neonatal pueden desaparecer. Es probable que reaparezcan meses o años más tarde como funciones anormales.

## **2.3 Patología de mayor prevalencia en el Neonato.**

### **2.3.1 Recién Nacido Prematuro**

#### **2.3.1.1 Exámenes auxiliares**

Se solicitaron los necesarios según el caso, de acuerdo a capacidad resolutive del establecimiento de salud:

- Hemograma, hemoglobina hematocrito, grupo sanguíneo y RH.
- Glucosa, calcio.
- Bilirrubina.
- Radiografía de tórax.

#### **2.3.1.2 Manejo según niveles y complejidad**

##### a) Termorregulación

Antes del nacimiento, se debe asegurar que la temperatura de la sala de partos se encuentre sobre los 24°C. Los recién nacidos prematuros y sobre todo los de peso muy bajo son los que sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal, debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular; por lo tanto menor aislamiento térmico con respecto al recién nacido a término. Control de funciones vitales: Frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria tomadas al minuto según sea necesario

c) Control diario de peso: Se debe de pesar al neonato diariamente para evaluar la tendencia de subida de peso y realizar los cálculos de sus necesidades energéticas y del equilibrio hidroelectrolítico.

d) Prevenir hipoglicemia: Mantener suministro de energéticos, asegurando una adecuada lactancia materna temprana y frecuente, monitorizar la glicemia con tiras reactivas en la primera y la tercera hora de vida y luego

cada 4 horas hasta que haya pasado el periodo de riesgo (en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional y los hijos de madre diabética deben continuar al menos durante 24 horas) (Revisar GPC Hipoglicemia).

e) Oxigenoterapia: Se suministrará según necesidad (cuadro clínico, saturación de O<sub>2</sub> y gases arteriales).

f) Alimentación: debe ser exclusivamente con leche materna a libre demanda, de día y de noche.

Inmunizaciones: de acuerdo a calendario nacional de vacunas. En el Recién Nacido de Bajo peso (menor de 2,000 gr) debe posponerse la aplicación hasta alcanzar su maduración.

h) Control obligatorio de hemoglobina y hematocrito, debe realizarse en las siguientes edades:

- 01 mes.
- 02 meses.
- 06 meses.
- 12 meses.
- 18 meses

### **2.3.1.3 Criterios de alta**

- Neonato sin dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria menor de 60 por minuto y sin requerimiento de oxígeno.
- Buena succión y ganancia ponderal con alimentación enteral al 100%.
- Antes de su egreso debe brindarse consejería a los padres sobre atención del neonato en el hogar.
- Seguimiento del neonato por consulta externa.

### **2.3.2 recién nacido con asfixia del nacimiento**

**CÓDIGO CIE 10: P21**

### **2.3.3 Recién nacido con síndrome de aspiración meconial**

CÓDIGO CIE-10: P24

### **2.3.4 Recién nacido con neumonía**

CÓDIGO CIE-10: P23

### **2.3.5 Sepsis bacteriana del recién nacido**

CÓDIGO CIE-10: P36

#### **2.3.5.1 Factores de riesgo asociados**

##### **1. Materno – prenatal**

- Alteraciones de la frecuencia cardiaca: Taquicardia, bradicardia, arritmia.
- Ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas.
- Fiebre materna en el parto.
- Infección urinaria materna en el tercer trimestre.
- Líquido meconial espeso o maloliente.
- Periodo expulsivo prolongado.
- Parto instrumentado.
- Parto séptico.

##### **2. Neonatal**

- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Sexo masculino.
- Maniobras de reanimación que requieran procedimientos invasivos.
- APGAR menor ó igual a 3 a los 5 minutos.
- Malformaciones mayores con solución de continuidad (onfalocele, meningocele).
- Exposición importante de mucosas.

### **3 Nosocomial**

- Normas de bioseguridad ausentes o inadecuadas: (**lavado de manos por parte del cuidador**).
- Uso irracional de antibióticos.
- Procedimientos invasivos (aspiraciones traqueales, cateterismo, punción suprapúbica).
- Hospitalización prolongada .
- Hacinamiento.

#### **2.3.5.2 Cuadro clínico**

Los signos y síntomas son variados e inespecíficos. Los más frecuentes son:

- Pobre succión.
- Mala tolerancia oral, vómitos.
- Diarrea, distensión abdominal.
- Somnolencia o letargia.
- Pobre respuesta al estímulo.
- Hipotonía o flacidez.

#### **2.3.5.3 Diagnóstico**

El aislamiento de un germen patogénico de la sangre es el criterio más específico para el diagnóstico de sepsis. Diagnóstico diferencial: signos o síntomas asociados a condiciones no infecciosas, entre otros se mencionan:

- Dificultad respiratoria del recién nacido: taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración meconial, cardiopatía descompensada entre otras.
- Deshidratación.
- Ictericia: isoimmunización, céfalo hematoma y otros.

- Hepatomegalia: Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC).
- Anomalías congénitas: obstrucción intestinal.
- Letargia: trastornos metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia y otros).
- Convulsiones: hemorragia intraventricular.
- Petequias en cara: circular de cordón.

### **2.3.6 Recién nacido con ictericia**

CÓDIGO CIE-10:

P55 Enfermedad Hemolítica del Feto y del Recién Nacido.

P58 Ictericia Neonatal debida a otras Hemólisis Excesivas.

P59 Ictericia Neonatal por otras causas y por las no especificadas.

### **2.3.7 Hipoglicemia neonatal**

CÓDIGO CIE-10: P70

### **2.3.8 Toxoplasmosis congénita**

CÓDIGO CIE-10: P37

## **2.4 MANEJO NEONATAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS MUNDIALMENTE**

Cerca del 86% de las muertes neonatales que se producen en todo el mundo son resultado directo de tres causas principales: las infecciones graves entre ellas la sepsis/neumonía, el tétanos y la diarrea, la asfixia y los nacimientos prematuros. Se calcula que las infecciones graves son la causa del 36% de todas las muertes neonatales. Si bien pueden ocurrir en cualquier momento durante el primer mes de vida, son la principal causa de muerte neonatal a partir de la primera semana.



Las condiciones de asepsia durante el parto son importantes para prevenir la infección, pero también es necesario detectar y tratar las infecciones maternas durante el embarazo. Es esencial detectar y tratar las infecciones de los recién nacidos lo antes posible después del parto. La asfixia (dificultades respiratorias tras el alumbramiento) es causa del 23% de las muertes neonatales, y puede prevenirse con una mejor atención durante el trabajo de parto y el parto.

Esta anomalía puede mitigarse con la presencia de un trabajador sanitario cualificado que sea capaz de detectar los síntomas y de reanimar al recién nacido. Los nacimientos prematuros (el alumbramiento se produce antes de finalizadas las 37 semanas de gestación) es causa directa del 27% de las muertes neonatales. Los bebés que nacen prematuramente experimentan más dificultades para tomar el pecho, para mantener una temperatura corporal normal y para resistir las infecciones que los bebés nacidos a término. Prevenir el paludismo en las mujeres embarazadas puede tener repercusiones positivas en la incidencia de nacimientos prematuros en las zonas endémicas de paludismo.

Según las estimaciones internacionales más recientes, que abarcan el periodo comprendido entre 2000 y 2007, el 15% de todos los recién nacidos nacen con un peso inferior al normal (se considera que un bebé tiene un peso inferior al normal cuando nace con menos de 2.500 gramos).

El peso inferior al normal al nacer, que puede venir originado por un nacimiento prematuro o por un crecimiento intrauterino restringido, es un factor subyacente en un 60–80% de las muertes neonatales. La mayoría de estos casos se producen en particular en Asia meridional, y también en África subsahariana, regiones que presentan los índices más elevados de desnutrición entre las mujeres y las niñas. La desnutrición materna está

estrechamente vinculada con una incidencia más elevada de recién nacidos con peso inferior al normal.

El crecimiento intrauterino restringido, que se refiere al crecimiento limitado del feto durante el embarazo, es uno de los principales factores de muerte perinatal. Al igual que el bajo peso al nacer, se asocia también a la salud deficiente y a la desnutrición de la madre, entre otros factores. Con una detección y un tratamiento adecuados, en especial el tratamiento temprano de las enfermedades maternas, y una buena alimentación, esta afección puede mantenerse bajo control y no tiene por qué acarrear consecuencias de por vida <sup>7</sup>

#### **2.4.1 Causas subyacentes y causas básicas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal.**

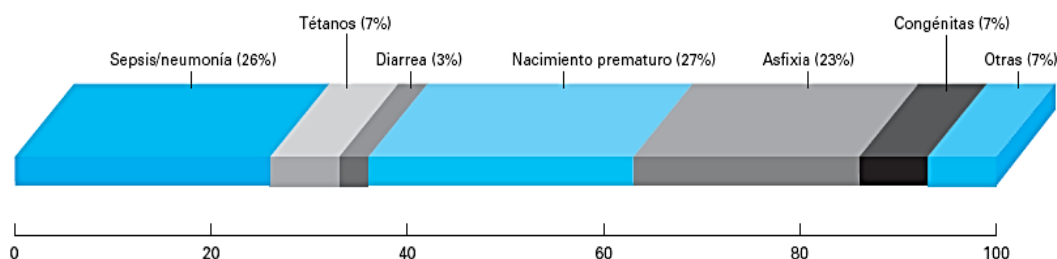
Además de las causas directas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, existe una serie de factores subyacentes en el ámbito comunitario, de los distritos y del hogar que pueden también ser perjudiciales para la salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos.

Entre ellos figuran la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados y la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, unas instalaciones de salud medioambiental deficientes, unos servicios de atención sanitaria básica inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal. Existen

---

<sup>7</sup>Patricia Moccia, 2009, Salud materna y neonatal, editorial UNICEF, publicación digital recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/SOWC\\_2009\\_LoRes\\_PDF\\_SP\\_USLetter\\_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)

también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerbaban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal



Fuente: Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths; When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, núm. 9462, 5 de marzo 2005, pág. 895.

#### 2.4.2 Situación neonatal en latino américa

Cada año, fallecen cerca de 400.000 menores de cinco años en la región. 190.000 mueren en primeros 28 días (70% por causas prevenibles). La mortalidad neonatal es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa el 60 por ciento de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones de menores de 5 años en ALC, la mayoría de las cuales podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo.

Las tendencias en la reducción de las muertes en el período neonatal indican que los avances son lentos, que persisten desigualdades en el acceso a la atención de salud -especialmente en el primer nivel de referencia-, y que una salud materna deficiente contribuye significativamente al riesgo de mortalidad del recién nacido.

La Región de las Américas ha realizado avances considerables en la reducción de la mortalidad de niños y recién nacidos. A pesar de estos logros y de cierto progreso, en muchos países de América Latina y el

Caribe la elevada tasa de mortalidad neonatal no ha mejorado según lo previsto; en varios países se ha reducido notablemente la mortalidad infantil, pero sin una disminución equivalente de la mortalidad neonatal. Por ejemplo, entre 1989 y 1998, la tasa de mortalidad infantil en Bolivia cayó 29%, mientras que, en ese mismo período, la mortalidad neonatal sólo disminuyó 7%. En América Latina y el Caribe existen desigualdades considerables entre los países y dentro de ellos. Las poblaciones urbanas y rurales más pobres y, de éstas, los pueblos indígenas y las comunidades de ascendencia africana, tienen tasas de alfabetización inferiores, menos acceso a la infraestructura básica y cobertura insuficiente de los servicios esenciales de salud de la madre, el recién nacido y el niño. Por ejemplo, en Guatemala, la tasa nacional de mortalidad neonatal es de 23 por 1.000 nacidos vivos, pero en una comunidad indígena del Quiché llega a 39; es decir, casi 60% más alta (Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Jefatura de Área de Ixil, 2003). Además, muchos países pasan por dificultades al atender adecuadamente las necesidades de las embarazadas y los niños en las zonas

La mortalidad neonatal actualmente representa 60% de las defunciones de menores de un año en América Latina y el Caribe, la mayoría de las cuales podría evitarse. Las tendencias en la reducción de la mortalidad neonatal revelan que los avances son lentos, que persisten las desigualdades en el acceso a la atención de salud - incluida la atención primaria - y que una salud materna deficiente contribuye significativamente al riesgo de mortalidad neonatal.

En América Latina y el Caribe cada año se producen casi 12.000.000 de nuevos nacimientos, y se calcula que, de ellos, unos 400.000 niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 lo hacen antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 en el primer mes de vida (OPS, 2004). La mayoría de estas muertes pueden ser evitadas.

En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal –definida como la muerte en los primeros 28 días de vida- se calcula en 15 por 1.000 nacidos vivos, y se estima que la tasa de mortalidad fetal se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal (TMN). Esta última representa 60% de las defunciones de menores de 1 año de edad y 36% de la mortalidad de los menores de 5 años. Las tasas de mortalidad son más altas en Haití, Bolivia y Guatemala, donde alcanzan niveles cinco a seis veces superiores a los de los países con las tasas de mortalidad más bajas, como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (OPS/AIS, 2005).

Los factores que contribuyen a una mortalidad neonatal elevada incluyen la baja visibilidad de las defunciones de los recién nacidos y de la salud de los neonatos en los entornos prioritarios nacionales; las desigualdades en el acceso a parteras calificadas y a la atención primaria de salud; y una salud materna deficiente constante, que acrecienta considerablemente el riesgo de mortalidad neonatal. Además, las intervenciones que se concentran en los recién nacidos para mejorar aún más los resultados son deficientes o inexistentes.<sup>8</sup>

### **2.4.3 Situación del manejo neonatal en el Ecuador**

La mortalidad materna y neonatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres, y el mayor peso de mortalidad en la población infantil, respectivamente. Estas muertes son consideradas indicadores universales de calidad en la atención de servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que el mayor porcentaje son evitables.

---

<sup>8</sup> Gobierno de Chile, 2010, Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción, Recuperado de: [http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf), Síntesis basada en los documentos en referencia y en presentaciones realizadas por la Directora de OPS y por el Centro CLAP/OPS

Los indicadores de muerte materna y muerte neonatal, son indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país y evidencian, en este caso, las condiciones en las que viven las mujeres y sus familias. Un elevado o un indeterminado número de muertes maternas y neonatales muestran en qué medida el Estado está cumpliendo con su obligación de garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres y sus hijos alcancen una salud plena

La muerte de un neonato frecuentemente es consecuencia de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, parto, puerperio, del nacimiento y del período neonatal. Estas falencias técnicas y operativas deben ser corregidas para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud como parte de las estrategias que permitan reducir la mortalidad materna y neonatal.<sup>9</sup>

La mortalidad neonatal incide directamente sobre el primero y más importante derecho del ser humano, el derecho a la vida desde el nacimiento, fundamento de todo proceso de provisión de servicios de salud con calidad. A esto se suma que a pesar de los esfuerzos en este campo, persisten niveles sostenidos en mortalidad neonatal junto con un elevado sub registro de nacimientos y muertes neonatales.

El período neonatal es el momento más vulnerable y crítico de la vida; la muerte prevenible de un niño o niña antes de cumplir el primer mes de vida representa la existencia de alguna deficiencia o interrupción en el cuidado de éste, ya sea a nivel de los servicios recibidos antes, durante y después del nacimiento en los cuidados en el hogar, en el proceso de

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013, NORMA PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL (CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, recuperado de : [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D458.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D458.pdf)

búsqueda de atención, durante el trayecto al centro de salud o inclusive por demora en decidir o buscar atención.

Las causas directas de mortalidad neonatal son: nacimiento pretérmino (28%), infecciones severas (26%) y asfixia (23%), al tiempo que la causa indirecta más importante es el bajo peso al nacer (< 2.500 g) que se asocia a los trastornos del embarazo, la pobreza, falta de educación, información y comunicación, como factores de riesgo, lo que refleja la falta de equidad para acceder a las medidas de promoción de la salud así como de prevención y control de las enfermedades prevenibles. En Ecuador la mortalidad neonatal aporta con un desmesurado 46% del total de la mortalidad en menores de 5 años (TMM5) y, participa con más de la mitad de la mortalidad infantil.

La causa de la muerte neonatal es el indicador más fehaciente de la falta de cuidado en el hogar y la protección que ofrece el sistema de salud, y permite establecer hipótesis y conclusiones que mejoren la atención de salud que responda a las necesidades sociales y culturales del entorno. Asimismo la definición causal orienta los mecanismos de predicción y prevención de la mortalidad prevenible.

Para la medición de la mortalidad neonatal se utiliza la tasa de mortalidad neonatal que corresponde a la probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente 28 días de vida, expresado por 1.000 nacidos vivos.

Desafortunadamente en el país, uno de los grandes problemas para determinar la muerte neonatal e infantil, ha sido el subregistro que se reporta en niveles del 42% según estimación INEC-SENPLADES, lo que impide disponer de un valor real del indicador

## **2.5 DEBERES DE LA ENFERMERA NEONATÓLOGA**

- Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido en el salón de partos.
- Ejecutar la reanimación cardiopulmonar en caso de ser un recién nacido con asfixia o bronco aspiración de meconio.
- Efectuar el examen físico del recién nacido y registrar los resultados en la historia clínica.
- Observar y evaluar al paciente asignado dentro del horario de su turno de trabajo y registrar los resultados.
- Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales de la sala.
- Participar de forma activa en los pases de visitas junto al personal médico.
- Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.
- Realizar los cuidados generales al recién nacido. Ejecutar diariamente el baño, la cura del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.
- Cumplir el programa de inmunización.
- Reconocer las necesidades afectadas del paciente y trazar expectativas para resolverlas.
- Efectuar aspiración oral, nasofaríngea y traqueal.
- Extremar las medidas de higiene, insistir en el lavado de mano y mantener la unidad individual del paciente.
- Desinfectar la unidad individual del paciente, así como la desinfección terminal de cunas e incubadoras al egreso.
- Regular y controlar el equipo de administración de oxígeno. Brindar oxigenoterapia adecuada.
- Usar correctamente los cardiomonitores.
- Realizar canalización de venas periférica y abordaje venoso profundo, mediante el catéter epicutáneo o umbilical. Cumplir los



cuidados de enfermería en paciente con cateterización venosa.

- Preparar correctamente la nutrición parenteral.
- Regular y utilizar correctamente las bombas de infusión. Controlar el goteo de los fluidos intravenosos.
- Administrar correctamente sangre y derivados.
- Iniciar balance de ingresos y egresos.
- Recoger muestra de sangre y orina para análisis en laboratorio.
- Usar correctamente las lámparas para la fototerapia. Valorar coloración amarilla del recién nacido.
- Brindar alimentación adecuada. Alimentación por sonda nasogástrica por gastróclisis. Priorizar la lactancia materna.
- Preparar al recién nacidos para maniobras invasivas y asistir al médico para su realización. Preparar material a utilizar.
- Cumplir el programa de intervención mínima para los recién nacidos bajo peso.
- Evaluar el adecuado funcionamiento del sistema gastrointestinal, auscultación de ruidos intestinales, reconocer distensión abdominal y regurgitación anormal.
- Evaluar la respiración, auscultación e interpretación de los sonidos pulmonares, frecuencia, ritmo, retracción, ubicación del tubo endotraqueal, atelectasia y neumotórax.
- Valorar la respiración del paciente según el test de Silverman-Anderson.
- Evaluar el estado cardiovascular, auscultación y evaluación de los ruidos cardíacos, frecuencia, ritmo y pulsos periféricos.
- Evaluar la función neurológica: estado de alerta, movimientos coordinados y los reflejos.
- Realizar fisioterapia respiratoria para prevenir la atelectasia.
- Reconocer los cambios en el estado circulatorio, hipotensión e hipertensión, presencia o ausencia de pulsos.
- Evaluar la adecuada función urinaria, edema y distensión abdominal.

- Reconocer cambios en la perfusión y el color.
- Reconocer síntomas de infección. Cumplir las normas de aislamiento.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas, así como administrar correctamente la dosis y vía de los medicamentos.
- Interpretar los exámenes complementarios y registrar los resultados en la historia clínica.
- Evaluar cambios importantes en el recién nacido e informarlo al médico.
- Actuar correctamente en el transporte del recién nacido críticamente enfermo.
- Evaluar las necesidades psicosociales de la familia.
- La enfermera neonatóloga debe intervenir continuamente en el cuidado de los pacientes que presentan un alto compromiso para la adaptación en la vida extrauterina, fundamentalmente los ingresados en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales, debe seguir un plan de cuidado que consta de 3 etapas:

## **2.6 Valoración**

La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones.

Según lo explorado en el examen físico y la recopilación de datos, se identifican las necesidades afectadas en el recién nacido, se establecen prioridades, y se procede a la identificación de los diagnósticos de

enfermería, que se organizan en torno a las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que interactúan en el recién nacido según las necesidades afectadas.

La enfermera neonatóloga debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección, mientras más pronto se elimine el factor de riesgo será más beneficioso para el neonato a su adaptación a la vida extrauterina.

## **2.7 Intervención**

Consiste en planear y brindar los cuidados de enfermería. Una vez conocida las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería con sus expectativas, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato. De hecho, se convierte el diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidado.

Es necesario confeccionar un plan de acciones de enfermería con el objetivo de alcanzar las expectativas trazadas a corto, mediano o largo plazo. Los principales objetivos es conservar la vida del recién nacido, disminuir los factores de riesgo ambientales e internos que afectan al neonato, disminuir los procedimientos agresivos, aplicar diariamente los cuidados integrales, cumplir estrictamente el tratamiento médico e interactuar entre los padres y el neonato, para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación.

## **2.8 Evaluación**

Es la etapa final del proceso mediante el cual el personal de enfermería usa un criterio medible para evaluar la respuesta del paciente como resultados de los cuidados prescritos, la efectividad del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos. Para realizar la evaluación se debe basar en el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y resultado de las acciones de enfermería. En esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se deben revisar

## **2.9 Traslado del recién nacido**

Las causas del traslado son diversas, existen afecciones y riesgos que pueden comprometer la supervivencia del neonato, por lo que se hace necesario trasladar al paciente desde el salón de parto, alojamiento conjunto o desde la sala para la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales, donde recibirá una atención y observación especializadas. Cada tipo de transporte es el resultado de un trabajo sistemático y de un protocolo diseñado para cada caso de emergencia, por tanto, cada hospital tiene un diseño de traslado propio, según sus estructuras y condiciones; aunque el esquema básico es común para todos.

