



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Y EDUCACIÓN CONTINUA**

TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

TEMA:

**CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS
PREMATUROS DEL HOSPITAL MARTÍN ICAZA DE LA
CIUDAD DE BABAHOYO**

ASESOR:

Mg. Sc. Franklin A. Sánchez Torres

AUTORAS:

**Lic. Rocío Suárez F. Dipl.
Obst. Lilian Muñoz S. Dipl.**

**BABAHOYO - ECUADOR
2008**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y
EDUCACIÓN CONTINUA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.**

**TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS
PREMATUROS DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE
LA CIUDAD DE BABAHOYO**

Asesor: Dr. Franklin A. Sánchez Torres Mg Sc.

**Autor: Lic. Rocío Suárez F. Dipl.
Obst. Lilian Muñoz S. Dipl.**

BABAHOYO

2008

CERTIFICACIÓN

Franklin Sánchez Torres Mg Sc. En calidad de Director de la Tesis cuyo título es:
“CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS PREMATUROS DEL HOSPITAL
MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO”

De autoría de: Obst. Lilian Muñoz Sánchez y Lic. Rocío Suárez Fuentes quienes han cumplido con todos los requerimientos del programa de maestría en Gerencia de Servicios de Salud, considero que la misma debe ser presentada para la sustentación privada correspondiente ante el Tribunal que el Centro de postgrado y Educación Continua se le designe.

Babahoyo, 28 de Noviembre del 2008

Franklin Sánchez Torres Mg Sc
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

La autoría y responsabilidad del presente trabajo, es de exclusividad de las Magister
Lilian Muñoz Sánchez y Rocío Margarita Suárez Fuentes

DERECHO DE AUTORIA

Las Magíster Lilian del Rosario Muñoz Sánchez y Rocío Margarita Suárez Fuentes autoras del informe final de Tesis titulada: CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, ceden sus derechos a la Universidad Técnica de Babahoyo.

Magíster Lilian Muñoz Sánchez

Magíster Rocío Margarita Suárez Fuentes

AGRADECIMIENTO

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento:

A la Universidad Técnica de Babahoyo que por intermedio del Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua, nos ha dado la oportunidad de ampliar nuestros conocimientos en el campo de la administración de la Salud.

Al Dr. Franklin Sánchez Torres. Director, Docente y amigo, quien con su guía nos ha apoyado en el desarrollo de la elaboración de la tesis y así ver cumplido nuestro sueño y meta.

A nuestros esposos por su apoyo constante, y por la comprensión que en todo momento nos dieron, a nuestros hij@s que son el timón de nuestro andar y los que nos empujan a seguir navegando en el amplio mar del conocimiento.

Un agradecimiento especial a todas las personas que amablemente colaboraron para la culminación exitosa de esta investigación.

Las Autoras

PRESENTACIÓN

En el medio en el que nos desenvolvemos como entes de salud, se ve niños nacidos prematuros, que no cuentan con la oportunidad de recibir atención de calidad en instituciones de fácil acceso, debido a algunos factores de lo que visualmente se puede apreciar, por lo que nace la inquietud, mediante esta tesis de medir la calidad de vida que tienen los niños nacidos prematuros y la calidad de atención que reciben dentro de la institución que hemos seleccionado para el estudio como es el Hospital Provincial “Martín Icaza “ de la ciudad de Babahoyo.

De los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad de atención, elaboramos una propuesta que permita plantear y dar alternativas de mejora en la atención que se brinden a los niños Nacidos prematuramente en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

RESUMEN

El trabajo escrito contiene un Capítulo I. INTRODUCCIÓN en donde se define a la Formulación del problema y justificación del estudio, Problema de la investigación, en el Capítulo II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL, trata sobre el marco teórico relacionado al tema que describe el sustento teórico de nuestra investigación, nos ha permitido, identificar y seleccionar contenidos científicos, para medir la Calidad de Atención del Recién Nacido atendido en el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, y sean sustentos teóricos aplicados en el trabajo de campo respectivo. Capítulo III. METODOLOGÍA EMPLEADA en donde se desarrolla la metodología y técnicas aplicadas en el trabajo de campo. Capítulo IV RESULTADOS OBTENIDOS, aquí se presentan estadísticamente los resultados y que oportunamente han sido porcentualizados, graficados, interpretados y discutidos. Capítulo V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES presentamos los logros del trabajo de campo, previamente sintetizados y que nos permiten recomendar y finalmente el Capítulo VI. PROPUESTA: que contiene la propuesta como mejorar la Calidad de Atención de los Nacidos Prematuros en el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo la misma que está a vuestra opinión y/o consideración.