Los traslados intra hospitalarios deben de ser acompañados siempre de un personal de competencia y experiencia, que sea capaz de resolver cualquier eventualidad que pueda ocurrir durante el traslado, como es el deterioro del estado de salud del neonato. Se recomienda que se realice como mínimo entre 2 asistentes. Si el paciente se encuentra en estado crítico debe ir acompañado por el pediatra y la enfermera, que son los responsables de lo que ocurra con respecto a la seguridad del neonato.

Las cunas térmicas e incubadoras son adecuadas para el transporte intrahospitalario de los neonatos. Generalmente se utiliza incubadora si estamos en presencia de un neonato pretérmino, un bajo peso al nacer, un asfíctico o cualquiera dificultad respiratoria grave; en estos casos es muy importante la conservación del calor, pues la hipotermia agrava el cuadro. Mientras que la cuna se utiliza cuando el RN es de peso normal o a término y no presenta ninguna complicación severa.

El paciente en algunos casos por presentar dificultades respiratorias graves o una asfixia, se traslada con oxigenoterapia o acoplado a un ventilador mecánico; en estas situaciones se debe garantizar un traslado óptimo donde se monitoricen constantemente los signos vitales, se observe la coloración del RN y se garantice la asistencia ventiladora y de oxígeno adecuadamente.

Durante el traslado la enfermera debe cerciorarse que el paciente se transporte con toda su identificación, manilla, historia clínica; y con su ropa. La madre y familiares deben saber el lugar a donde se traslada y la causa.

### **2.9.1 Cuidados de enfermería durante el traslado intrahospitalario del neonato**

- Asegurar el traslado del neonato con todas las medidas establecidas, comprobando el correcto funcionamiento de los equipos y que el material esté disponible.
- Comunicar al personal administrativo del servicio de neonatología el traslado que se va a efectuar, la causa y las condiciones del RN para que preparen las condiciones óptimas para su recepción.
- Monitorizar continuamente los signos vitales durante el traslado.
- Salvaguardar la intimidad del neonato.

- Agilizar el traslado, debe realizarse lo más rápido posible.
- Prever los problemas que pudiesen ocurrir durante el traslado.
- Llevar consigo la identificación del neonato.
- Vigilar signos y síntomas de complicación: coloración de la piel, respuesta a los estímulos, respiraciones espontáneas, entre otras.
- En caso de que el paciente esté intubado, asegurar que las insufladas del penlow sea la requerida para no provocarle complicaciones mayores.
- Explicar a la enfermera que recibe la causa del traslado, las características del neonato, los eventos presentados, medicamentos administrados y los aspectos más importantes.
- Dejar seguro al neonato en el destino y entregar a la enfermera que recibe su identidad y pertenencias.
- Recoger el material y el equipamiento, desinfectarlo y prepararlo inmediatamente para otro caso de urgencia.
- Comunicarle a la madre y familiares la causa del traslado y el destino del neonato.
- Atención a la esfera psicológica de la madre y los familiares.

## **2.10 Rol del representante en el cuidado del neonato.**

La llegada de un neonato es un acontecimiento de importante valoración familiar y social dentro de nuestra cultura. El neonato esperado es recibido como portador de los emblemas familiares, del apellido y del porvenir del grupo. Tales razones introducen el por qué resulta tan perturbador cuando el parto viene acompañado de patologías neonatales que ameriten internar al neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales, tal como ocurre con los recién nacidos prematuros. Los padres, cuidadores o representantes legales enfrentan entonces una importante crisis personal.

En los primeros momentos intentarán encontrar el origen de la situación de urgencia que obliga a separarlos del neonato. A través de la presencia continua y estable en las unidades de cuidados intensivos neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales los representantes como protagonistas activos en la recuperación del neonato hospitalizado, son los responsables de mantener la estabilidad de la homeostasis del neonato con un adecuado cuidado.

El representante denota su presencia de forma positiva al momento que la capacitación que le da la enfermera para el cuidado del neonato en la sala de hospitalización. C2 acata a cabalidad los procedimientos de higiene y prevención de contagio cruzado o directo con el neonato.

**Higiene:** enseñar a los padres el correcto manejo de la piel del neonato.

- La piel sana tiene mecanismos de autolimpieza inherentes, por lo que no es necesario el baño diario.
- Mientras el cordón umbilical no haya caído se puede realizar lavado sectorial (zona ano-genital, los pliegues axilares e inguinales, las manos y el cuello) con paño o esponja y sin inmersión del RN, para esto utilizar agua templada (36 - 37 °C), jabón neutro y luego realizar un correcto secado, sin fricción de la piel.
- Las secreciones orales y nasales se limpiarán cuantas veces sea necesario.
- Instruir a los padres sobre el no uso de perfumes, talcos ni otros productos artesanales.
- La región perineo-glútea está sometida a condiciones de agresión permanente con la orina y heces, para que éstas no la lesionen, se debe desinfectar la región con cada cambio de pañal con algún material oleoso, no se recomienda el uso de productos disponibles en el mercado que contengan perfumes, en dirección anterior posterior.

**Vestimenta:** la vestimenta del RN debe ser cómoda, holgada y sin aditivos.

- Las prendas que estén en contacto directo con la piel del RN preferiblemente serán de algodón, evitar las ropas de lana o materiales sintéticos.
- El abrigo ideal es aquel que le permita una termorregulación adecuada, dependiendo de la temperatura ambiental. En caso de temperaturas ambientales bajas colocar guantes, medias y gorra al RN.
- Evitar el exceso de ropa al dormir.
- La ropas deberán ser lavadas correctamente con jabones neutros, no se aconseja el uso de hipoclorito

### **Rol General del representante legal en el cuidado neonatal.**

- Higiene de manos.
- Posición durante el sueño: el neonato deberá dormir en la posición boca para arriba o de costado, con esta posición se han registrado menos episodios de muerte súbita del lactante.
- Luego del nacimiento el neonato entra en un periodo de vigilia de una hora aproximadamente, tras lo cual presenta un periodo de somnolencia. Cada 2 ó 3 horas se despierta de este sueño con la necesidad de alimentarse. Este ritmo se mantiene durante todo el primer mes de vida.
- El neonato deberá reposar sobre un colchón duro sin almohadas, juguetes rellenos, bolsas de plástico ni cuerdas en la cuna.
- Si es necesario tapar al neonato durante el sueño, hacerlo con una sábana liviana.
- Los miembros de la familia que habiten en la casa no deben fumar.
- El hipo es normal y no requiere tratamiento.
- Los estornudos son normales y no indican necesariamente un



resfriado.

- El cólico en el neonato es evidenciado por llanto súbito y cesa con la expulsión de gases, no requiere tratamiento médico.<sup>10</sup>

## **2.11 MARCO LEGAL**

### **Constitución de la republica**

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

### **Ministerio de Salud del Ecuador**

Art. 2.

El MSP definirá las políticas de salud y las normas técnicas, que garanticen la salud de las mujeres embarazadas, de las madres de los recién nacidos e incluso los recién nacidos. Para el recién nacido con patología, incluirá además la atención de la asfixia perinatal, ictericia,

---

10 Dra. Martínez Esperanza, 2011, MANUAL DE ATENCIÓN NEONATAL, editorial del ministerio de salud pública, Paraguay, recuperado de: <http://www.mspbs.gov.py/documentacion/index.php?f=MANUAL%20NEONATAL.pdf>

enfermedad hemolítica, sufrimiento fetal, así como también enfermedades catastróficas

**La vigente Ley Orgánica de Salud dispone:**

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...)

27. Determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio (...).

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:.. c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.

Art. 193.- Son profesiones de la salud aquellas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel está dirigida específica y fundamentalmente a dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas

y prácticas, relacionadas con la salud individual y colectiva y al control de sus factores condicionantes.

Art. 194.- Para ejercer como profesional de salud, se requiere haber obtenido título universitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En uno y otro caso debe estar registrado ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 195.- Los títulos de nivel técnico superior o tecnológico así como los de auxiliares en distintas ramas de la salud, para su habilitación deben ser registrados en las instancias respectivas e inscritos ante la autoridad sanitaria nacional.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.”

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

La metodología es una serie de pasos por medio del cual se llega a la resolución del problema de investigación y de logrará los objetivos específicos y general a la vez, por medio de la metodología se debe lograr realizar de forma secuencial paso a paso los puntos necesarios para llegar a evaluar la hipótesis de investigación o problemática.

#### **3.1 MÉTODO**

##### **3.1.1 Descriptivo**

Describe los problemas existentes entre el cuidado que se le da al neonato por parte de los representantes legales, para evitar que esta problemática continúe se expone de forma explícita el problema con lo observado durante el tiempo de internado en el hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

El tipo de estudio de la investigación presente es descriptivo, exploratorio y cuantitativo y explicativo, el cual tiene como propósito familiarizar el tema en determinada situación del área problema es decir la falta conocimiento de los representantes legales para el cuidado del neonato y la prevención de infecciones virales o nicóticas o bacterianas.

##### **3.1.2 Explicativo.**

Detalla el procedimiento para un buen cuidado del neonato por parte del representante legal así como la limpieza y procedimientos de lavados, y los cronogramas de alimentación y vacunación del neonato.

### **3.1.3 Cuantitativo.**

Por valorar el conocimiento de forma porcentual a través de preguntas de encuestas específicas sobre el cuidado y tabularlas de forma porcentual para exponerlas en pasteles estadísticos.

### **3.1.4 UNIVERSO y MUESTRA**

El universo lo comprende los cuidadores que se hallaron en las salas de unidad de cuidados intensivos neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales en el periodo comprendido entre Diciembre del 2013 hasta abril del 2014, el cual corresponde a 454 neonatos en área unidad de cuidados intensivos neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales con traslado a la sala de Hospitalización. C2, obviamente los neonatos en las cartillas de ingreso permanecieron en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales de 1 a 5 días promedio, por lo que la frecuencia de ciertos pacientes fue mayor que otros por medio de muestreo aleatorio se obtiene una población de 100 de los neonatos hospitalizados en sala c2.

### **3.1.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La Muestra la comprenden 100 pacientes sobre los cuales se eligen de forma probabilístico y aleatoria de la población para la realización de la encuesta y establecer el conocimiento del representante legal.

$$n = \frac{Npq}{\frac{(N-1)E^2}{Z^2 + pq}} =$$

$$n = \frac{135 \times 0.5 \times 0.5}{\frac{(135-1) 0.05^2}{1.96^2} + 0.25} =$$

$$n = \frac{33.75}{\frac{0.335}{3.8416} + 0.25} =$$

$$n = \frac{33.75}{0.08720 + 0.25} =$$

$$n = \frac{33.75}{0.3372} = 100$$

### 3.1.6 Instrumentos de la investigación

El instrumento de la investigación es el cuestionario con ítems o alternativas dicotómicas de selección múltiple, a fin de identificar el conocimiento del cuidado o representante legal del neonato con transferencia desde la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales hacia la sala C2.

### 3.2 Operacionalización de las variables

**Tabla 1.1 Operacionalización de las variables**

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems
Conocimiento del cuidador primario o tutor en el cuidado neonatal.	Corresponden a los cuidados primarios y prevención de riesgos que debe ejecutar el padre o cuidador del neonato en la sala c2	Rango de edad del cuidador  Nivel académico  Relación con el neonato	Edad  Nivel académico  Parentesco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18-28 años</li> <li>• 29-39 años</li> <li>• 40-50 años</li> <li>• 51-más años</li>   <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Bachiller</li> <li>• Profesional</li>   <li>• Padre</li> <li>• Madre</li> <li>• Familiar</li> <li>• Amigo</li> </ul>

<b>Manejo neonatal</b>		<p>Edad</p> <p>Genero</p> <p>Patología que se presenta</p>	<p>Neonato</p> <p>Enfermedades frecuentes en el neonato</p>	<p>1 a 5 días</p> <p>6 a 10 días</p> <p>11 a 20 días</p> <p>21 a 30 días</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> <li>• Sepsis neonatal.</li> <li>• Sepsis tardía.</li> <li>• Ictericia.</li> <li>• Incompatibilidad ABO</li> </ul>



		Cuidados del neonato.	Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielomeningocele</li> <li>• Distres respiratorio.</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Onfalitis.</li> <li>• Uro sepsis</li> <li>• Toxoplasmosis congénita.</li> </ul> <p>¿Se lava las manos antes y después de realizar alguna actividad con el neonato?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si</li> <li>• Tal vez</li> <li>• No estoy</li> </ul>
--	--	-----------------------	----------	--

				<p>seguro</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No, nunca</li></ul> <p>¿Con que frecuencia cambia usted el pañal en 24 horas?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 a 2</li><li>• 3 a 4</li><li>• 5 a 6</li><li>• Más veces</li></ul> <p>¿Usted se lava los senos antes de dar de lactar?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• si</li><li>• No</li></ul> <p>¿Usted sabe la</p>
--	--	--	--	---

				<p>correcta asepsia del cordón umbilical?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si</li> <li>• No</li> </ul> <p>¿Con que frecuencia realiza el baño del neonato diario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 2</li> <li>• 3</li> <li>• Más de 4</li> <li>• No, nunca</li> </ul> <p>¿Cuándo el neonato se enferma usted qué tipo de actividades realiza?</p>
--	--	--	--	---

		Representante legal que está a cargo del cuidado del neonato, no eta en pleno conocimiento de los cuidados debidos para un neonato.	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acude al medico</li> <li>• Utiliza medicamento s caseros</li> <li>• Pide ayuda.</li> <li>• Auto médica.</li> </ul> <p>¿Usted cree estar preparado para el cuidado del neonato?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> <p>¿Conoce el tipo de actividades que debe realizar al</p>
--	--	---	--------------	---

				<p>neonato?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> <p>¿Conoce usted cual es el origen del llanto en el neonato?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gases</li> <li>• Cambio de pañal</li> <li>• Hambre</li> </ul> <p>¿Conoce el uso de los masajes abdominales para el neonato?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> </ul>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul> <p>¿Realiza la toma de temperatura de forma correcta?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la Frente.</li> <li>• En Área inguinal.</li> <li>• Con Termómetro digital.</li> <li>• Rectal.</li> </ul> <p>¿Cuándo el neonato presenta abdomen distendido cuál es su accionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar</li> </ul>
--	--	--	--	--

				<p>golpecitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar medicamento s.</li> <li>• Uso de remedios caseros.</li> </ul> <p>¿Si el neonato no realiza las deposiciones al día?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acude al médico.</li> <li>• Lo hidrata.</li> <li>• Auto médica.</li> </ul>
--	--	--	--	--

(Mazzini, 2014)

### **3.3 ANÁLISIS DE RESULTADO**

En este capítulo se presenta los análisis de la investigación realizada mediante la entrevista aplicada a representantes legales de los neonatos que están en la sala de hospitalización. C2 del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de la ciudad de Guayaquil de diciembre 2013 hasta Abril del 2014.

En las siguientes páginas se observan los cuadros, gráficos y análisis de cada una de las preguntas de las encuestas. Estas fueron elaboradas con la escala de respuestas cerrada las mismas que fueron sencillas y de fácil comprensión para los encuestados. Estas encuestas fueron realizadas a 100 Representantes legales, de los neonatos que están en la sala de hospitalización. C2 del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de la ciudad de Guayaquil de diciembre 2013 hasta Abril del 2014.

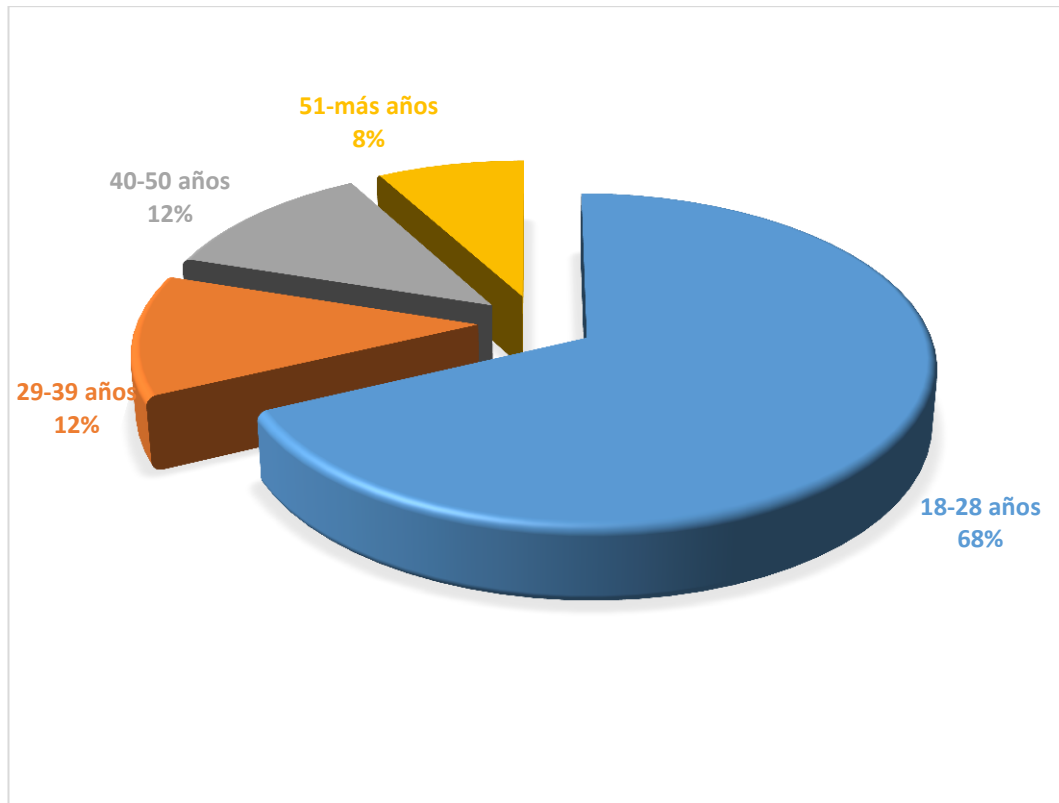
Estas fueron procesadas en un sistema computacional de Microsoft, Word y Excel, en donde se realizó los porcentajes correspondientes de cada cuadro, gráfico y análisis del marco Teórico y la investigación de campo y la experiencia adquirida.



### 3.3.1 PRESENTACION DE LOS DATOS

#### Edad de cuidador

Gráfico 3. 1 Edad del Cuidador



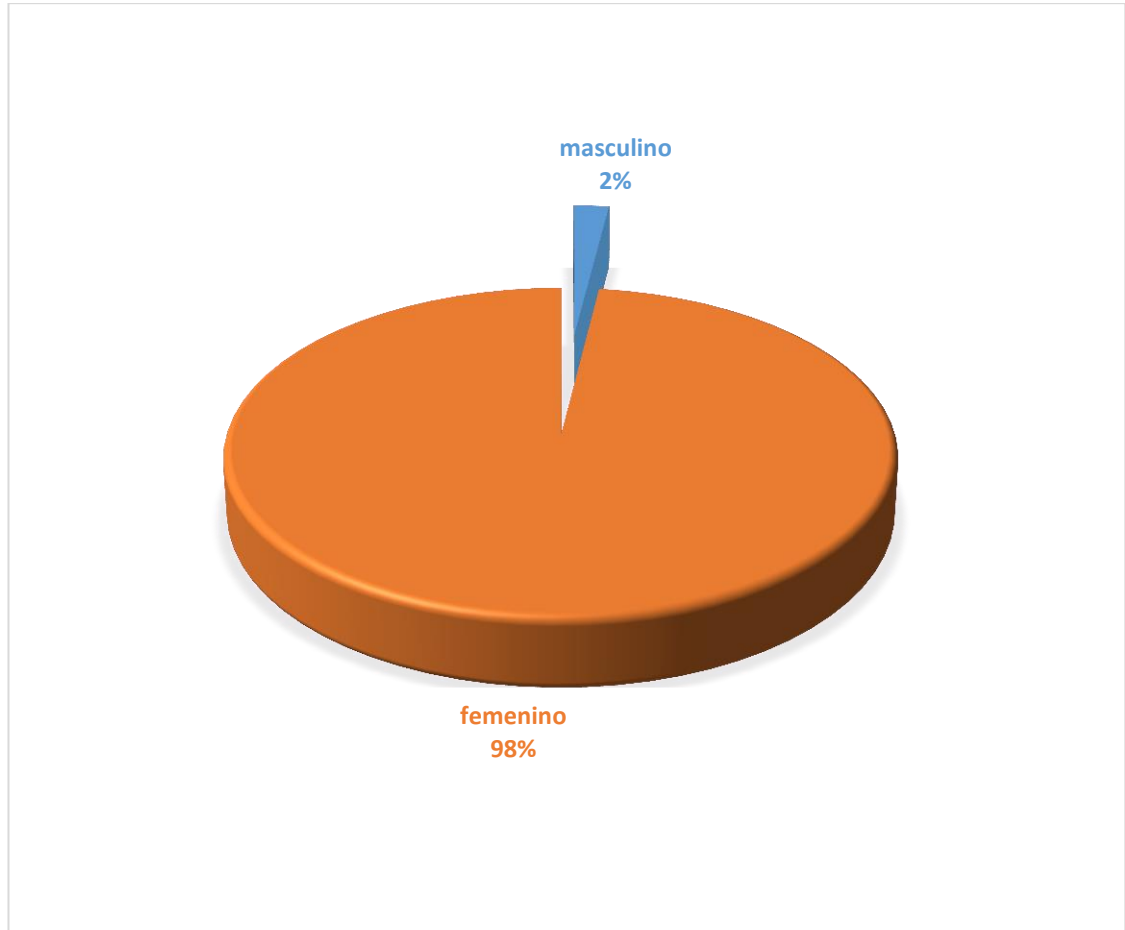
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, historial clínico  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

#### Análisis:

La necesidad de saber la edad de cada cuidador y el nivel académico esta de la mano con tener en cuenta el nivel de conocimiento y el grado de madures para el adecuado cuidado del neonato, con ello se puede determinar que los cuidadores primarios con edades promedio de 18 a 28 años (68%), poseen mayor incidencia de re infección con los neonatos en sala c2 mientras que el 12% con 29 a 39 años no posee este tipo de problemas a excepción de los cuidado primarios de cambios de pañal y prevención de infecciones cruzadas, 12% corresponde a la edad de 40 a 50 años y 8% 51 años y más de edad, correspondiente a la edad de los abuelos del neonato.

## Sexo del cuidador primario

Gráfico 3.2 Sexo del cuidador primario



Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, historial clínico

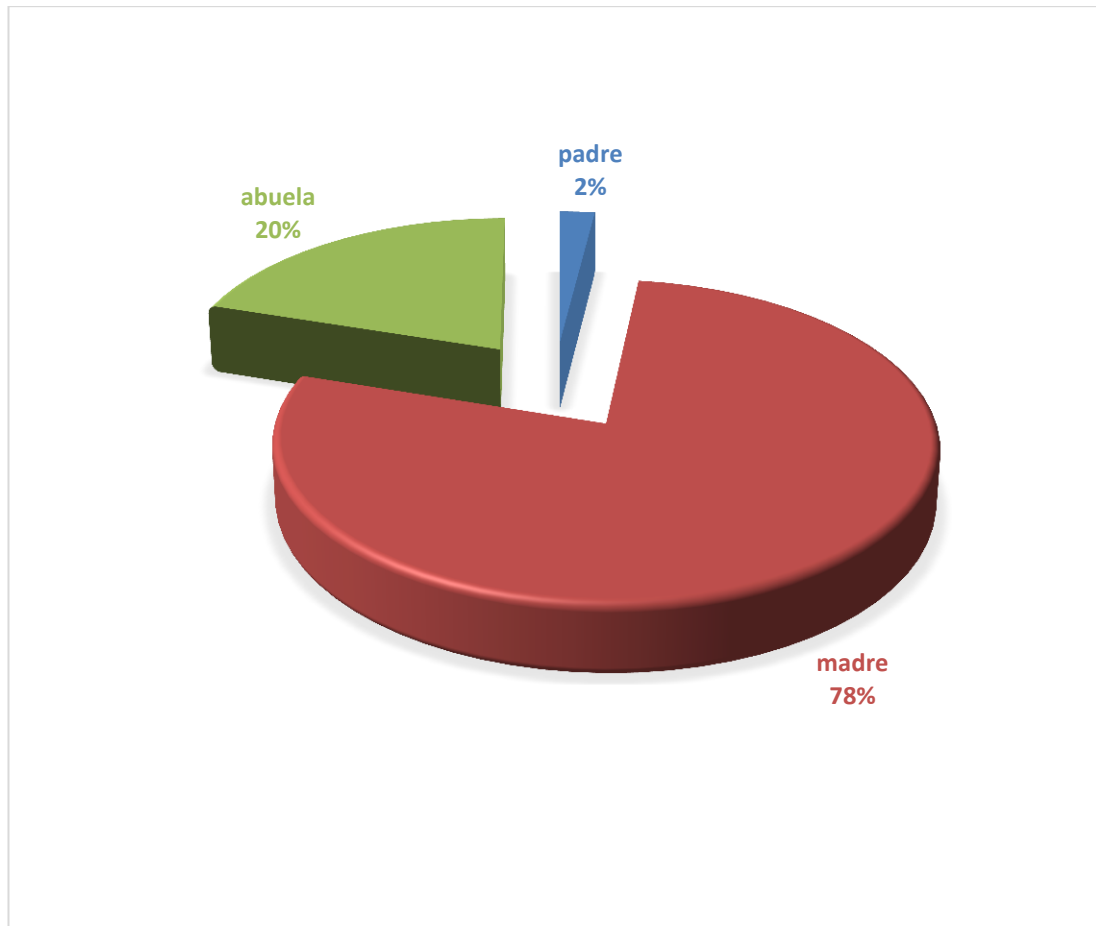
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

### Análisis:

El género sexo de los cuidadores está relacionado más con el sexo femenino en el momento de dar cuidados primarios al neonato, lo que representa un 98% de los 100 encuestados en la sala de hospitalización c2, el 2% de los cuidadores es de sexo masculino están presentes como cuidadores primarios por problemas familiares y otras mor morbilidad de la madre por ello existen otros cuidadores afines al neonato como se expone en el grafico a continuación

## Parentesco del cuidador con el neonato

Gráfico 3.3 Parentesco del cuidador con el neonato



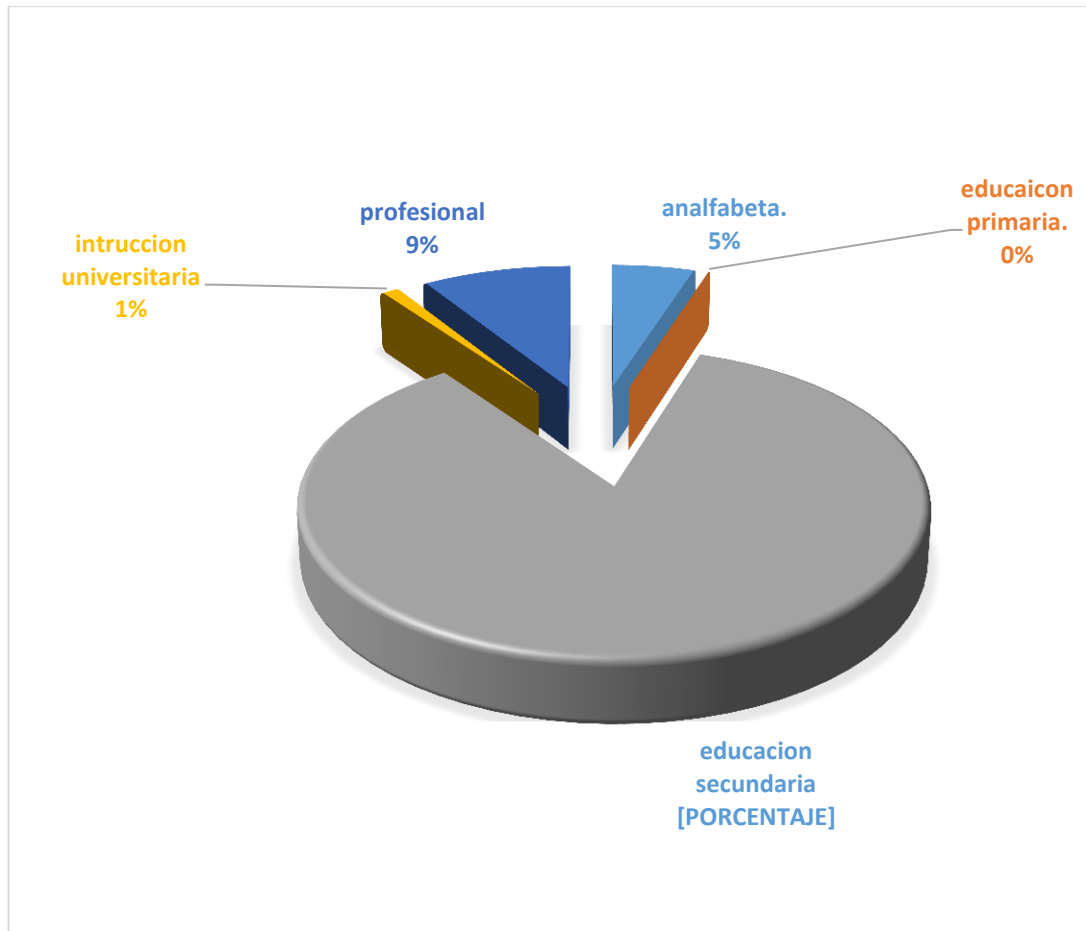
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, historial clínico  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

### Análisis:

En la encuesta los parentescos del neonato con los cuidadores primarios es del 2% con el padre por los motivos antes expuestos en el gráfico anterior, mientras que el 20% lo realizan las abuelas al momento de realizar las encuestas por problemas en las madres y complicaciones post parto, debido a ello se observan a las abuelas al cuidado de los neonatos, y en gran mayoría el 78% de los neonatos esta al cuidado de las madres en la sala de hospitalización c2.

## Instrucción académica del cuidador

Gráfico 3.4 Instrucción académica del cuidador



Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, historial clínico

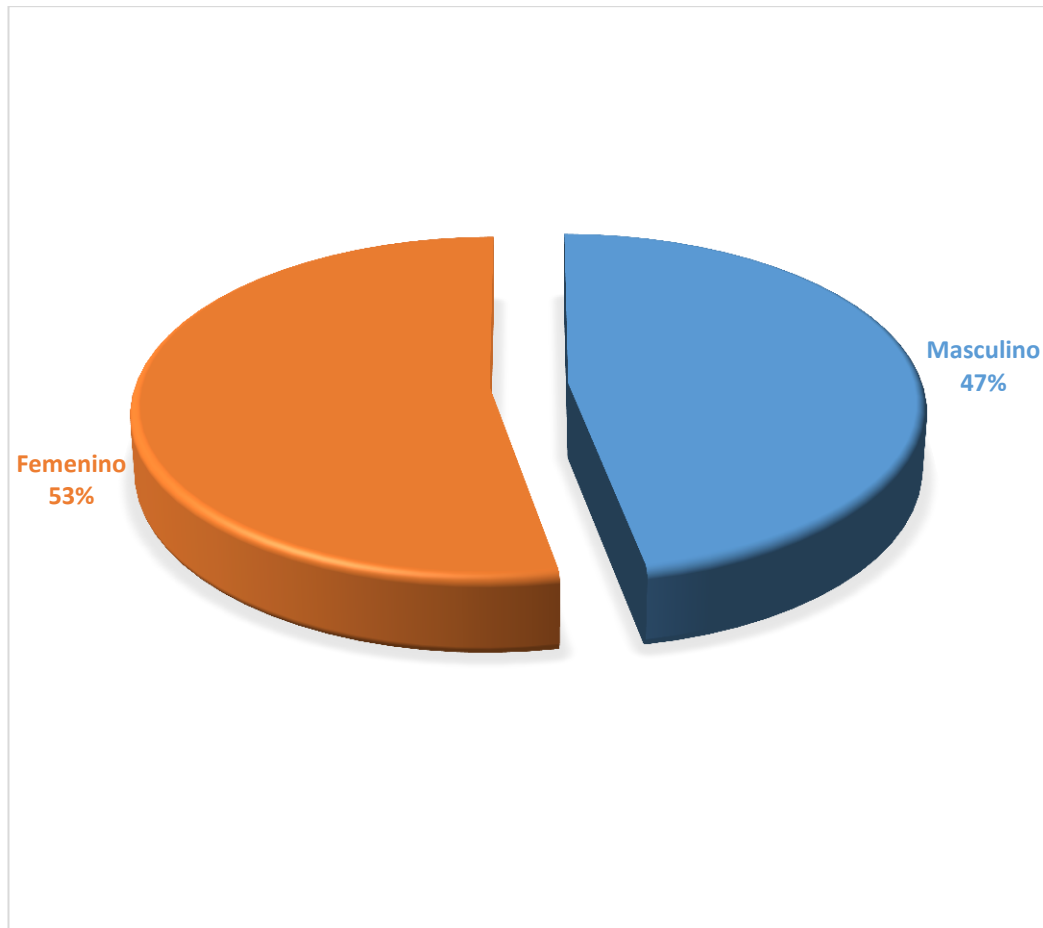
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

### Análisis:

El nivel de instrucción académica de los cuidadores es del 5% con analfabetismo, dando como resultado problemas para la entrega de textos de orientación y capacitación pero se logra capacitar por medio de ejemplos prácticos y explicaciones explícitas, de este 5% los neonatos presentaron recurrencia en la reinfección, el 85% posee instrucción secundaria, determinando una mayor comprensión de la orientación en el cuidado neonatal, un 1% posee estudios truncados universitarios mientras que el 9% posee título profesional.

## Distribución de la frecuencia de Género del neonato en sala de hospitalización C2

**Gráfico 3.5 Análisis de genero neonatal atendido en la sala C2 en periodo de Diciembre –abril 2014**

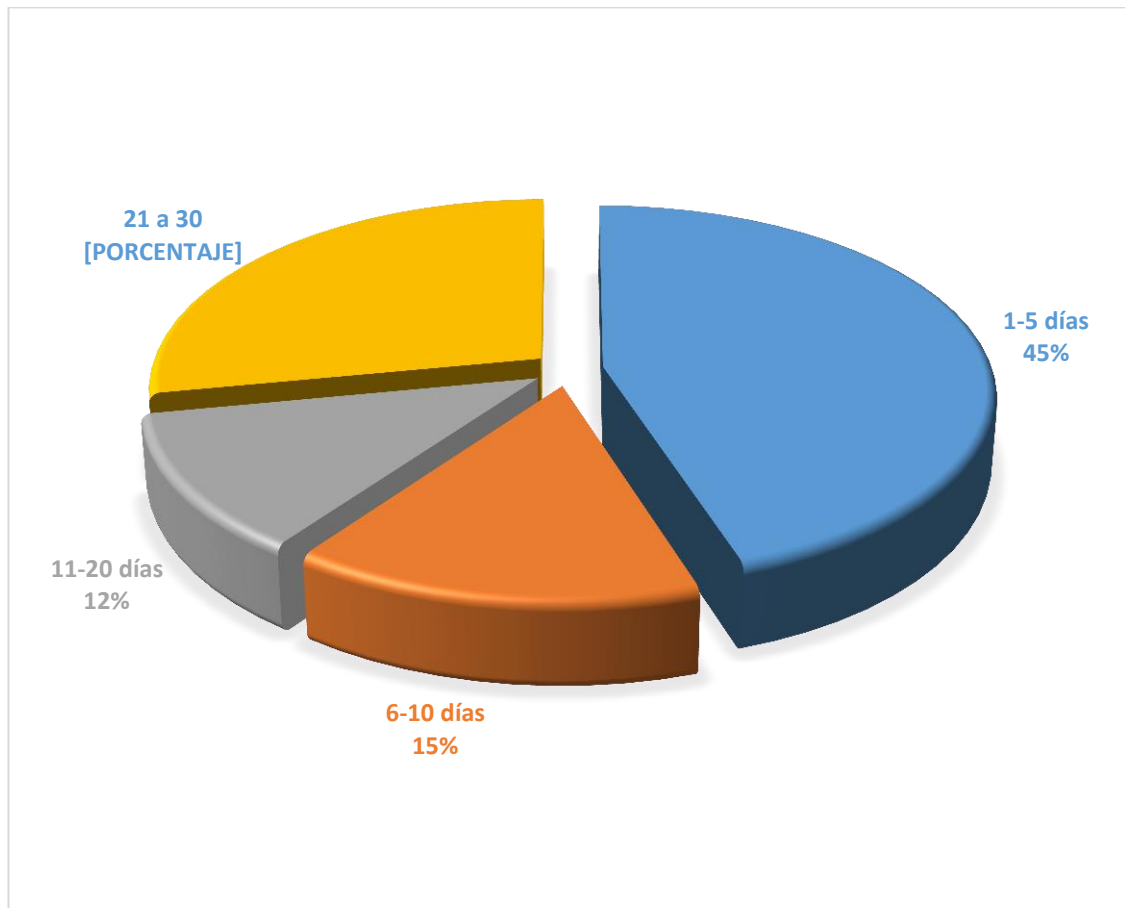


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, historial clínico  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** En el gráfico se observa la frecuencia en la muestra de 100 neonatos tomados al azar de forma probabilística de los registros de los pacientes en las historias clínicas, en la cual el 53% es de sexo femenino y el 47% es de sexo masculino demostrando la prevalencia del sexo femenino en los nacimientos del hospital.

**Edad de los pacientes en traslado de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales a la sala de hospitalización. C2:**

**Gráfico 3.6 Análisis del Rango de edades de los neonatos atendido en la sala C2 en periodo de Diciembre –abril**

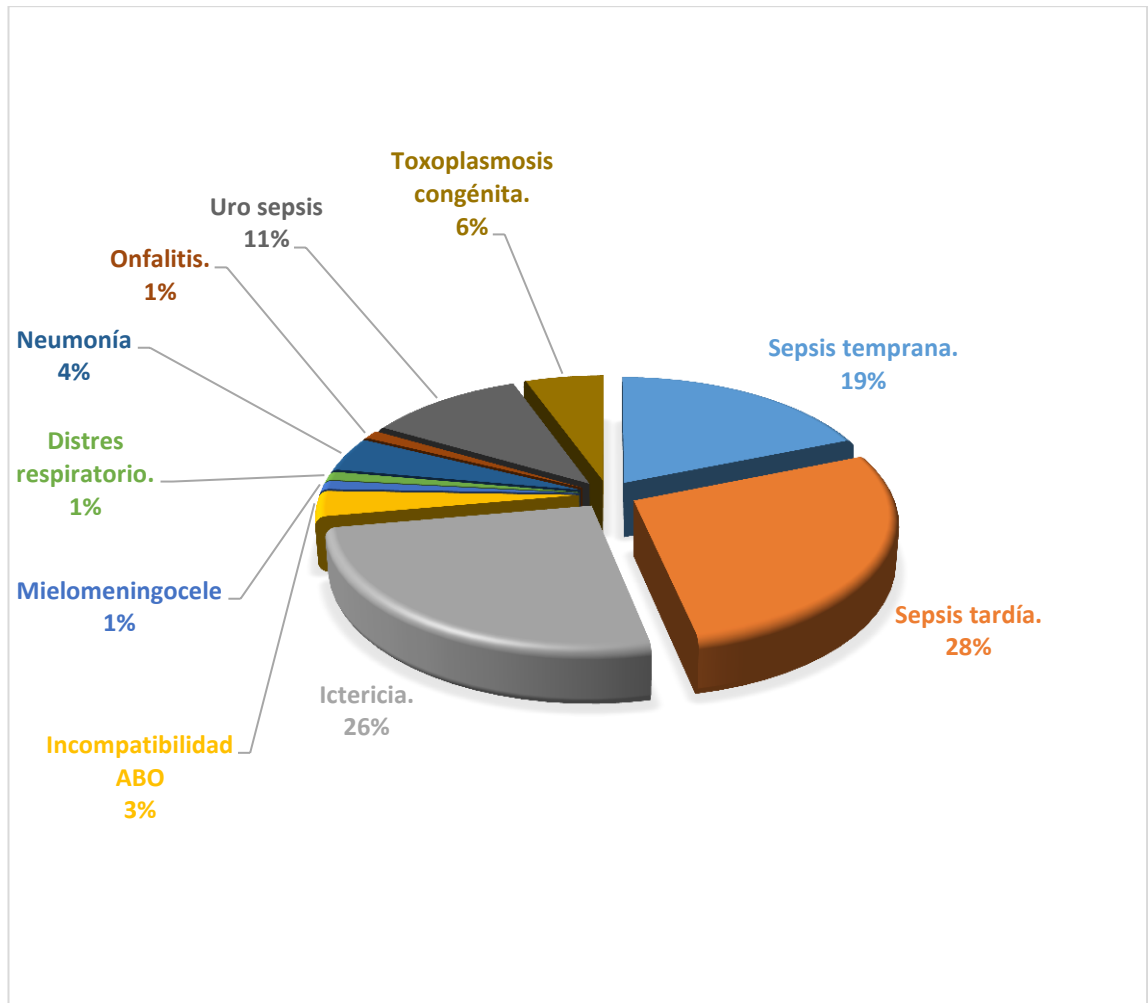


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, historial clínico  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

Análisis: El 45% de los neonatos que son trasladados de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios Neonatales a sala de hospitalización. C2 poseen una edad de 1 a 5 días, el 15% está en el rango de edad de 6 a 10 días mientras que el 12% en edades de 11 a 20 días, mientras que el 28% de 21 a 30 días de edad

¿Por cuál de estas patologías su neonato estuvo internado en el área crítica?

**Gráfico 3.7 Análisis de las patologías frecuentes en los neonatos atendidos en la sala de hospitalización C2**

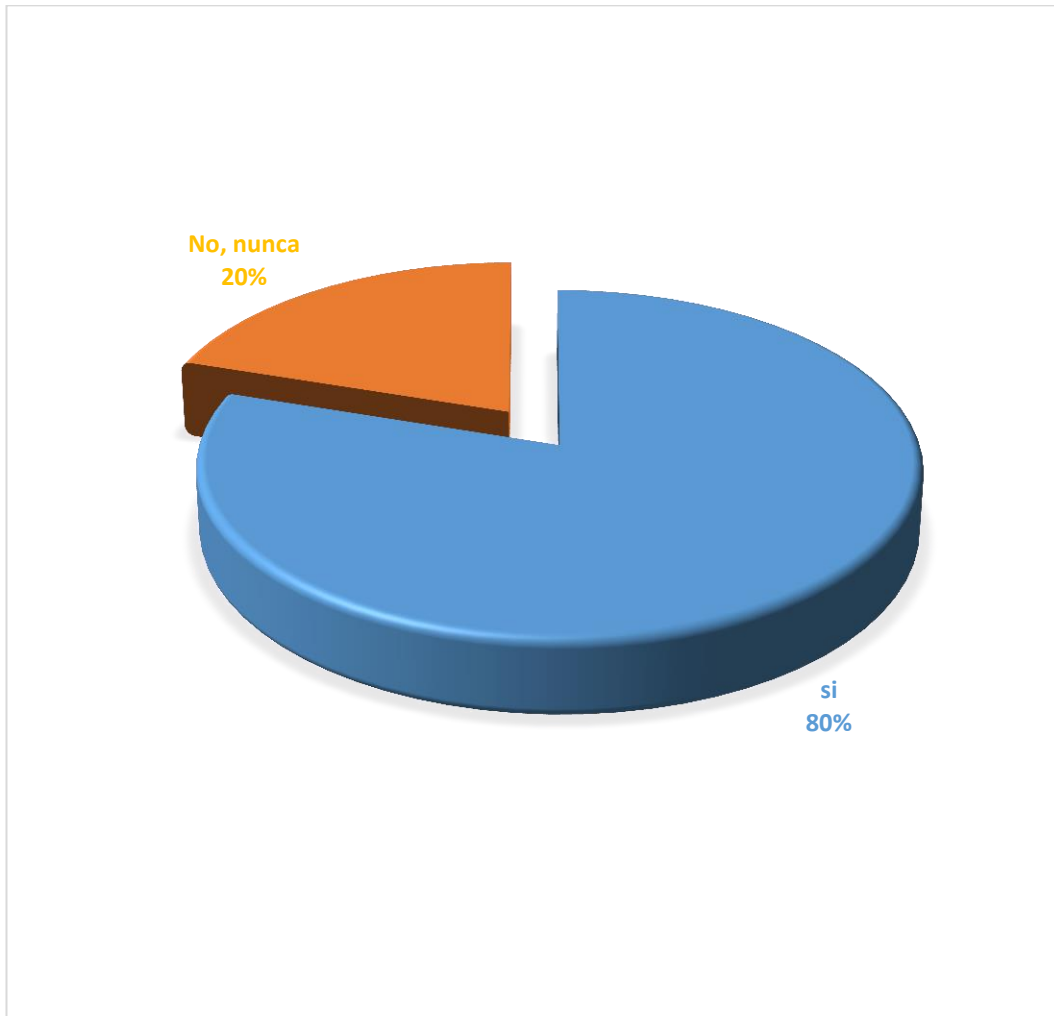


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** El 19% de los neonatos posee sepsis temprana mientras que el 28% presenta un patología de sepsis tardía, un 26% posee ictericia, mientras que un 3% incompatibilidad ABO, Mielomeningocele, distres respiratorio, onfalitis, se presentaron en un 1%, la neumonía se ubica en el 4%, 11% posee uro sepsis, y finalmente el 6% con toxoplasmosis congénita.