Las autoras

INDICE

Nº	CONTENIDOS	Página
	PORTADA CERTIFICACIÓN AUTORÍA DERECHOS DE AUTORIA RESOLUCION DEL TRIBUNAL AGRADECIMIENTO PRESENTACIÓN RESUMEN ÍNDICE	i ii iii iv v vi vii vii
1. 1.1. 1.2 1.3 1.4.	CAPITULO I INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO. Formulación del Problema y Justificación del estudio. Presentación de los Objetivos Generales y Específicos. Revisión de investigaciones relacionadas con el tema. Restricciones y alcance del estudio.	1 1 3 4 4
2. 2.1. 2.2. 2.2.1. 2.3. 2.3.1. 2.3.2. 2.3.3. 2.4.	CAPITULO II MARCO TEORICO CONCEPTUAL 2.1. Alternativa Teórica. 2.2. Contexto Institucional. <u>Hospital Martín Icaza de Babahoyo</u> 2.3. Marco Teórico Relacionado con el Tema. <u>Generalidades</u> <u>Clase de Atención</u> <u>Prematuridad</u> Términos de uso frecuente.	5 5 5 5 10 10 11 27 36
3 3.1. 3.1.1. 3.1.2. 3.2. 3.2.1. 3.2.2. 3.2.3. 3.3. 3.3.1. 3.3.2.	CAPITULO III METODOLOGIA EMPLEADA Diseño de la investigación. <u>Tipo</u> <u>Diseño</u> Métodos <u>Método Científico</u> <u>Método Inductivo Deductivo</u> <u>Método descriptivo</u> Población y Muestra. <u>Población</u> <u>Muestra</u>	38 38 38 38 39 39 40 40 40 40 40

3.4.	Hipótesis.	41
3.4.1.	<u>Hipótesis General</u>	41
3.4.2.	<u>Hipótesis específicas</u>	41
3.5.	Variables.	42
3.5.1.	<u>Independientes</u>	42
3.5.2.	<u>Dependientes</u>	43
3.6.	Técnicas e Instrumentos.	43
3.6.1.	<u>Técnicas</u>	43
3.6.2.	<u>Instrumentos</u>	44
3.7.	Procesamiento de Datos.	45
3.8.	Proceso metodológico seguido para la verificación de la hipótesis	45
CAPITULO IV		
4.	RESULTADOS OBTENIDOS	46
4.1.	Presentación de datos Generales	46
4.1.1.	<u>Encuesta aplicada a Familiares</u>	47
4.1.2.	<u>Encuesta aplicada a Directivos</u>	48
4.1.3.	<u>Encuesta aplicada a Médicos y Paramédicos</u>	49
4.2.	Presentación y análisis de datos.	49
4.2.1.	<u>Encuesta aplicada a Familiares</u>	50
4.2.2.	<u>Encuesta aplicada a Directivos</u>	51
4.2.3.	<u>Encuesta aplicada a Médicos y Paramédicos</u>	52
4.3.	Interpretación y discusión de los resultados.	52
4.3.1.	<u>Encuesta aplicada a Familiares</u>	57
4.3.2.	<u>Encuesta aplicada a Directivos</u>	65
4.3.3.	<u>Encuesta aplicada a Médicos y Paramédicos</u>	
CAPITULO V.		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
5.1.	Conclusiones generales y específicas.	73
5.2.	Recomendaciones.	74
CAPITULO VI		
6.	PROPUESTA ALTERNATIVA	75
6.1.	Título	75
6.2.	Justificación	77
6.3.	Fundamentación	81
6.4.	Objetivo General	81
6.5.	Objetivos Especificos	82
6.6.	Importancia	83
6.7.	Ubicación Contextual	83
6.8.	Factibilidad	84
6.9.	Descripción de la propuesta.	
BIBLIOGRAFIA		
ANEXOS		



CAPITULO I

1. INTRODUCCION

1.1. Formulación del problema y justificación del estudio

El Hospital Provincial Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo mantiene una atención deficiente a los nacidos prematuramente, debido a la falta de insumos y tecnología adecuada y a lo que se suma la carencia de profesionales especializados en esta área, actitud que requiere atención oportuna de las autoridades internas y externas.

Se denota deficiencia en esta actividad profesional en el área de neonatología, que repercute en la calidad de vida del recién nacido en estas circunstancias, a esto se añade la falta de recursos de los padres, actitudes que nos ha motivado a realizar una investigación en este campo de la sociedad y de la ciencia médica.

Este problema social escogido para nuestro proyecto, tiene relevancia, por su impacto que genera en la sociedad babahoyense que requiere atención oportuna a fin de mejorar la salud del niño y su calidad de vida.

La presente investigación realizada, basada en estos antecedentes expuestos, se planteó el siguiente problema:



¿Cómo mejorar la calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo? y a partir del mismo se promovió el análisis y del cual se anotaron los problemas derivados siguientes:

- ¿Cuándo se considera que un niño nace prematuramente y como se los clasifica clínicamente a los recién nacidos atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo?
- ¿De qué manera se está manejando a los prematuros atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo?
- ¿Cómo influiría la capacitación del recurso humanos de esta unidad médica y la implementación de recursos tecnológicos adecuados para el área de neonatología del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo?