¿Se lava las manos antes y después de realizar alguna actividad con el neonato?

**Gráfico 3.8 Análisis de la frecuencia de limpiezas de mano**



Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal

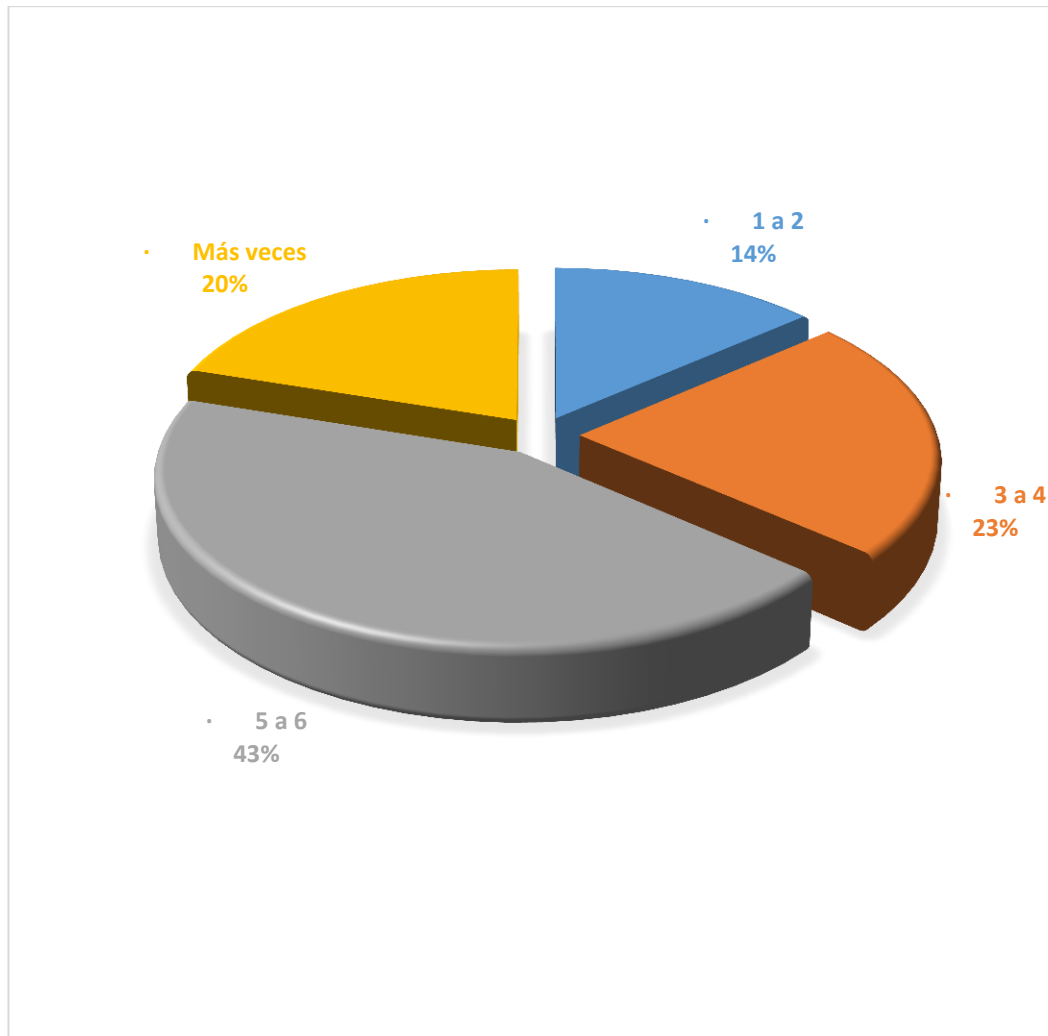
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** El 24%% de los representantes legales si realiza una correcta técnica de lavado de manos, mientras el 70% no está segura de hacerlo y el 6% nunca lo hace lo que denota un 76% de probabilidad de que exista problemas de sepsis tardía o de infecciones cruzadas de tipo viral o bacteriana hacia el neonato.



¿Con que frecuencia cambia usted el pañal en 24 horas?

**Gráfico 3.9 Análisis de la frecuencia del cambio correcto de pañal**



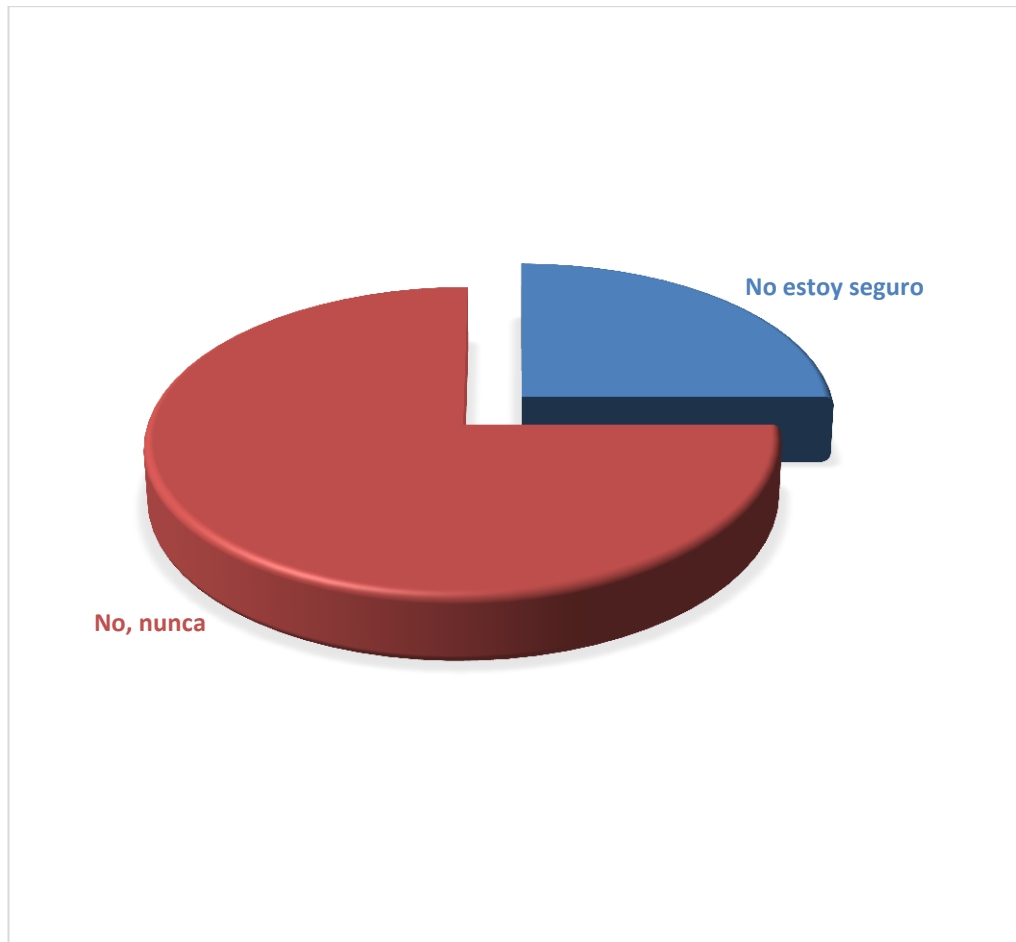
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal

Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** El 14% de los encuestados si realiza cambio del pañal de 1 a 2 veces por día mientras que el 23% de 3 a 4 veces, mientras que el 43% 5 a 6 veces por día y un 20 % lo cambia más veces, lo que demuestra que un 14% pone en riesgo al neonato de contraer una pañalitis o una infección en las vías urinarias.

¿Usted se lava los senos antes de dar de lactar?

**Gráfico 3.10 Se lava los senos antes de dar de lactar**

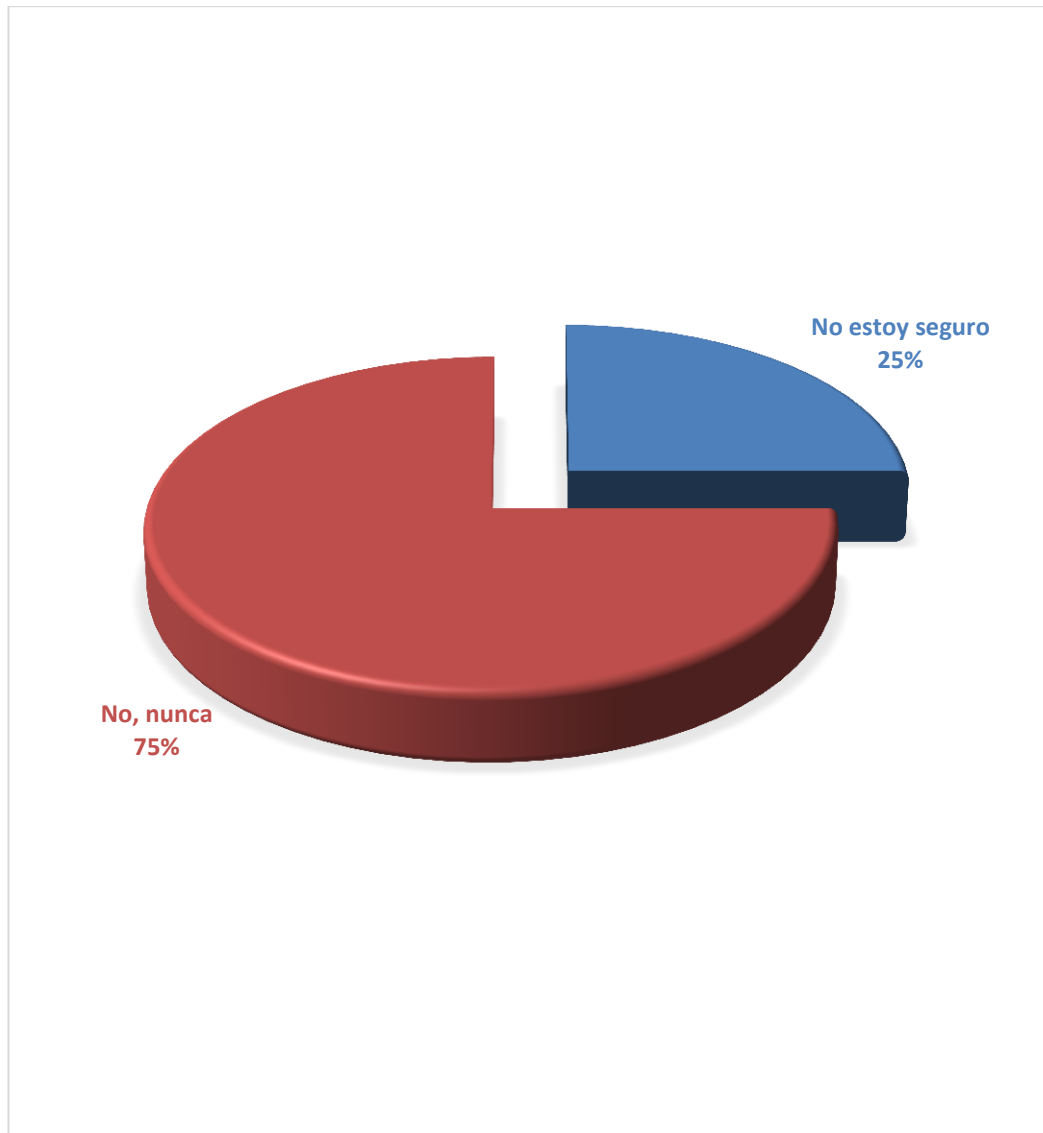


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** el 25 % no está seguro de tener que se lava los senos antes de dar de lactar al neonato, mientras que un gran 75% no posee este conocimiento de técnicas de aseo.

¿Usted sabe la correcta asepsia del cordón umbilical?

**Gráfico 3.11 Técnica de Asepsia del cordón umbilical**



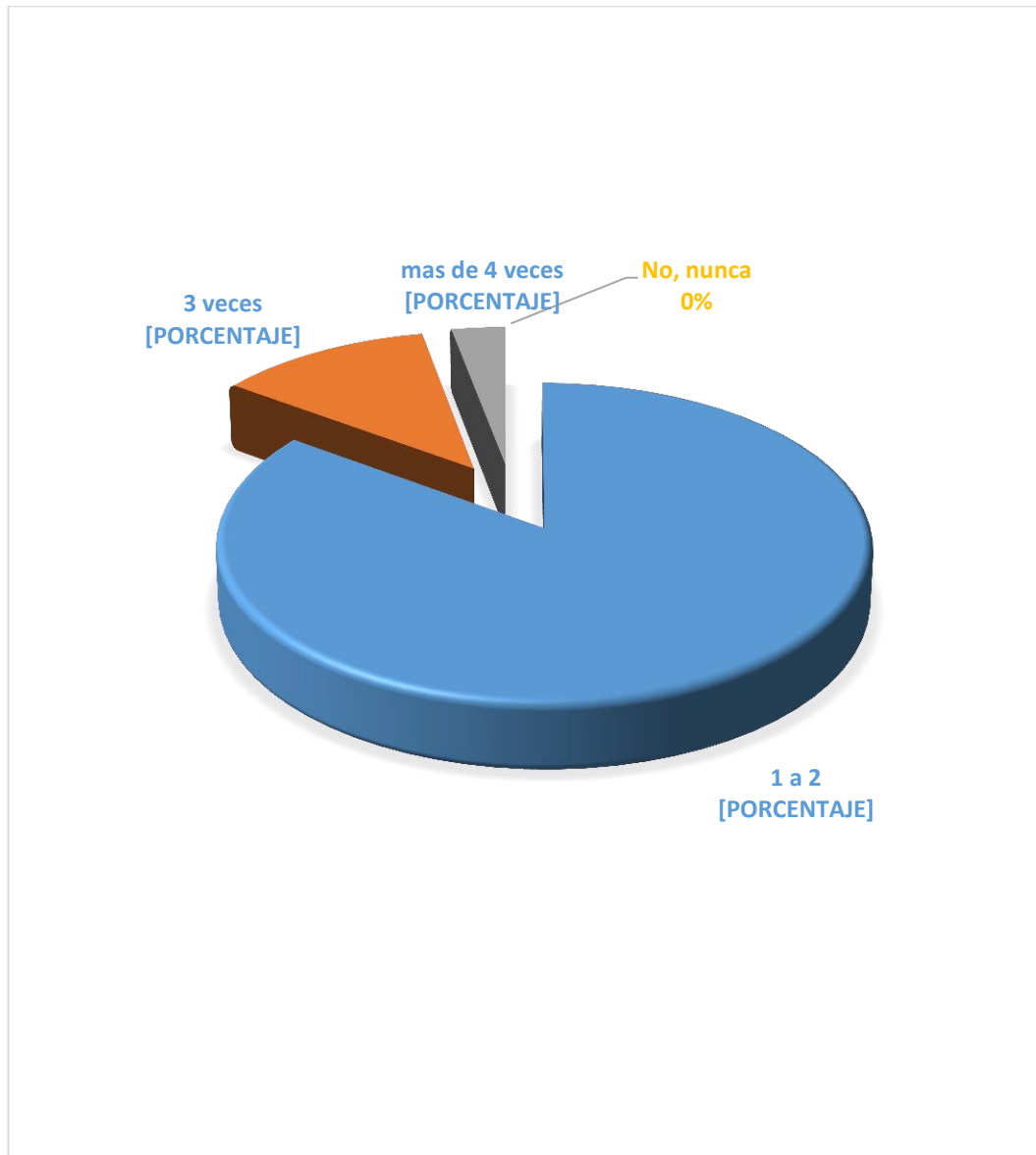
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal

Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** el 25 % no está seguro de tener la capacitación necesaria para poder dar limpieza y cuidado aséptico al cordón umbilical del neonato, mientras que un gran 75% no posee este conocimiento de técnicas de cuidado.

¿Con que frecuencia realiza el baño del neonato?

**Gráfico 3.12 Capacitación del cuidado neonatal**



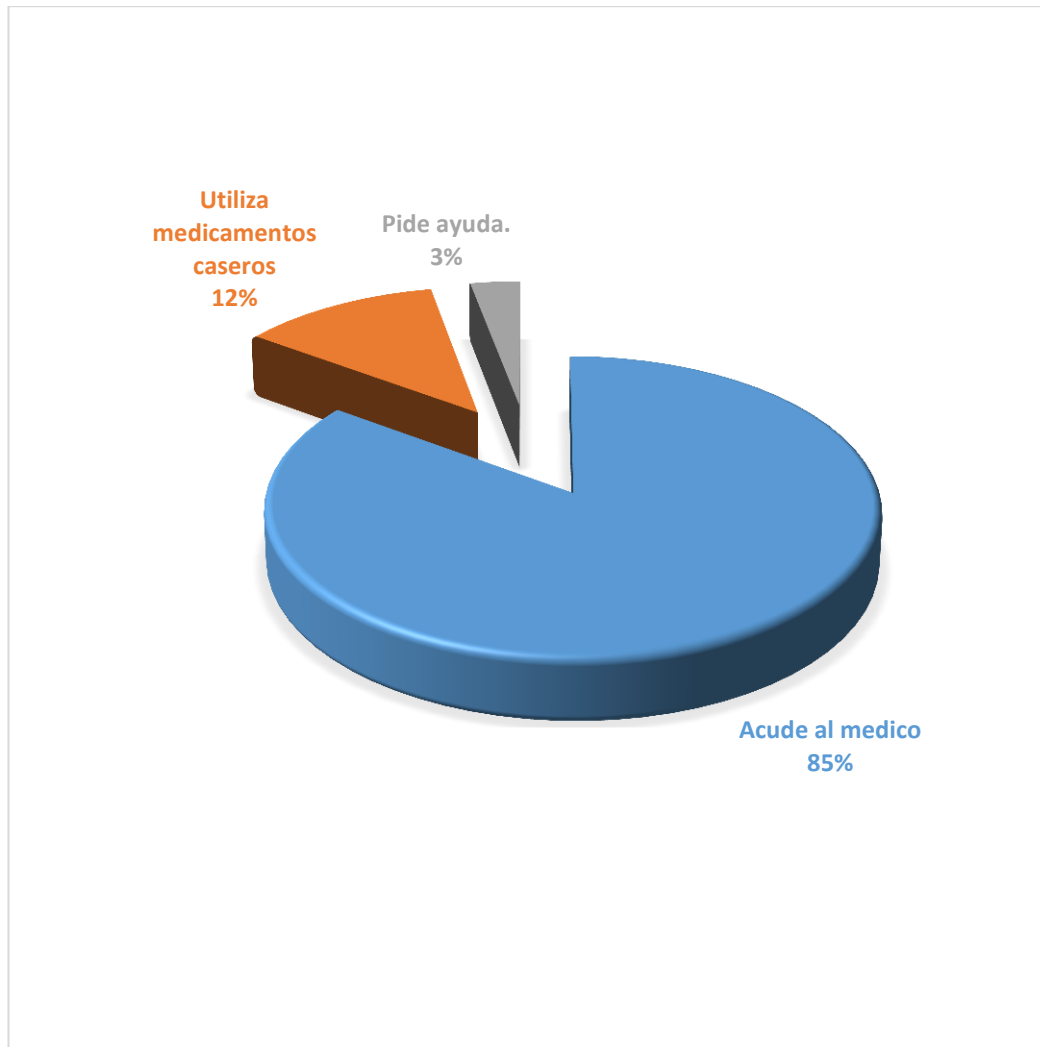
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:**

Los representantes legales realizan el baño en frecuencia de 1 a 2 veces en el 85% mientras que el 12% 3 veces al día y un 3% más de 4 veces.

¿Cuándo el neonato se enferma usted qué tipo de actividades realiza?

**Gráfico 3.13 Observación de enfermedad en el cuidado neonatal**



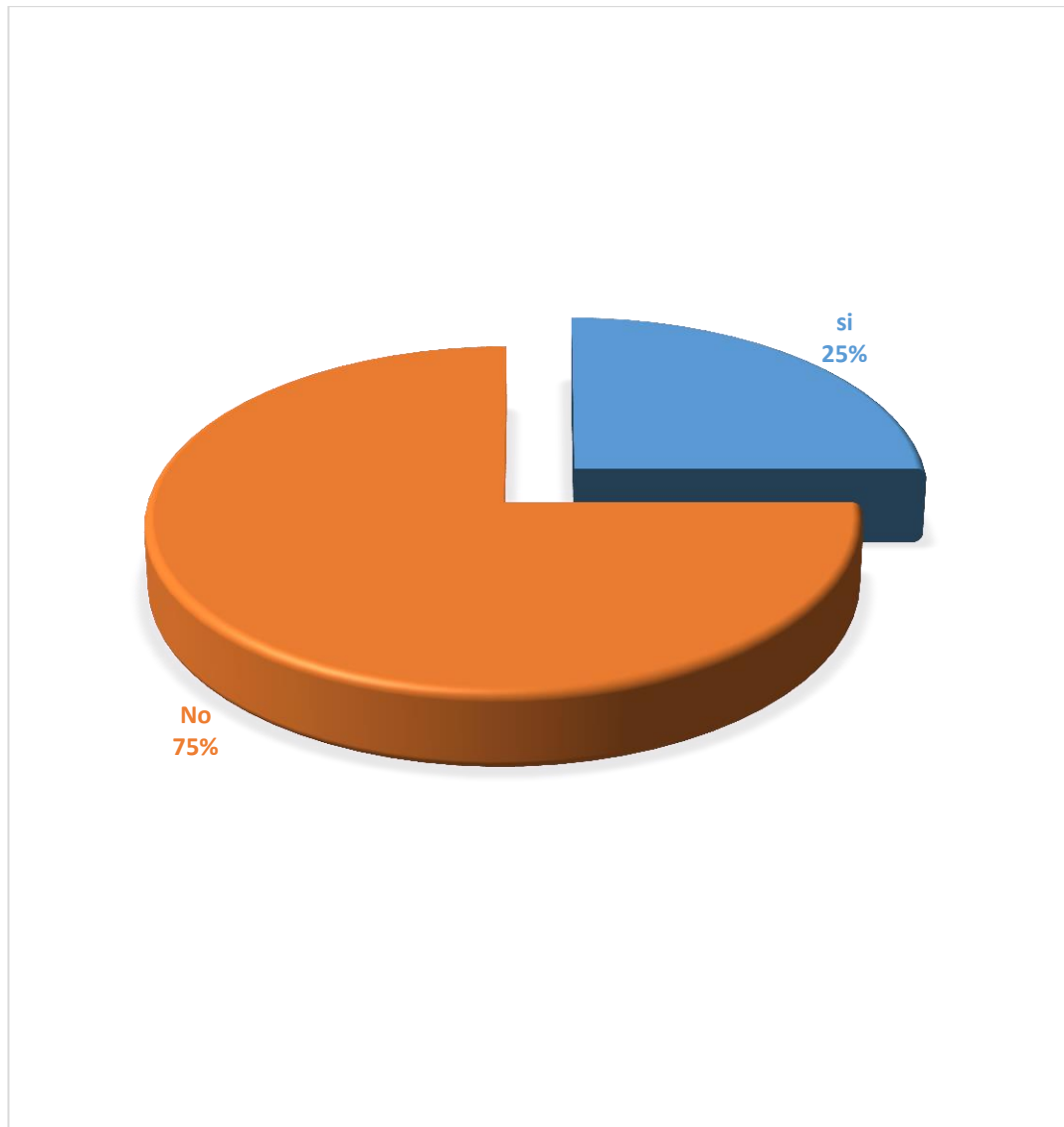
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:**

El 85% de los representantes esta consecuente de acudir al médico mientras que el 12% utiliza medicamentos caseros que pueden ocasionar mayores problemas en la salud del neonato, y el restante 3% pide ayuda a familiares y vecinos.

¿Usted cree estar preparado para el cuidado del neonato?

**Gráfico 3.14 Preparación para el cuidado neonatal**



Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal

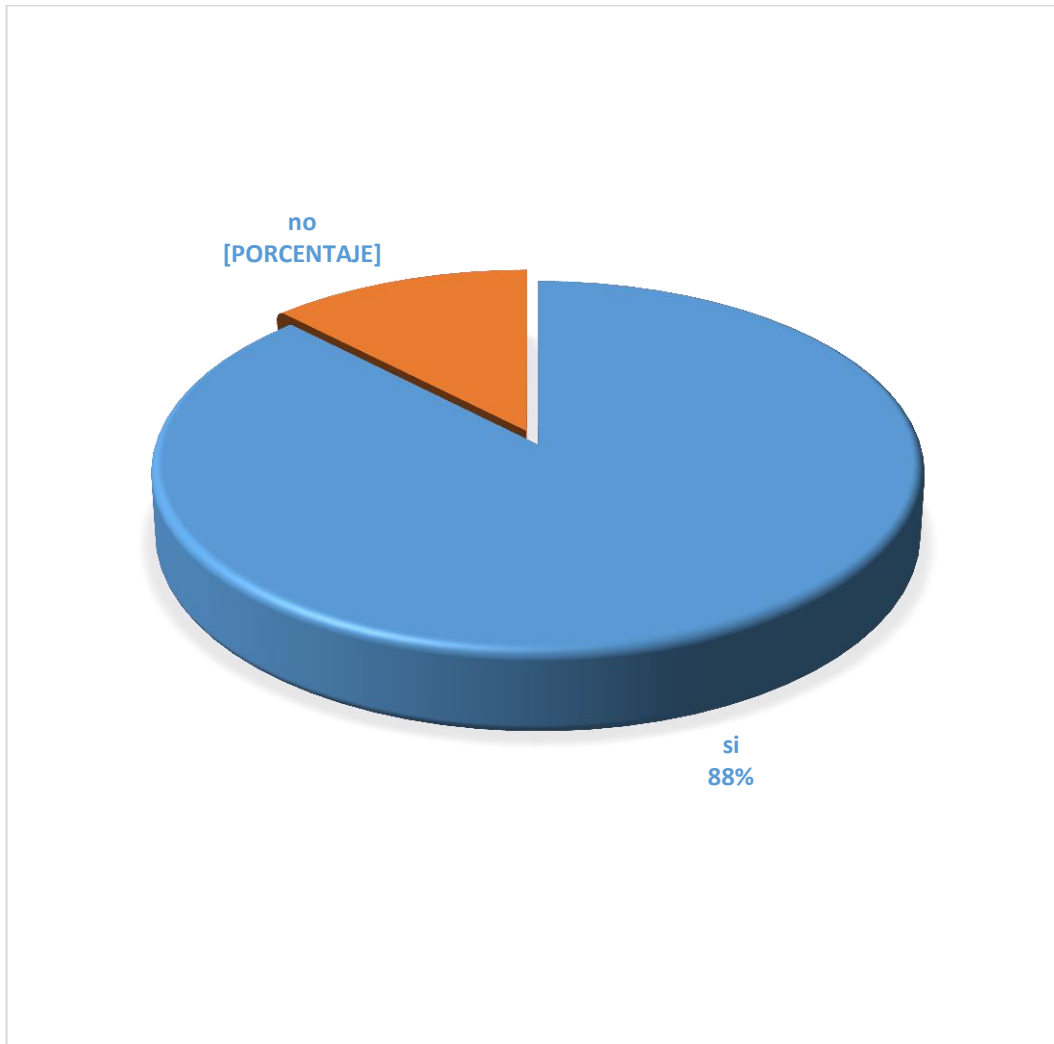
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:**

El 25% de los encuestados si cree estar preparado para el cuidado del neonato, mientras que el 75% no cree estar preparado para el cuidado del neonato.

¿Está de acuerdo en recibir una capacitación para el debido cuidado del neonato?

**Gráfico 3.15 Recibir capacitación sobre el cuidado neonatal**

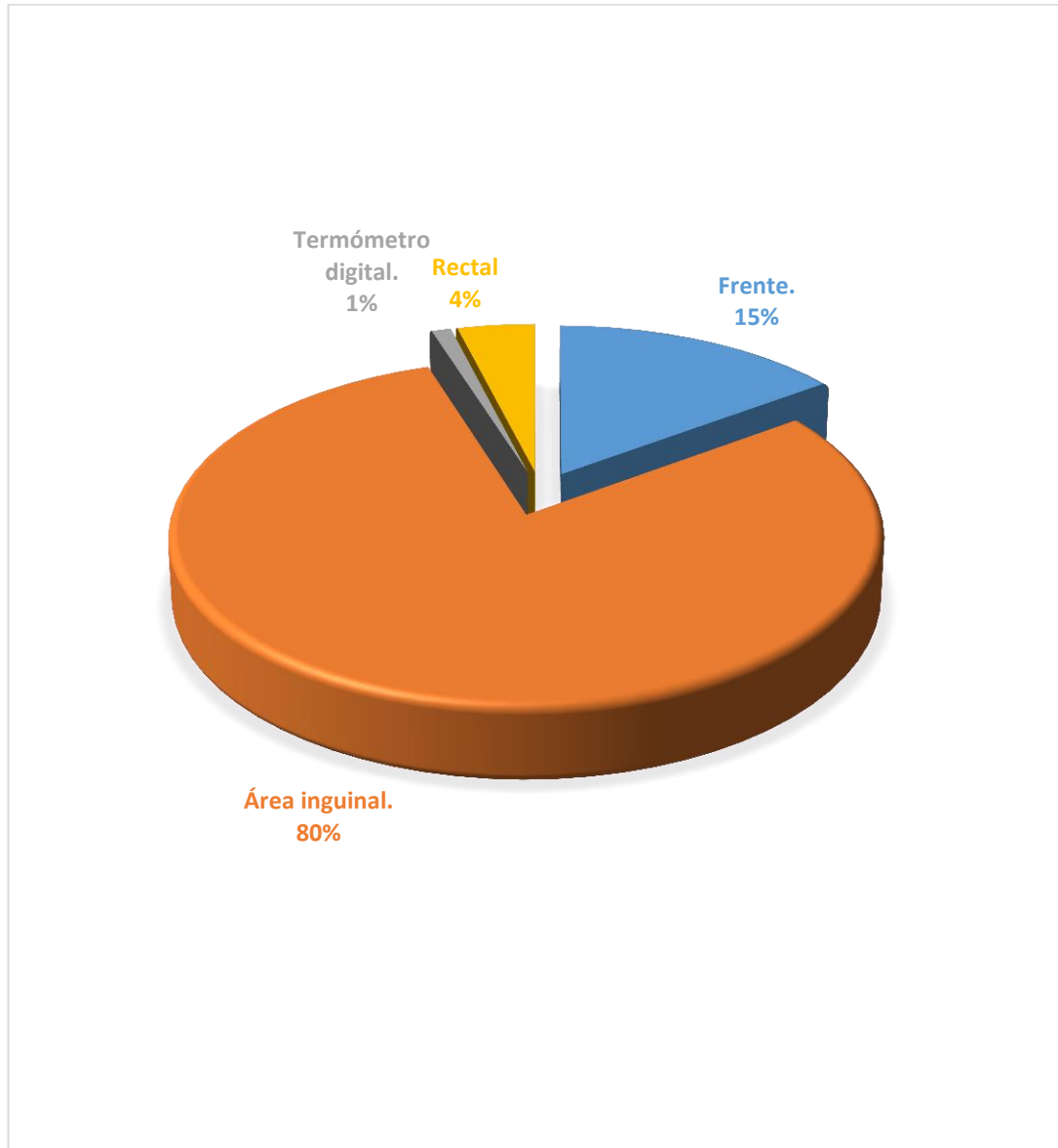


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** El 85% esta tuvo de acuerdo con ser capacitados sobre el cuidado neonatal, mientras que el 12% no estaría de acuerdo en ser parte de la capacitación, evidenciando que el los representantes si desean poseer una guía para el cuidado del neonato en sala de hospitalización. C2 y en el hogar.

¿Realiza la toma de temperatura de forma correcta?

Gráfico 3.16 Atención al neonato



Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal

Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

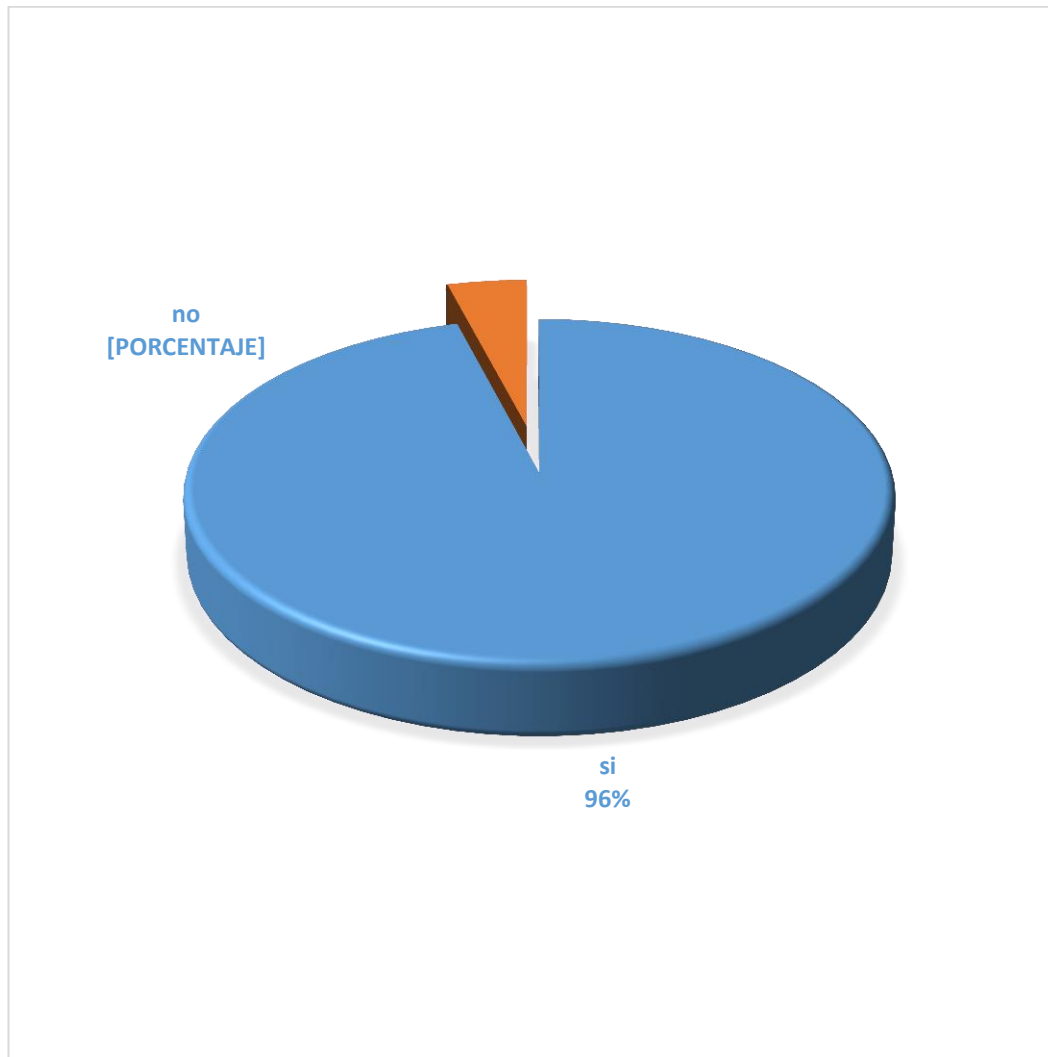
Análisis:

El 15% toma la temperatura por medio de la mano en la frente, el 80% de forma correcta en el área inguinal, un 1% uso el termómetro digital, y el último restante 4% rectal.



**¿Ha observado un correcto desempeño y atención al neonato por parte de la enferma?**

**Gráfico 3.17 Atención al neonato**

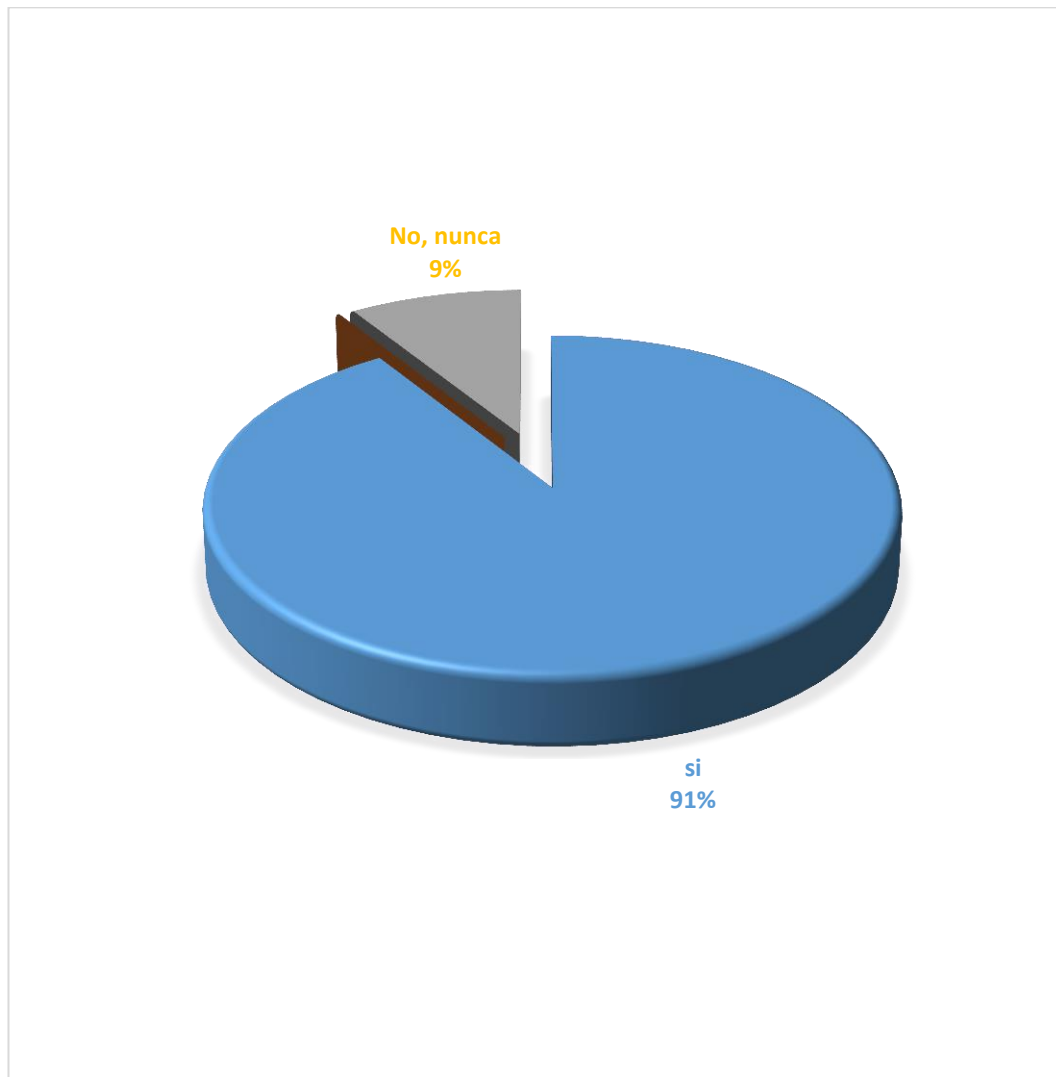


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

Análisis: el 96% de los encuestados está muy de acuerdo en que si ha observado un correcto desempeño y atención al neonato por parte de la enferma, el restante 4% no estaba muy seguro de ello, por estos resultados se puede especificar que el rol de la enfermera en el área de hospitalización. C2 es excelente y está acorde a las necesidades del familiar o representante legal del neonato.

¿Le mantuvieron al tanto de los problemas que presentó su neonato en el área crítica?

Gráfico 3.18 Problemas que presentó el neonato



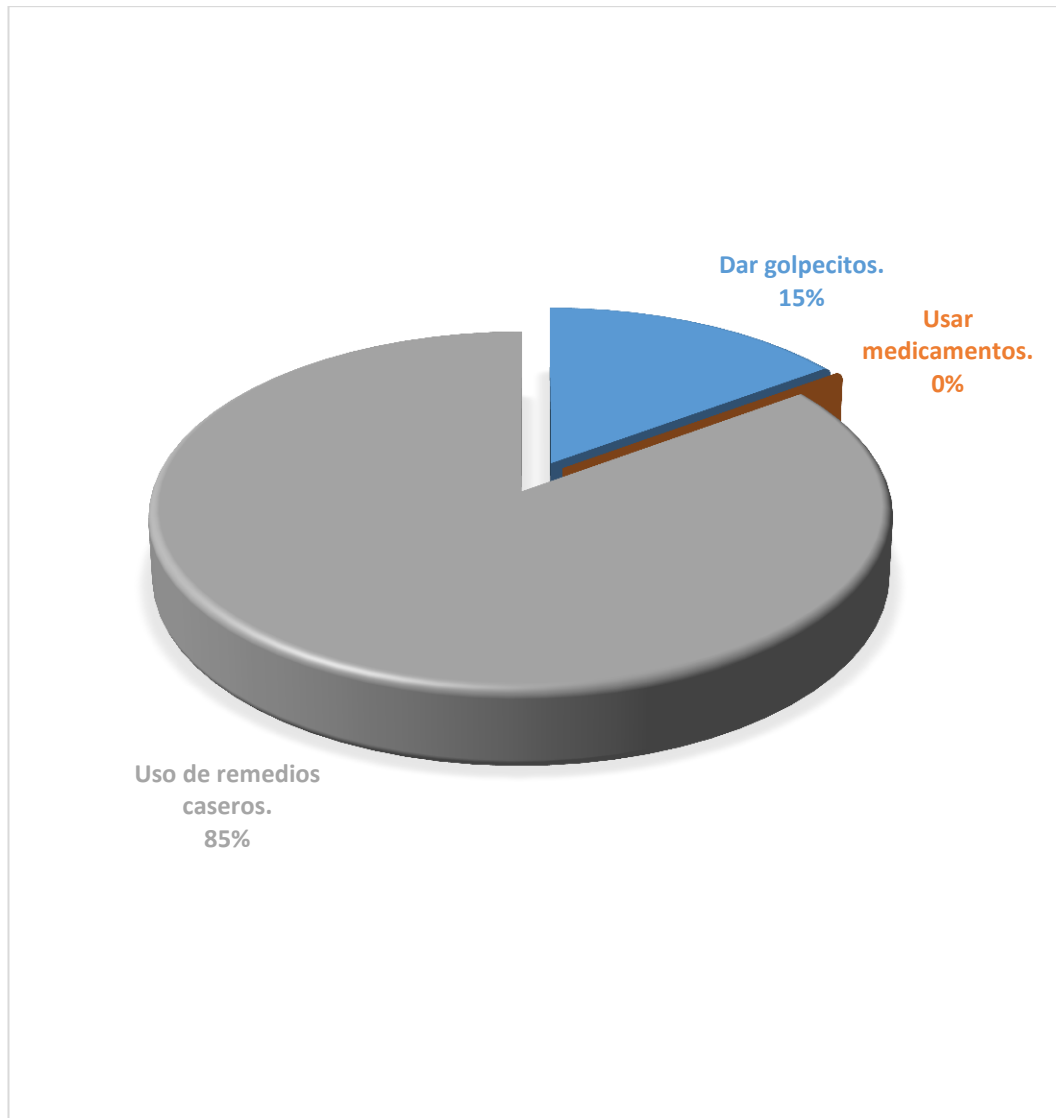
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal

Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** El 91% de los representantes legales encuestados concuerda en que si le mantuvieron al tanto de los problemas que presentó su neonato en el área crítica, el 9% nunca se le fue informado de forma oportuna, percibiendo un alto índice de asistencia por parte de la enfermera en el área crítica y en sala de Hospitalización. C2.

¿Cuándo el neonato posee abdomen distendido cuál es su accionar?

**Gráfico 3.19 Riesgos**



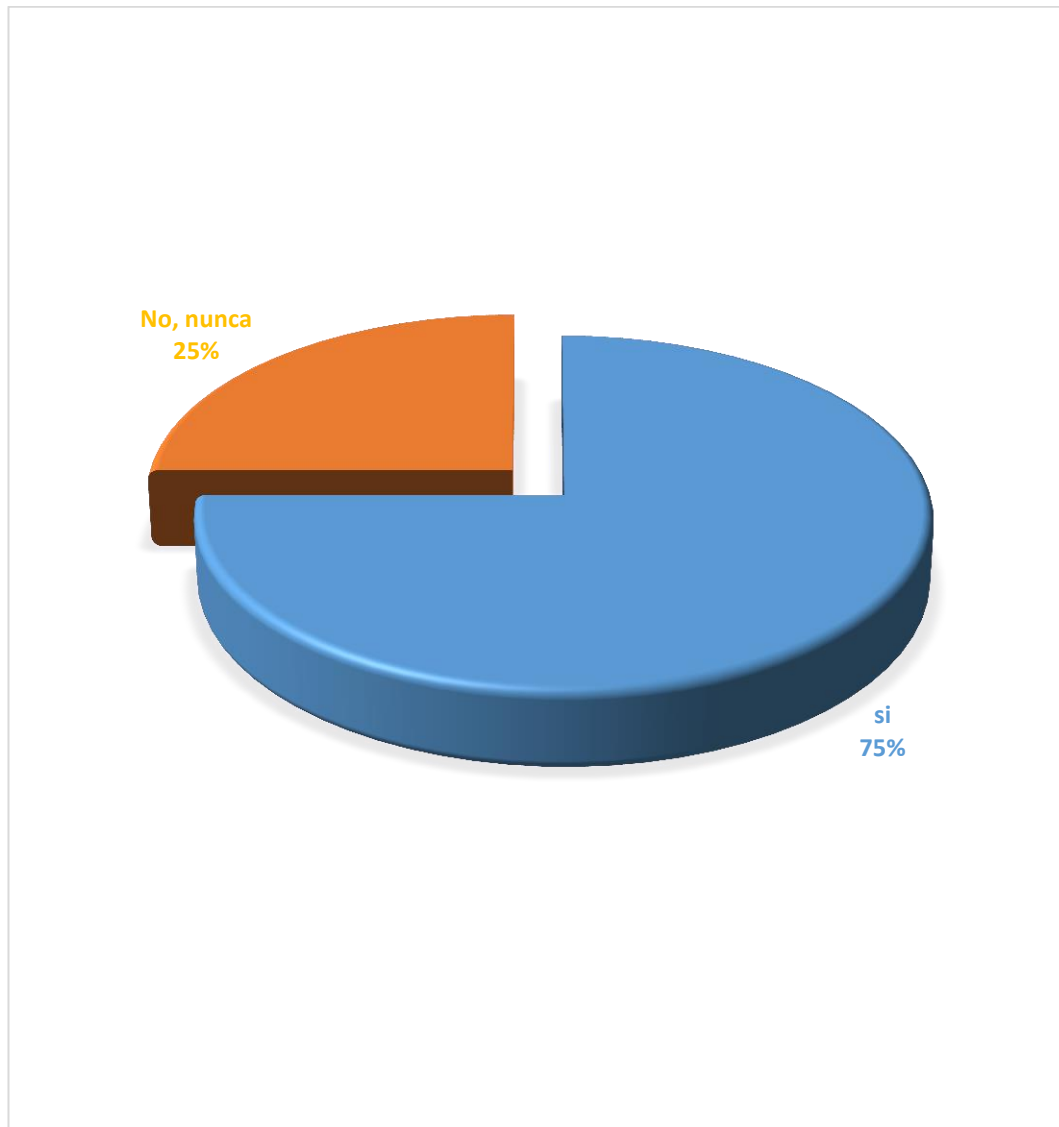
Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:**

El 85% usa remedios caseros para aliviar la distención del abdomen en el neonato, un 15% da palmaditas por saber que son gases después de dar de lactar.

**¿Al momento de la visita familiar toma muy en cuenta los riesgos de contagio cruzado al cual está expuesto el neonato?**

**Gráfico 3.20 Riesgos de contagio cruzado**

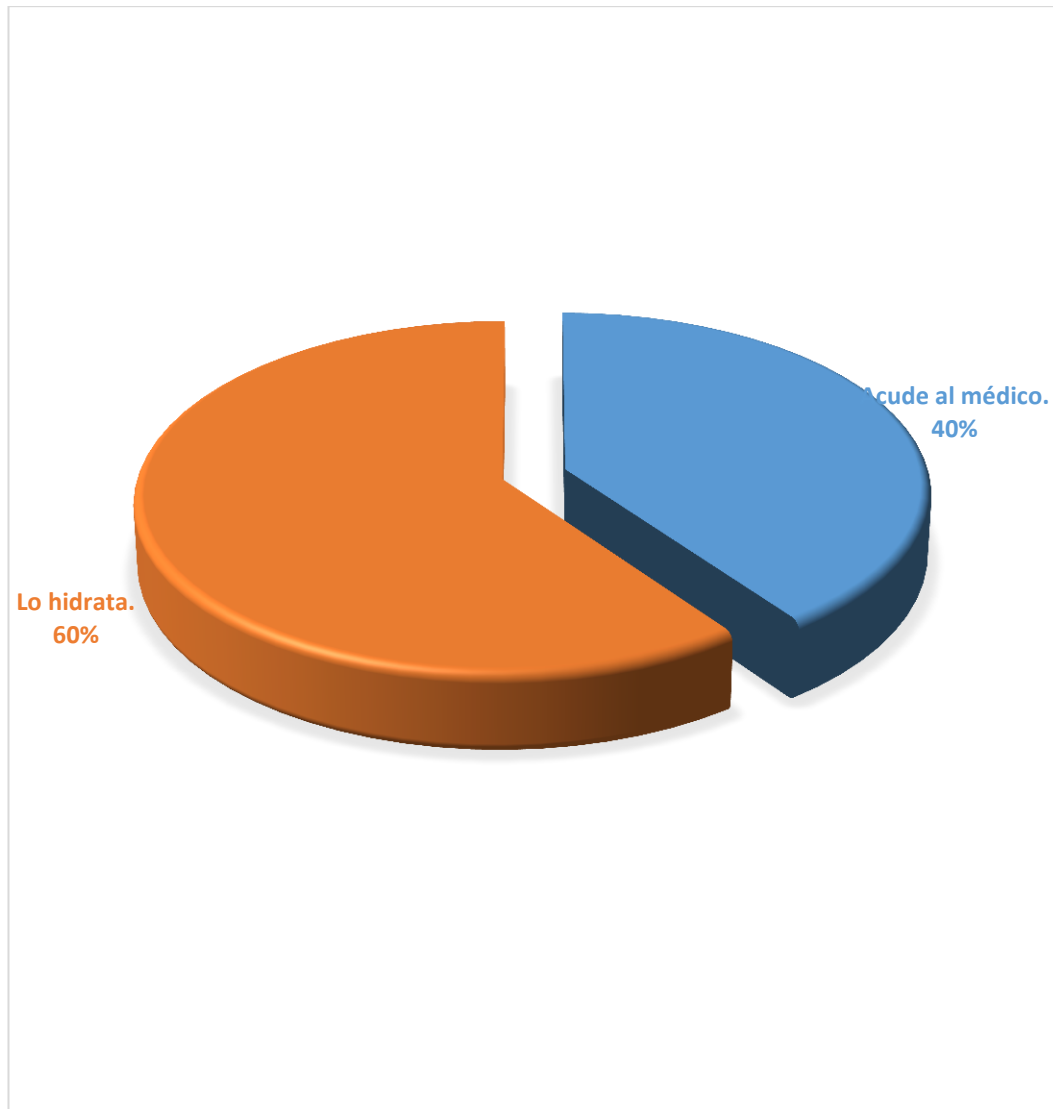


Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

**Análisis:** El 75% de los representantes legales encuestados no están muy seguros en que al momento de la visita familiar toma muy en cuenta los riesgos de contagio cruzado al cual está expuesto el neonato, , un 25% si lo toma en cuenta.

¿Si el neonato no realiza las deposiciones al día?

**Gráfico 3.21 Deposiciones al día**



Fuente: Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, representante legal  
Elaborado por: Blanca Mazzini Castro

### **Análisis**

El 40% de los encuestados acude al médico cuando el neonato no realiza sus deposiciones en la frecuencia que debe de ser, mientras que un 60% lo hidrata de forma casera.

### 3.4 Interpretación de los resultados

Al realizarse las preguntas de encuestas se puede expresar que los resultados estadísticos de la tabulación dan paso a la realización de la propuesta, es decir y mayor prevalencia de edad en neonatos de 1 a 5 días de 20 a 30 días de edad. Dando a entender que la prevalencia de problemas neonatales de en los primeros 5 días de vida y en los 10 días finales del mes de vida por lo que denota patologías propias de la edad como son sepsis tardía y neonatal así como problemas de infección cruzada.

El 24%% de los representantes legales si realiza una correcta técnica de lavado de manos, mientras el 70% no está segura de hacerlo y el 6% nunca lo hace lo que indica un 76% de probabilidad de que exista problemas de sepsis tardía o de infecciones cruzadas de tipo viral o bacteriana hacia el neonato, siendo esta un riesgo para el neonato y las infecciones que estas traen consigo, el correcto lavado de manos está a cargo del representante para evitar el paso de microorganismos que den como resultado una infección de sepsis tardía.

El 14% de los encuestados si realiza una correcta limpieza al momento del cambio del pañal mientras que el 23% tal vez realice bien la técnica de asepsia mientras que el 43% no está seguro y un 20 % nunca toma en serio la capacitación de la enfermera, generando riesgos de infección de las vías urinarias lo que es de mayor incidencia en los neonatos de sexo femenino que en los de sexo masculino por la longitud de la uretra.

En el análisis los registros de patologías con mayor prevalencia son la sepsis temprana y tardía en conjunto con la ictericia y la uro sepsis, en el neonato demostrando que los cuidados que le dan en la sala C2 es pésimo por parte de los padres y es necesario tener lista la guía para la

capacitación del representante y disminuir las incidencias de patologías en su mayoría sépticas por infección cruzada

El 70% de los representantes legales encuestados no están muy seguros en que al momento de la visita familiar toma muy en cuenta los riesgos de contagio cruzado al cual está expuesto el neonato, dando paso a posibles amenazas en la convalecencia del neonato de las sala C2.

El 85% está de acuerdo con ser capacitados sobre el cuidado neonatal, mientras que el 12% estaría de acuerdo en ser parte de la capacitación mientras que el 3% no está muy seguro, evidenciando que el los representantes si desean poseer una guía para el cuidado del neonato en sala C2 y en el hogar.

Por lo antes expuesto se plantea la elaboración de una propuesta acorde a las necesidades del cuidados dejando de lado los estatus sociales y los niveles académicos puesto el cuidado del neonato es ajeno a las características socio económicas de los representantes, lo que se plantea es un cuidado integral, para un desarrollo psicomotor, cognitivo y fisiológico adecuado.

## **3.5 CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES**

### **3.5.1 Conclusiones**

Los cuidados que reciben los neonatos por parte de los cuidadores primarios es deficiente y está en necesidad de ser mejorado por los resultados que dio la observación y la encuesta, además de existir un cambio de roles, así mismo los neonatos no están del todo bajo el cuidado de la madre o del padre si no de parientes cercanos los cuales no suelen ser los indicados para el cuidado del neonato.

Las características de los cuidadores primarios son de clase baja hasta clase alta en pocos casos, mediante la observación, se denota que los cuidadores a los que se les realizaron la encuesta poseían una relación familiar con el neonato de forma diversa ya que están bajo el cuidado del padre y de los abuelos en ausencia de la madre o mortalidad de la misma, determinando que las fallas en el cuidado están de la mano del padre y de los abuelos de los neonatos puesto que es deber de la madre la atención primaria de los mismos.

Las actividades que se cumplen por parte de los cuidadores primarios en el cuidado neonatal de la sala C2, son diversos, pero con fallas en el procedimiento y desconocimiento en los cuidados esenciales como el del cordón umbilical en los primeros días y una debida limpieza al momento de realizar un cambio de pañal.

La información que reciben los cuidadores primarios es de forma empírica debido que es por parte de los padres experimentados o madres multíparas quienes orientan en conjunto con las licenciadas de enfermería de la sala c2.



La elaboración del plan de cuidados está enfocado en el mejoramiento de los cuidados primarios que debe de dar el cuidador al neonato, especificando el cuidado, alimentación, respuesta en caso de infección, y asepsia del neonato así mismo los parámetros de cuidado ente las infecciones cruzadas.

### **3.5 .2 Recomendaciones**

Para mejorar el cuidado que se les da a los neonatos por parte de los tutores o cuidadores primarios se adjunta en los anexos de la investigación un modelo sencillo de ejecución sobre los cuidados básicos neonatales, así mismo se debe de aumentar la cobertura y dar por medio escrito a mayor cantidad de padres la guía básica adjunta.

Para mejorar los cuidados que reciben los neonatos por parte de los terceros es decir tíos, amigos y abuelos de los cuidadores primarios se debe de tomar en cuenta que están debidamente capacitados para el cuidado neonatal.

Con la observación de las fuentes de información de los cuidadores primarios en el cuidado neonatal, es pertinente realizar unas charlas y distribución de trípticos para una información rápida de los cuidados esenciales y prevención de la sepsis tardía.

Se debe de dar cabida a la entrega y distribución gratuita de la guía adjunta en anexos para madres y padres que estén en maternidades y hospitales especializados en dar atención en salud a niños. Con ayuda gubernamental se debe imprimir y distribuir la guía.

## Bibliografía

- B. Avery, M. A. (2009). *Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido* (3 ed.). Buenos Aires, Argentina : Panamericana.
- Carlos García-Caballero, A. G.-M. (2010). *Tratado de pediatría social*. Brasil : editorial Santos.
- Castro- F. (11 de oct de 2007). *Factores de riesgo del síndrome d dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido*. (L. Y.-G.-B. Castro- F., Editor) Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23\\_3\\_07/enf05307.html](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf05307.html)
- col, C. P. (2008). *ANALES ESPAÑÓLES DE PEDIATRIA*. Barcelona, España : editorial Elsevier.
- Enfermeros, D. (2011). *Diagnostico enfermeros nanda conocimiento deficiente* (8 ed.). España: ElSevier.
- Escuela de salud e enfermería*. (2014). Obtenido de Guía puerperio y atención del recién nacido en puerperio: [http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos\\_Digitales/600/610/39655.pdf](http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/610/39655.pdf)
- Esperanza, D. M. (2011). *MANUAL DE ATENCIÓN NEONATAL*. Obtenido de editorial del ministerio de salud pública: [http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos\\_Digitales/600/610/39655.pdf](http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/610/39655.pdf)
- García, Q. (2008). *Evaluación del recién nacido*. Brasil : editorial Santos.
- Gomella, T. L. (2010). *Neonatología: manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia* (5 ed.). Argentina: Panamericana.
- KOZIER, B. E. (1999). *Fundamentos de Enfermería* (5 ed., Vol. 1). Buenos Aires: Interamericana .
- lara Rojas Montenegro, R. G. (2012). *Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica* (2 ed.). Buenos Aires, Argentina : editorial Panamericana.
- Marta Sadurní Brugué, C. R. (2008). *El desarrollo de los neonatos, paso a paso*. Barcelona, España : editorial OUC.

- Moccia, P. (20 de dic de 2009). *UNICEF*. Obtenido de publicación digital:  
[http://www.unicef.org/lac/SOWC\\_2009\\_LoRes\\_PDF\\_SP\\_USLetter\\_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)
- Nascimento Tamez, M. J. (2012). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal*. Mexico : editorial panamericana.
- Neonatología*. (2012). Obtenido de <http://www.quimica.unam.mx/IMG/pdf/neonatologia.pdf>
- Perla, M. S. (2013). *Cuidados de enfermería en el período pre y postoperatorio a neonatos con diagnóstico de gastrosquisis en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"*. Ecuador: tesis inedita doctoral.
- Perú, M. d. (2008). *Dirección General de Salud de las Personas*. (t. d. Editores, Ed.) Obtenido de GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: [www.unfpa.org.pe/.../MINSAGuia-Atencion-Recien-Nacido.pdf](http://www.unfpa.org.pe/.../MINSAGuia-Atencion-Recien-Nacido.pdf)
- Purificación Segovia, M. L. (2014). *Google Académico* . Obtenido de Cuidados básicos en el recién nacido: [www.googleacademic.com](http://www.googleacademic.com)
- Reyes, D. (2010). *Neumología pediátrica* . Argentina: Editorial Panamericana.
- Teresa, L. S. (2009). *Desarrollo Y Atención Del Niño de 0 a 6 Años* (Vol. II). Panamá: editorial EUED.
- Vega, F. C. (2009). *Tasa de mortalidad de nacidos vivos en ecuador*. Cuenca, Ecuador : tesis Inedita.

# Anexo 1

# Guía de cuidados

## **Plan de cuidados neonatales**

### **Introducción**

Se entiende por Cuidados Centrados en la Familia un nuevo enfoque en el manejo del neonato que precisa de cuidados especiales en las unidades neonatales. El núcleo de esta nueva filosofía se basa en un cambio de modo, reconociendo a la familia como referencia permanente en la vida del neonato incluso durante su hospitalización. Los miembros de la familia se implican en sus cuidados, forman parte prioritaria de los mismos y participan en las decisiones respecto al neonato. Como padres son sus cuidadores naturales y por tanto deberían formar parte del equipo de cuidadores; si se les ofrece el soporte apropiado, ellos serán un apoyo muy valioso para el neonato y para el equipo de profesionales.

Los recién nacidos a generalmente precisan ser hospitalizados en unidades neonatales, que son servicios de los hospitales donde estos neonatos tan delicados son atendidos y cuidados por profesionales especializados.

Durante muchos años se ha restringido el acceso de las familias a las unidades hospitalarias de recién nacidos. Se pensaba que su entrada en la unidad y el contacto físico con los neonatos podía ser perjudicial, al aumentar el riesgo de infecciones. Además, se creía que los recién nacidos, sobre todo los prematuros, no tenían la capacidad de relacionarse o de recordar. Sin embargo, en los últimos años ha habido un cambio de actitud respecto al manejo de los neonatos que necesitan los cuidados especiales de las unidades neonatales

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Diseñar una guía de cuidado neonatal para el cuidador o representante legal de la sala C2 del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde

### **Objetivos específicos**

- Capacitar al representante legal.
- Mejorar el cuidado y la prevención de infecciones cruzadas.
- Aumentar las probabilidades de supervivencia del neonato.

### **Justificación.**

La propuesta es justificada debido a las necesidades que poseen los representantes legales de ser capacitados y educados en el cuidado del neonato siguiendo normas y prevenciones para evitar el contagio cruzado en los neonatos y aumentar sus probabilidades de supervivencia así mismo mantener en un alto nivel el sistema inmune del neonato con el calendario de vacunación y una buena nutrición.

El cuidado neonatal es de mucha importancia para los representantes legales los cuales son vehículos para favorecer a los neonatos, los que son considerados los únicos beneficiarios de la propuesta, es por ellos y para ellos la creación y ejecución del guía para el cuidado neonatal en la sala de hospitalización. C2 del Hospital Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil.

## Planificación

Diagnóstico de enfermería	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)
<p>CONOCIMIENTO DEFICIT DE LOS PADRES.</p> <p style="text-align: center;">Relacionado/ Con</p> <p>Mala interpretación de la información</p> <p style="text-align: center;">Evidenciado/ Con</p> <p>Seguimiento inexacto de las instrucciones</p>	<p>CONOCIMIENTO DEFICIT DE LOS PADRES</p> <p>DOMINIO 5: PERCEPCION/ COGNICION</p> <p>CLASE 4: COGNICION</p> <p>CONOCIMIENTO : CUIDADO DEL NEONATO</p> <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posición adecuada del neonato</li> <li>2. Técnica de alimentación del neonato</li> <li>3. Como bañar al neonato</li> <li>4. Cuidados del cordón umbilical</li> <li>5. Colocación de los pañales</li> <li>6. Técnicas adecuadas para tomar la temperatura</li> <li>7. Como vestirlo de forma adecuada</li> <li>8. Estrategias para la adaptación del familiar a la adición del neonato</li> </ol>	<p>EDUCACION PATERNA: NEONATO</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el conocimiento y la buena disposición y la habilidad de los padres o cuidadores para aprender los cuidados al neonato</li> <li>2. Observar las necesidades de aprendizaje de la familia</li> <li>3. Ayudar a los padres a encontrar maneras de integrar al Neonato en el sistema familiar</li> <li>4. Enseñar a los padres habilidades para cuidar al neonato</li> <li>5. Enseñar a los padres a cómo realizar la asepsia para evitar las escaldaduras en el cambio de pañal</li> <li>6. Explicar acerca de los cambios de los patrones del sueño durante los primeros días de vida del Neonato</li> <li>7. Enseñar como los padres pueden estimular el desarrollo del Neonato</li> <li>8. Alentar a los padres a coger, abrazar, dar masajes al Neonato</li> <li>9. Enseñar a los padres a jugar con el Neonato</li> <li>10. Animar a los padres a asistir a las clases de preparación</li> <li>11. Proporcionar a los padres material escrito adecuado</li> </ol>



		<p>para identificar necesidades de conocimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Proporcionar a los padres durante el aprendizaje de las habilidades de atención de los Neonatos</li> <li>13. Ayudar a los padres a interpretar las indicaciones llantos y las vocalizaciones del Neonato</li> <li>14. Demostrar técnicas para tranquilizar</li> <li>15. Reforzar las conductas del cuidador</li> <li>16. Enseñar a los padres a ponerse en contacto con los profesionales de la Salud</li> </ol>
--	--	---

**Fuente; (Mazzini, 2014)**

**EN ESTA GUÍA ENCONTRARÁ INFORMACIÓN DE SU INTERÉS  
ACERCA DE**

- 1 LAVADO ASEPTICO DE MANOS
- 2 NUTRICIÓN DEL PREMATURO
- 3 LA PIEL
- 4 VISITAS
- 5 CARTILLA DE SALUD INFANTIL
- 6 CUIDADOS DEL CORDÓN
- 7 HIGIENE DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS
- 8 MANEJO GENERAL DEL NEONATO.

**1 LAVADO ANTISEPTICO**

**DEFINICION**

Eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiota transitoria y parte de la microbiota residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana.

**MATERIAL**

- Jabón líquido neutro, en dispensador desechable, con dosificador.
- Toalla de papel desechable.
- Solución hidroalcohólica

**TÉCNICA**

Se procederá en un primer paso a realizar lavado higiénico de las manos según técnica anteriormente descrita. A continuación, se procederá a realizar lavado con el volumen indicado para esta técnica, de solución hidroalcohólica durante 1 minuto y medio. (Ver técnica de lavado con solución hidroalcohólica)

## INDICACIONES

- Antes del contacto con neonatos inmuno deprimidos
- Antes de tener contacto con el neonato
- Antes y después de atender al neonato con sospecha de enfermedad infecciosa.<sup>11</sup>

## TECNICA DE LAVADO CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA



---

<sup>11</sup> Navarro González2009, Protocolo de Lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria de Asturias, recuperado de: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/AS\\_Gestion%20Clinica/AS\\_Seguridad%20Paciente/Protocolo%20Lavado%20Manos%20AP.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/AS_Seguridad%20Paciente/Protocolo%20Lavado%20Manos%20AP.pdf)



## 2 NUTRICIÓN DEL PREMATURO

### Técnicas de alimentación

**Alimentación parenteral** (intravenosa): administración de todas las necesidades energéticas por vía intravenosa (agua, azúcares, proteínas, grasas y minerales).

**Alimentación enteral** (oral), mediante:

Leche adaptada (formulas especiales para neonatos prematuros): proviene de leche de vaca transformada para adaptarse a las

necesidades del neonato prematuro. Son leches con más calorías, mayor número de proteínas, calcio, fósforo, zinc y magnesio, una cantidad reducida de lactosa y una parte de la grasa en forma de ácidos grasos de mejor digestión y que mejoran el desarrollo de la retina (omega3 y omega6), y enriquecida con vitaminas.

Leches fortificadas (formulas especiales para neonatos de bajo peso): se utilizan tanto en neonatos prematuros como a término que nacen con bajo peso. Aportan nutrientes intermedios entre las fórmulas de inicio (neonato a término) y las de los prematuros.



Leche materna: es el alimento ideal para el neonato prematuro ya que:

- Mejora las defensas.
- Puede prevenir cierto tipo de alergias.
- Ayuda a la relación madre-hijo, favoreciendo el contacto precoz.
- Mejora la absorción, digestión y vaciamiento gástrico.
- Hay una mejor absorción de todos sus componentes.
- Facilita el crecimiento intestinal, disminuyendo el riesgo de enterocolitis necrotizante.

Manejo de la leche materna:

- Lavado intenso de manos.
- Estimulación de las mamas después del nacimiento cada

tres horas.

- Almacenar en recipientes de plástico o cristal.
- Rotular con nombre, fecha y hora de extracción.
- Guardar en nevera.
- Usar por orden de antigüedad.
- Calentar o descongelar al baño María.
- Congelar, si no se va a usar antes de las 24 horas.
- Transporte desde el domicilio al hospital en nevera portátil.
- Lavado del material (sacaleches, biberones.) con agua y jabón (puede usarse el lavavajillas. Hacer un secado (es importante) con un paño limpio.

#### Problemas

- Desánimo materno, por succión poco eficaz.
- Lactancias dificultosas.
- Ingresos prolongados.
- Disminución de la producción de leche.

### **Posturas y posiciones para amamantar**

#### **Postura:**

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar.

Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

#### **Posición:**

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame.

También las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.

### **Sobre posturas y posiciones**

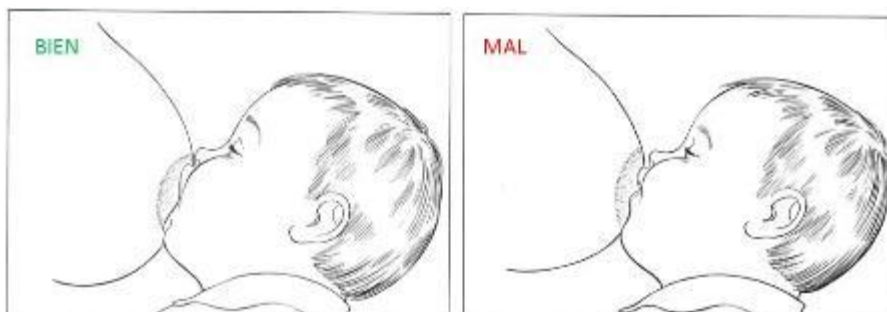
Lo normal es pasar muchas horas totales al día amamantando, si no buscamos estar cómodas sufriremos dolor de espalda y las tomas se nos harán interminables. Es buena idea tener preparado un lugar cómodo para amamantar durante el día que puede ser por ejemplo un sillón. Es buena idea disponer también de cojines para poder apoyar los brazos mientras sujetas al bebé o apoyar al bebé si ocasionalmente necesitas una mano libre, y como no: un reposapiés.

Antes se recomendaba a la madre tener la espalda recta y bien apoyada, con los hombros hacia atrás, pero recientemente se ha descubierto que los bebés maman mejor cuando la madre está reclinada hacia atrás. Lo importante es no amamantar nunca encorvada sobre el bebé. En el caso de posturas estiradas también habrá que disponer a apoyo para la cabeza.

Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, el prever de tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, mando a distancia, libro, vaso de agua, etc....).

### **Posición del bebé al pecho**

Aparte de que, para amamantar, la madre disponga de varias posturas entre las que escoger, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas.



En cualquier caso y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el bebé esta succionando correctamente, con la boca bien abierta, los labios evertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho.

### **¿Y no se ahogará?**

Los bebés nacen con un fuerte instinto de supervivencia, y se apartarán con decisión de cualquier cosa que les obstruya las vías aéreas. De hecho, cuando un bebé está resfriado y la mucosidad retenida en la nariz le impide respirar por ésta, se aparta del pecho echando la cabeza hacia atrás por no poder mamar y respirar por la boca al mismo tiempo. No es necesario pinzar el pecho con los dedos ni apartar la nariz del bebé. La característica “naricilla chata” de los bebés les permite respirar por los orificios nasales aunque tengan el rostro literalmente pegado al pecho materno.

### **El agarre espontáneo**

Igual que todas las demás crías mamíferas nuestro bebé es capaz de alcanzar el pecho y mamar por si mismo correctamente si se lo permitimos.

Todo fluye mejor cuando no se siguen técnicas y dejamos que todo surja de modo espontáneo. Para ello, debes estar semi-acostada o sentada con la espalda reclinada hacia atrás, y colocar el bebé boca abajo sobre ti, con la cabeza situada entre tus pechos descubiertos, de modo que no quede ni un trozo del cuerpo de tu bebé que no esté en contacto con el tuyo. No es necesario sujetarlo, solo vigilarlo, porque la propia gravedad lo mantiene firme.





Permite que tu bebé cabecee, busque y escoja un pecho y golpee repetidamente con la barbilla hasta prenderse solo. Puede tardar entre 10 y 60 minutos si acaba de nacer, menos de 10 minutos si ya lleva tiempo mamando. En ocasiones, el tamaño y forma del pecho pueden dificultar el proceso. Si este es tu caso puedes ofrecerle el pecho sujetándolo entre los dedos pulgar e índice, como si se tratara de un sándwich.

La postura ventral, en contacto directo cuerpo a cuerpo, es la que adoptan instintivamente todas las crías de primates para mamar. Se ha comprobado que los bebés humanos pueden mamar con eficacia y sin dañar a su madre en esta posición aunque tengan alguna limitación mecánica de la succión.

Otras posiciones de la madre para amamantar:

- Sentada
- Estirada
- De pie
- A cuatro patas

### **Posición del bebé al pecho**

Aunque lo más habitual es amamantar sentada o estirada con el bebé frente a la madre, son muchas las posiciones a las que se puede llegar a recurrir:

**Postura sentada – Posición estirado:** El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.



Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado. Esta variante no es tan frecuente pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.

**Postura sentada – Posición “de rugby”:** El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.



Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta.

Tanto la posición estirada como la “de rugby” funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

**Postura sentada – Posición caballito:** En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.



Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatic (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas.

En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.

**Postura estirada – Posición estirado** (en paralelo): En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.



También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.

**Postura estirada – Posición estirado** (en paralelo inverso): En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis localizadas en la parte superior del pecho.



**Postura “a cuatro patas” – Posición “boca arriba”:** Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario.



Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.

Todas estas posiciones son propias de bebés con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los bebés más mayorcitos pueden mamar cómodamente en las posiciones más inverosímiles.

Lo importante es saber que no existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre / hijo, si no que cada binomio tendrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a sus mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.

### **Nociones básicas para posicionar correctamente un bebé**

1. La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
2. Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo.
3. Se coloca al bebé perpendicular a la orientación del pezón.
4. Se enfoca nariz – pezón.

5. Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
6. Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
7. Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)
8. El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
9. Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
10. La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
11. La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
12. Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.

### **Signos de buena posición**

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la cabeza y los hombros.

### **Signos de buen agarre**

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están evertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del bebé está bien abierta.
- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

### **Signos de buena succión**

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias.

El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si tu bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien.

Lo normal es que si hay silencio ambiental puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras observas un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando.

Además podrás ver que:

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hundan, sino que se ven redondas y llenas.

### **A tener en cuenta**

La posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito de la lactancia.

La lactancia es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo. Por un lado la leche no espera pacientemente en el pecho a que alguien la saque, sino que es empujada por la acción de una hormona, la oxitocina. El bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo, la posición y la succión del bebé ha de ser correcta y la lengua tiene que tener total movilidad ya que pueden surgir problemas si el frenillo lingual es corto.



Ir alternando diversas posiciones facilita el correcto drenaje de todos los conductos del pecho y previene la aparición de obstrucciones y mastitis.

La lactancia no es un proceso totalmente instintivo en el ser humano sino que precisa de un aprendizaje social. Ver a otras madres amamantar correctamente a sus hijos facilita que el propio bebé mame en posición adecuada.

Se ha observado que, cuando en el mismo momento de nacer (antes de lavarlo, pesarlo, practicar profilaxis oftálmica o cualquier otra maniobra; a veces incluso antes de cortar el cordón) un recién nacido es colocado desnudo sobre el cuerpo desnudo de su madre, y se le deja con ella durante dos horas sin interrupciones, casi todos los bebés se arrastran por si mismos hacia el pecho, localizan el pezón y maman de forma espontánea en posición correcta, en un momento variable entre unos 20 minutos y algo más de una hora después del parto.

Sin embargo, también se ha observado que muchos recién nacidos no consiguen mamar correctamente si están bajo los efectos de la petidina administrada a la madre durante el parto, o si son separados de la madre durante 20 minutos (entre el minuto 20 y 40 postparto), aunque luego les vuelvan a dejar en contacto con la madre. Cuando coinciden ambos factores (petidina y breve separación) casi ningún recién nacido logra mamar en posición correcta.

Los factores que favorecen la posición correcta del bebé al pecho son:

- Una buena información de la madre.
- El inicio temprano de la lactancia.
- Evitar el uso de chupetes y biberones para prevenir el Síndrome de Confusión de Pezón.
- Apoyo profesional durante la estancia hospitalaria.

Los signos y síntomas de un **Síndrome de Posición Inadecuada** pueden ser:

- Mejillas hundidas, succión rápida y ruidosa, movimientos periorales.
- Dolor y grietas en los pezones.
- No soltar el pecho por sí mismo.
- Ingurgitación, a veces mastitis.
- Reflejo de eyección intenso y repetido.
- Atragantamiento, a veces rechazo del pecho.
- Vómitos y regurgitaciones.
- Escaso aumento de peso.
- Toma frecuente y prolongada (la toma de más de una hora que casi se empalman unas con otras, pueden ser normales en algunos niños de pocas semanas, pero también pueden ser indicio de mala posición, por lo que ante la duda es conveniente verificar la posición y la succión del bebé).

Los signos de un **Síndrome de Confusión de Pezón** debido a la interferencia de chupetes y biberones pueden ser:

- El bebé se “pelea” con el pecho en algunas tomas, parece nervioso, confundido y acaba agarrándose correctamente después de un rato que parece que no lo consigue. Es posible que al principio lo haga solo en alguna toma, pero si la interferencia con tetina sigue lo normal es que acabe haciéndolo en todas las tomas y que incluso en algunas no logre cogerse al pecho, hasta que deje de mamar por completo.
- Cuando se agarra la boca del bebé está muy cerrada, solo es capaz de abarcar el pezón y no la areola.
- Y la posición y movimientos de la lengua difieren, el bebé tiende a mover la lengua delante del pezón en vez de colocarla debajo.

Algunos factores físicos, tanto por parte del bebé (frenillo lingual corto, retrognatia, ....) como de la madre (tamaño y orientación del pecho o el pezón, ...) pueden dificultar un correcto agarre del bebé al pecho. En algunos casos habrá que intervenir externamente (cortar el frenillo corto), en otros es posible que el problema solo se de en según que posiciones.

Si éste es el caso será cuestión de identificar que posición es la más adecuada a ese binomio madre / hijo.

Los pezones planos o invertidos no tienen por qué ser un obstáculo para una correcta posición, ya que el bebé mama de la areola, no del pezón.

El uso de pezoneras puede ser útil en algunos casos difíciles en los que el bebé es incapaz de agarrar el pecho de cualquier otro modo, pero también puede ser causa de otros problemas, como bajada de producción de leche, por lo que su uso ha de ser muy prudente.

Hacer “la pinza” o sea sujetar el pecho entre los dedos índice y corazón, puede ser factor de riesgo para una mala posición y succión, ya que impide al bebé abarcar bien el pecho con la boca. También puede aumentar el riesgo de obstrucciones. Si hubiera que sujetar el pecho con una mano, mejor hacerlo con el pulgar y el índice colocados “en forma de C” arriba y debajo de la areola y sin comprimir el pecho.

Reconducir una posición o succión inadecuada hasta conseguir una lactancia exitosa y satisfactoria es posible, con información, paciencia y apoyo adecuados.<sup>12</sup>

### 3 La piel



También carece de pilosidad, es decir no tiene vello, sino una especie de vello fino llamado lanugo que se irá perdiendo poco a poco y se descama

---

<sup>12</sup>Posturas y posiciones para amamantar recuperado de;  
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/04-2-anexo2.pdf>

fácilmente, lo que la hace muy delicada. Posee escasos factores hidratantes naturales por lo que necesita cuidados especiales.

### **La hora del baño**

Este es el momento de mayor interacción entre los padres y el neonato , sin olvidar, está claro, el de la lactancia. El baño es especial, es momento de relax, de juego, de contacto directo con el neonato , sin olvidar el objetivo primordial que es una buena higiene.

### **¿Cuándo bañar al neonato?**

La tarea del baño debe ser tranquila, realizarla en un momento en que no tengamos prisa, que nada nos preocupe ni nos interrumpa y a ser posible cuando estén presentes los dos padres, ya que compartir esta experiencia es beneficioso para toda la familia.

### **¿Dónde bañarle?**

Podemos realizarlo en una bañera especial de neonatos o en el lavabo si es amplio, en definitiva, en un lugar cómodo, con un clima agradable y con todo lo necesario alrededor. Debemos prepararlo todo con anterioridad.

### **Material necesario**

Esponja suave (natural), jabón de pH neutro sin perfume, peine (si se utiliza, aunque no es necesario), crema, pañal nuevo, ropa limpia, material para curar el ombligo (gasas y antiséptico).



## TÉCNICA

- Comprobar que tenemos todo el material que vamos a utilizar.
- Procurar un ambiente térmico neutro, no es necesario que haga calor excesivo, ya que no beneficia nada y los contrastes no son buenos.
- Preparar el agua a temperatura agradable, se puede controlar con la cara interna del antebrazo, aunque también existen termómetros de agua.
- La temperatura debe ser aproximadamente entre 36°C y 38°C, según el gusto del neonato.



### ¿Cómo bañarlo?

- El baño más relajante y placentero es por inmersión, por eso si lo realizamos cerca de la noche, obtendremos la posibilidad de que duerma y descansa mejor, él y sus papás.
- Además es beneficioso porque al sumergirle en agua caliente ayuda a la termorregulación, esto es, ayuda a que no se quede frío durante el baño.
- Asegurar la limpieza de todas las partes del cuerpo.

### Pasos a seguir

- Desnudarle despacio, con mimo.
- Antes de sumergirlo limpiaremos la zona genital, si tiene el pañal sucio, para no ensuciar el agua de la bañera.

- Introducir al neonato en el agua hasta casi los hombros, si es posible, sujetándole el padre o la madre pasándole el brazo por detrás de la espalda, hasta sujetar su bracito por la axila, así la cabeza queda libre y el cuerpo bien sujeto.
- Calmarlo si se pone nervioso, hablándole y acariciándole e ir echando agua con la mano por todo el cuerpo.
- Lavar la cara con agua.
- Con la esponja humedecida y escurrida, con poca cantidad de jabón, ir frotando suavemente todo el
- cuerpo empezando por la cabeza e insistiendo en la zona por detrás de las orejas, seguir con el cuello, brazos, axilas, pecho, espalda, piernas, pies y por último los genitales.
- Enjuagarle, echándole agua de nuevo con la mano, eliminando todos los restos de jabón.
- Sacarlo del agua con cuidado y taparlo con una toalla o capa caliente.
- El secado debe ser preciso, sin frotar, haciendo pequeños toques con la toalla y empapando la humedad, prestando especial atención a las zonas de los pliegues (cuello, axilas, ingle y genitales) y en las manos y pies.

### **ASEO GENITAL Y MUDA DEL RECIÉN NACIDO (SE REALIZA SEGÚN NECESIDAD)**

1. Realice lavado clínico de manos
2. Deje material preparado en el área limpia de la cuna (tórulas de algodón para aseo genital, pañal, agua hervida tibia o agua destilada, bolsa para desechos)
3. Antes de soltar el pañal sucio realizar el aseo del cordón (ver procedimiento en detalle más abajo)
4. Moje las tórulas de algodón en agua hervida tibia

5. Retire el pañal sucio, limpie pliegues inguinales, zona genital y anal en movimiento de delante hacia atrás (limpiar por arrastre). En las niñas entreabrir los labios para limpiar la zona central de los genitales. En los varones retraer el prepucio sin forzar y limpiar la zona.
6. Con una tórula de algodón limpia, limpiar las nalgas y regiones vecinas si fuera necesario.
7. Elimine material sucio en bolsa de desechos
8. Cubra al niño con ropa de cama
9. Elimine bolsa de desecho en basurero
10. Realice lavado clínico de manos
11. Cubra la piel con crema protectora o cicatrizante si fuera necesario
12. Ponga pañal limpio y vista
13. Registre características de orina, deposiciones y observaciones importantes.

#### **4 visitas**

El neonato podrá salir cuando tenga la edad que corresponda a la fecha de su posible nacimiento. Cuando acuda a las consultas médicas intente no estar en momentos de aglomeración y/o junto a niños mayores, en épocas epidémicas de catarrros (invierno).

Aunque es natural que la familia y amigos quieran conocer al nuevo neonato es necesario evitar que lo visiten varias personas a la vez. Aquellos que estén resfriados o padezcan alguna enfermedad infectocontagiosa, no deben cogerlo en brazos

#### **5 Cuidados del cordón**

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Lavar el ombligo con agua y jabón, movilizándolo desde la pinza.

- Aclarar con agua y secar con una gasa estéril.
- Los pasos 1 a 3 no son necesarios si la cura la hacemos después del baño.
- Añadir antiséptico a chorro, preferiblemente utilizaremos clorhexidina alcohólica.
- Asegurarnos de que quede bien seco, puede utilizarse una gasa estéril o bien secar al aire (podemos aprovechar este momento para darle un masaje) pero nunca soplar sobre el cordón.
- No es preciso dejar una gasa enrollada en el cordón, pero sí asegurarnos que el pañal no roza en la zona umbilical., colocarlo por debajo.
- El ombligo suele caer entre el quinto y el décimo día.



## 6 Higiene de las vías respiratorias



Las infecciones respiratorias (bronquiolitis, resfriados, procesos gripales, etc.) Se suelen producir en los meses de septiembre a marzo. Se da con mayor frecuencia en niños menores de seis meses y es más grave en los menores de seis semanas.

Son factores predisponentes para coger infecciones respiratorias:



- El que los niños sean prematuros.
- Que tengan problemas pulmonares.
- Que tengan problemas de corazón.
- Que asistan a guarderías.
- Que tengan más hermanos en edad escolar.
- Que los padres fumen (tabaquismo pasivo).
- Hacinamiento de las casas.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Ausencia de lactancia materna (la leche de la madre es protectora).

Cuando los niños cogen infecciones respiratorias pueden tener los siguientes síntomas

**A nivel respiratorio:**

- Dificultad respiratoria.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de secreciones y obstrucción bronquial.
- Tos.
- Estado de agitación, irritabilidad.

**En la alimentación:**

- Inapetencia. Rechazo de las tomas.
- Dificultad para comer por la dificultad respiratoria, la hiperventilación y la distensión abdominal.
- Succión ineficaz.
- Vómitos.
- Pérdida de peso.

**Termorregulación:**

- Fiebre o hipotermia.

Hay que tener en cuenta el riesgo de transmisión a otros hermanos (cuidado en caso de gemelos o trillizos) e inclusive a los cuidadores.

En la piel el virus que causa la bronquiolitis está activo durante 20 minutos (muy importante el lavado de manos).

### **Medidas de prevención**

Para evitar que los niños cojan estos procesos infecciosos tenemos que realizar unas medidas de prevención como son:

- Lavarse las manos frecuentemente los padres y cualquiera que toque al niño (muy importante).
- Baño y aseo diario.
- Tirar los pañuelos usados
- Limpiar frecuentemente con agua y jabón los juguetes del niño.
- Usar habitaciones separadas para el niño y hermanos mayores.
- Evitar que se acerquen personas resfriadas.
- Evitar ambientes de humo de tabaco.
- Evitar espacios llenos de gente (salas de espera pediátricas, salas comunes en hospitales, grandes almacenes etc.), durante el invierno.
- Si está indicada alguna vacunación (antigripal, virus sincitial respiratorio) lo indicará el pediatra.

### **Maniobras para higiene de las vías respiratorias**

Cuando a pesar de estas medidas de prevención el niño coge una infección respiratoria tendremos que recurrir a una serie de maniobras para ayudar al niño a expulsar las secreciones, lo que dejará libres las vías respiratorias y el niño respirará mejor.

Estas maniobras consisten en:

- Colocar al niño en decúbito lateral derecho o izquierdo, para que respire mejor.

- Realizar clapping.
- Administrar suero fisiológico en fosas nasales (fluidifica las secreciones y éstas se eliminan mejor).
- Sistemas de aspiración bucal (los venden en las farmacias).

### **Consejos a los padres**

- Ayudar a la limpieza de las vías aéreas. Si es preciso aspirar, siempre antes de las tomas.
- No forzar las tomas, si el niño no quiere tomar darle menos volumen y aumentar la frecuencia de éstas.
- En caso de hipertermia dar paracetamol (lo indicará el pediatra).
- En caso de hipotermia: abrigar.
- Procurar confort y una posición adecuada en las tomas y entre las tomas.
- Es importante que el niño descanse, así disminuye la irritabilidad.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup>Purificación Segovia, Maria Luisa Vidal, Cristina Sanchos, Tatiana Garzón 2014, Cuidados básicos en el recién nacido recuperado de: [www.googleacademic.com](http://www.googleacademic.com)

## **Factibilidad.**

### **Recurso económico.**

<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Valor Total</b>
<b>1 unidad</b>	<b>USB</b>	<b>18.00</b>
<b>2 paquetes</b>	<b>Papel bond A4</b>	<b>10.00</b>
<b>3 unidades</b>	<b>Esferográficos</b>	<b>0.90</b>
<b>5 unidades</b>	<b>Libros</b>	<b>180.00</b>
<b>500 unidades</b>	<b>Fotocopias</b>	<b>25.00</b>
<b>Materiales de oficina</b>	<b>Varios</b>	<b>25.00</b>
<b>1 unidad</b>	<b>Transporte</b>	<b>44.00</b>
	<b>Impresiones</b>	<b>80.00</b>
<b>Total</b>		<b>382.90</b>

### **Recurso humano**

Directos:

- Blanca Mazzini Castro
- Directora de tesis.
- Asesora designada.

Indirectos

- Representantes legales
- Neonatos

# Anexo 2

## Glosario de términos

GA	Gases arteriales
BH	Balance hídrico
CFV	Control funciones vitales
ClNa	Cloruro de sodio
CO <sub>2</sub>	Anhídrido carbónico
CPAP	Presión positiva continua de la vía aérea
cm	Centímetros
dl	Decilitro
E.S.	Establecimiento de salud
EG	Edad gestacional
EMH	Enfermedad de membrana hialina
ET	Endotraqueal
EV	Endovenosa
FC	Frecuencia cardiaca
FR	Frecuencia respiratoria
FIO <sub>2</sub>	Concentración inspiratoria de oxígeno
GEG	Recién nacido grande por su edad gestacional
GPC	Guía de práctica clínica
gr	Gramo
H <sub>2</sub> O	Agua
Hb	Hemoglobina
HMD	Hijo de madre diabética
HPPN	Hipertensión pulmonar persistente
hr ó hrs	Hora; horas
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
IgA	Inmunoglobina A

IgE	Inmunoglobina E
IgG	Inmunoglobina G
IgM	Inmunoglobina M
IM	Intramuscular
ISAgA	Inmunoglobulina específica a toxoplasma gondii en suero
Kg	Kilogramo
LCR	Líquido céfalo raquídeo
Lt	Litro
MAP	Presión media de aire
mg	Miligramo
ml	Mililitro
mmHg	Milímetro de mercurio
min	Minuto
NEC	Enterocolitis necrotizante
NV	Nacidos vivos
O2	Oxígeno
PaO2	Presión de oxígeno normal
PCF	Persistencia de circulación fetal
PCO2	Presión de anhídrido carbónico
PCR	Proteína `C´ reactiva
PDA	Persistencia de ductus arterioso
PEEP	Presión positiva al final de la espiración
PEG	Recién nacido pequeño por su edad gestacional
PH	Indicador de acidez de una sustancia
PI	Pérdidas insensibles
PIP	Presión inspiración máxima
PM	Pérdidas medibles
PN	Peso al nacer

PR	Pérdidas renales
PTH	Paratohormona
PVC	Presión venosa central
RB	Requerimiento basal
RCIU	Retardo del crecimiento intrauterino
RCP	Reacción en cadena de polimerasa
Rh	Factor sanguíneo
RN	Recién nacido
RNPT	Recién nacido pre término
RNT	Recién nacido a término
RX	Rayos x
SAM	Síndrome de aspiración meconial
SC	Subcutáneo
SDR	Síndrome de dificultad respiratoria
SDRI	Síndrome de dificultad respiratoria idiopática
seg	Segundo
SIP	Sistema informático perinatal
SNC	Sistema nervioso central
SNG	Sonda nasogástrica
SO <sub>2</sub>	Saturación de oxígeno en hemoglobina
SOG	Sonda orogástrica
T	Temperatura
TET	Tubo endotraqueal
Ti	Tiempo inspiración
TTRN	Taquipnea transitoria del recién nacido
UCI	Unidad cuidados intensivos
UCIN	Unidad de cuidados intensivos neonatales
UI	Unidades internacionales



VIG	Velocidad de infusión glucosa
VO	Vía oral
VP	Vía parenteral
VPP	Ventilación presión positiva
VSG	Velocidad de sedimentación globular
> <	Mayor de, menor de
> <	Mayor o igual de; menor o igual de

## GUÍA DE OBSERVACIÓN

Criterios	Cumplió		Observaciones
	Si	No	
<p>1. ¿Aplicó un correcto cuidado al neonato?</p> <p>2. ¿Efectuó la toma de signos vitales y somatometría?</p> <p>3. ¿Ejecutó el llenado y registros?</p> <p>4. ¿Observo desinterés por los padres a cuidar el neonato?</p> <p>5. ¿se presentó interés por parte del cuidador para ser orientado en el cuidado del neonato?</p> <p>6 ¿las licenciadas en enfermería realizaron el procedimiento de acuerdo con los estándares de calidad requeridos?</p>			

Observaciones generales	
-------------------------	--

Evaluación (Nombre Firma)	Lugar y Fecha de Aplicación



Universidad de Católica Santiago de Guayaquil

Facultad de medicina

Escuela de enfermería

**TEMA:** "Conocimiento del cuidado en el manejo neonatal de pacientes con transferencia de área crítica a hospitalización. Sala C2 del Hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

**Objetivos de la encuesta:**

- Establecer el conocimiento del cuidador primario o representante legal en el manejo neonatal de pacientes de las áreas críticas "UCIN y CIN" a la sala de convalecencia "C2" del Hospital Pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde", de la ciudad de Guayaquil de diciembre 2013 a mayo del 2014 para diseñar e implementar un plan de educativo de cuidados neonatales enfocado hacia los representantes legales
- Determinar el conocimiento de los cuidadores en manejo neonatal por parte del representante legal o cuidador.

**Indicaciones importantes**

- Leer correctamente todas las preguntas, y en caso de ser necesario se sugiere la ayuda del encuestador, las preguntas están redactadas en opciones cerradas para poder tener una respuesta clara ya que las respuestas abiertas de las entrevistas dejan muchos criterios personales poco medible.

- Marcar correctamente con un X en la respuesta d su preferencia si no está seguro de la respuesta por favor marque X en “no está seguro”.
- Por favor consigne su criterio en todos los ítems.

**Observación:** La encuesta es de tipo anónima se le ruega contestar con toda sinceridad las preguntas lea detenidamente, en caso de no tener establecido el propósito de la pregunta se le ruega preguntar a su conferencista.

### **DATOS GENERALES**

Fecha \_\_\_\_\_

Encuesta N° \_\_\_\_\_

**De las siguientes opciones señale la correcta.**

#### **Genero sexual del neonato**

Masculino            \_\_\_

Femenino            \_\_\_

**¿En qué rango de edad se ubica su neonato?**

1-5 días            \_\_\_

6-10 días           \_\_\_

11-20 días        \_\_\_

21-30 días        \_\_\_

**¿Usted realiza un debido lavado de manos o fue capacitado por la enfermera para saber que hacer antes de tomar al neonato en sus brazos?**

Si

No

**¿Conoce usted la técnica adecuada para una correcta limpieza de neonato durante el cambio de pañal?**

Si

No

**¿Está usted capacitado para una correcta técnica de Asepsia del cordón umbilical?**

Si

No

**¿Está de acuerdo en recibir una capacitación para el debido cuidado del neonato?**

Si

No

**¿Por cuál de estas patologías su neonato estuvo internado en el área crítica?**

Sepsis temprana.

Sepsis tardía.

Ictericia.

Incompatibilidad ABO

Mielomeningocele

Distres respiratorio.

Neumonía

Onfalitis.

Uro sepsis \_\_\_\_\_  
Toxoplasmosis congénita. \_\_\_\_\_  
Ninguna \_\_\_\_\_

**¿Ha observado un correcto desempeño y atención al neonato por parte de la enferma?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**¿Le mantuvieron al tanto de los problemas que presento su neonato en el área crítica?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**¿Al momento de la visita familiar toma muy en cuenta los riesgos de contagio cruzado al cual está expuesto el neonato?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**¿Se lava las manos antes y después de realizar alguna actividad con el neonato?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

**¿Con que frecuencia cambia usted el pañal en las 24 Horas?**

1 a 2

3 a 4

5 a 6

7 o más

**¿Usted se lava los senos antes de dar de lactar?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**¿Usted sabe la correcta asepsia del cordón umbilical?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**¿Con que frecuencia realiza el baño diario del neonato?**

1 a 2

3

Más de 4

No, nunca

**¿Cuándo el neonato se enferma usted qué tipo de actividades realiza?**

Acude al medico

Utiliza medicamentos caseros

Pide ayuda.

Auto médica.

**¿Usted cree estar preparado para el cuidado del neonato?**

Si

No

**¿Conoce el tipo de actividades que debe realizar al neonato?**

Si

No

**¿Conoce usted cual es el origen del llanto en el neonato?**

Gases

Cambio de pañal

Hambre

**¿Conoce el uso de los masajes abdominales para el neonato?**

Si

No

Indiferente.

**¿Realiza la toma de temperatura de forma correcta?**

Frente.

Área inguinal.

Termómetro digital.

Rectal.

**¿Cuándo el neonato presenta abdomen distendido cuál es su accionar?**

Dar golpecitos.

Usar medicamentos.

Uso de remedios caseros.

**¿Si el neonato no realiza las deposiciones en el día?**

- Acude al médico.
- Lo hidrata.
- Auto médica.



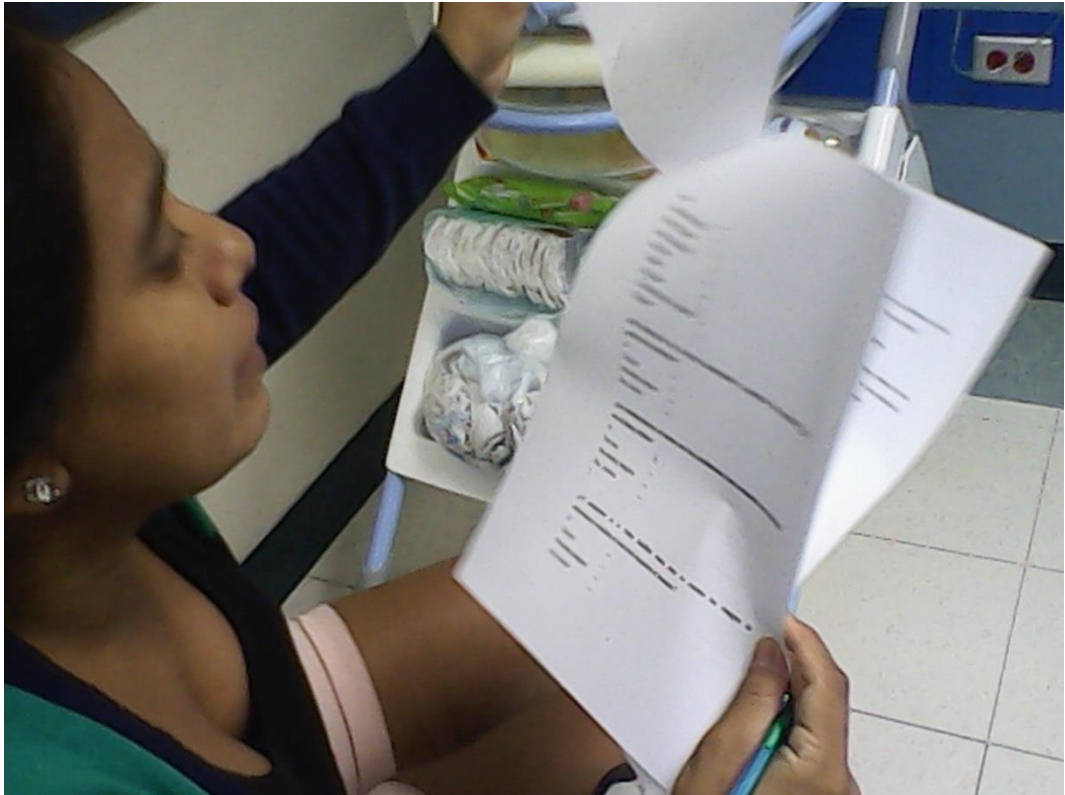
## Fotografías































UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 - 2200286  
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-193-2014

Marzo 24

LICENCIADA  
FRANCO POVEDA KRISTEL  
DOCENTE  
CARRERA DE ENFERMERIA  
En su despacho.-

De mis consideraciones:


La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Tutora del trabajo de titulación de la SRTA. MAZZINI CASTRO BLANCA AZUCENA, con el tema "CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL MANEJO NEONATAL EN PACIENTES CON TRANSFERENCIA DE AREA CRITICA A SALA DE HOSPITALIZACION C2 HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DICIEMBRE 2013 HASTA ABRIL 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Atentamente

  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda.  Angela Mendoza Vincés  
Directora (e)

Lcda. Angela Mendoza Vincés  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 - 2200286  
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

MARZO 27

DOCTOR  
ENRIQUE VALENZUELA BAQUERIZO  
DIRECTOR HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la estudiante, MAZZINI CASTRO BLANCA quien se encuentra realizando el trabajo de titulación con el tema "CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL MANEJO NEONATAL EN PACIENTES CON TRANSFERENCIA DE AREA CRITICA A SALA DE HOSPITALIZACION C2 HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DICIEMBRE 2013 HASTA ABRIL 2014" realice la encuesta en la de la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vinces  
Directora (e)

Lcda. Angela Mendoza Vinces  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Fátima

HOSPITAL DE NIÑOS  
ROBERTO GILBERT ELIZALDE  
Lcda. Leticia Jaime Negrete  
COORDINADORA  
DOCENCIA DE ENFERMERIA



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No QCR-1497



CARRERA  
DE  
ENFERMERIA

[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 – 2200286  
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Mayo 30

LICENCIADA  
BETTY MONTALVAN  
DOCENTE  
CARRERA DE ENFERMERIA  
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Primera Lectora del trabajo de titulación de la SRTA. MAZZINI CASTRO BLANCA AZUCENA, con el tema "CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL MANEJO NEONATAL EN PACIENTES CON TRANSFERENCIA DE AREA CRITICA A SALA DE HOSPITALIZACION C2 HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DICIEMBRE 2013 HASTA ABRIL 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

*Lcda. Angélica Mendoza Vences*  
Lcda. Angélica Mendoza Vences  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima





UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 - 2200286  
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

Mayo 30

LICENCIADA  
OLGA MUÑOZ  
DOCENTE  
CARRERA DE ENFERMERIA  
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Segundo Lectora del trabajo de titulación de la SRTA. MAZZINI CASTRO BLANCA AZUCENA, con el tema "CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL MANEJO NEONATAL EN PACIENTES CON TRANSFERENCIA DE AREA CRITICA A SALA DE HOSPITALIZACION C2 HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DICIEMBRE 2013 HASTA ABRIL 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vinces  
Directora (e)

Lcda. Angela Mendoza Vinces  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima

Guayaquil 20 de Mayo del 2014

Lcda. Ángela Mendoza  
Directora de la carrera de enfermería  
Escuela de enfermería

En su despacho

Comunico que la Sra. Blanca Azucena Mazzini Castro con No de cedula 0914663752 finalizo el proceso de revisión del trabajo de titulación cuyo título es Conocimiento del cuidador primario en el manejo neonatal de pacientes con transferencia a la sala de hospitalización C2 hospital pediátrico Dr . Roberto Guilbert Elizalde Diciembre del 2013-hasta abril del 2014 dando paso de revisión al primer lector.

Agradezco su atención prestada y reciba un cordial saludo.



Atentamente,  
Lic. Kristel Franco Poveda

Guayaquil, 29 de mayo del 2014

Lcda. Ángela Mendoza  
Directora de la carrera de Enfermería.  
Escuela de enfermería.

En su despacho.

Comunico que la Sra. Blanca Azucena Mazzini Castro con No de cédula 0914663752 finalizo el proceso de revisión del trabajo de titulación cuyo título es Conocimiento de los cuidadores primarios en el manejo neonatal de pacientes con transferencia de área crítica a la sala de hospitalización c2 del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Guilbert Elizalde, de Diciembre del 2013 hasta Abril del 2014 dando paso de revisión al segundo lector.

Agradezco su atención prestada y reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Junta de Beneficencia de Guayaquil  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
  
Lcda. Bety Montalván Ortiz  
Lcd. Bety Montalván

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Antonio de Pauli"  
30 MAY 2014 HORA  
*Felisa* 17:06  
RECIBIDO

Guayaquil, 20 de junio del 2014

Licenciada.

ANGELA MENDOZA VINCES Msc  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA  
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Tengo a bien comunicarle que en cuanto a la delegación como SEGUNDA LECTORA del trabajo de titulación con el tema: CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS EN EL MANEJO NEONATAL DE PACIENTES CON TRANSFERENCIA DE ÁREA CRITICA A HOSPITALIZACIÓN SALA C2 HOSPITAL PEDIATRICO DR.ROBERTO GILBERT ELIZALDE DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DESDE EL 1 DE DICIEMBRE HASTA EL 30 DE ABRIL DEL 2014, cuyo autor(a) es él (la): SRTA.BLANCA AZUCENA MAZZINI CASTRO, ha cumplido con las rectificaciones requeridas en la revisión del mencionado trabajo, por lo tanto puede proceder a continuar con la gestión establecida.

Sin más por el momento, me suscribo de usted.

Atentamente,



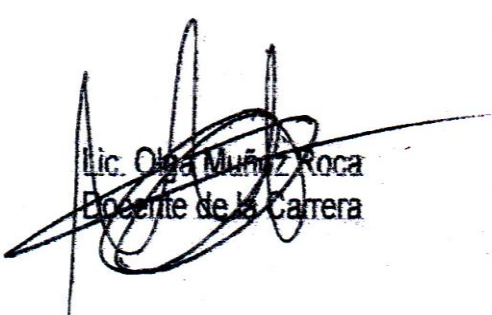
SEGUNDA LECTORA

Guayaquil, 9 de Julio de 2014

Lic. Angela Mendoza V  
Directora de la Carrera de Enfermería

De mis consideraciones,

Informo a usted, que la Srta. Blanca Azucena Mazzini Castro , luego de haber enviado su trabajo de titulación al sistema de urkund, el día 19 de mayo del presente año donde reporto un resultado de 0 % similitud, y con otras fuentes bibliografias ha realizado las correcciones utilizando el sistema de referencia bibliográfica Apa Six, reportando el 0 % de similitud el día 20 de mayo del presente año , por lo tanto considero que se encuentra listo para la impresión , luego de la dirección del tutor y revisión de los lectores.



Lic. Olga Muñoz Roca  
Docente de la Carrera