Justificadamente podemos manifestar que, la tesis previa a la obtención del título de Magister en Gerencia en Servicios de Salud, esta enfocado a conocer la calidad del servicio que se brinda en el área de Neonatología del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo a los prematuros que ingresan en esta área ya que la misma representa un porcentaje muy alto de todos los partos de nuestra población.

Cada año nacen ciento treinta millones de niños en el mundo, de los cuales cuatro millones viven menos de cuatro semanas, sin embargo el 75% de ellos podrían salvarse con medidas sencillas y de bajo costo. De estas muertes, tres millones suceden antes de cumplir la primera semana de vida y durante las primeras 24 horas de vida, es cuando el riesgo de fallecimientos es más elevado es decir, representa entre el 25% y 45% de la muerte prenatal.

La mortalidad neonatal es un indicador de amplio uso, pues revela las condiciones del embarazo y parto de una población, a su vez, esta relacionado con el estado socio-económico, la oportunidad de acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.



En el Ecuador para el 2005, la mortalidad infantil fue de 22.1/1000 nacidos vivos, siendo la mortalidad neonatal la responsable de 56.6% de las muertes; de estas muertes el 41.7% correspondió a los menores de 7 días de vida y el 14.9% a los de 7-27 días de vida. En los últimos años la mortalidad neonatal se ha incrementado significativamente pasando de 9/1000 nacidos vivos en el 2000 a 12.5/1000 nacidos vivos en el 2005, con mayores porcentajes en las áreas urbanas.

Esta Tesis ha sido realizada por estudiantes de la Maestría en Gerencia en los servicios de Salud, la misma que se ejecuto en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del Año 2008.

Este trabajo de investigación pretende dar a conocer mediante esta tesis, el impacto sobre la morbimortalidad perinatal y la connotación socioeconómica que tiene para la familia y la sociedad, un niño prematuro que en sus primeras horas de vida no recibe la atención adecuada, pudiendo evitarse complicaciones o secuelas, cumpliendo con las normas y procedimientos que la OMS tiene implementado a nivel mundial, dando la satisfacción, sobre todo a los padres de tener un niño física y neurológicamente sano, siempre y cuando se brinden las atenciones requeridas por el prematuro con eficiencia, calidad y oportunamente.

1.2. Presentación de Objetivos.

1.2.1. General

Determinar si la calidad de atención de los prematuros incide en la morbimortalidad y calidad de vida en pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.



1.2.2. Específicos

- 1.2.2.1. Indagar a las madres de los niños nacidos prematuros y su impacto en el desarrollo psicomotor en pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- 1.2.2.2. Determinar la importancia de la calidad de atención oportuna en los niños Prematuros y su relación con el desarrollo normal, en pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- 1.2.2.3. Elaborar una propuesta de capacitación profesional en la atención a los niños prematuros atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.

1.3 Revisión de Investigaciones relacionadas con el Tema.

Las fuentes de información que se mantienen en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, Hemos reconocido que no existen trabajos previos acerca del tema de nuestra investigación por lo tanto, el presente informe final de trabajo de Tesis demuestra su idoneidad y autenticidad de realización.

1.4 Restricciones y Alcances de Estudio.

El informe de nuestra investigación realizada, es el resultado alcanzado, que está en relación con los objetivos propuestos, las conclusiones han sido determinadas en función del trabajo de campo realizado, proceso que estadísticamente demuestra la validez de las hipótesis y lógicamente el rango de categorías alcanzado por las variables para luego correlacionarlas con las recomendaciones, las mismas que han sido los fundamentos para elaborar nuestra propuesta alternativa.

Como siempre en los trabajos de investigación hay restricciones, nosotros también las hemos tenido y que las enunciamos como falta de seriedad en la participación de los encuestados, entrevistado u observados



CAPITULO II

2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Alternativa Teórica

El Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo mantiene un alto índice de atenciones obstetricas por lo que implica tener un porcentaje elevado en atenciones neonatales.

Debido a estos índices consideramos importantes enfocar nuestra investigación a la calidad de atención que están recibiendo los niños nacidos prematuramente, en relación a la morbilidad que se registra en la institución mencionada.

Las categorías de análisis asumidas son considerados teóricos y la hemos asumido para fortalecer el trabajo de campo, que es la esencia de la realización de la tesis que hemos implementado.

2.2. Contexto Institucional

2.2.1. Hospital Martín Icaza de Babahoyo

2.2.1.1. Historicidad.

El servicio de Neonatología del Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo fue creado al inicio de sus labores con una infraestructura inadecuada para



atención de los niños prematuros, por lo que no cuenta con recursos humanos ni tecnológicos capacitados ni suficientes, algunos del personal actual son contratados.

2.2.1.2. Servicios que presta:

El hospital Martín Icaza de La Ciudad de Babahoyo, entre uno de los servicios que presta es la atención Neonatal como es: recepción del recién nacido, hospitalización en caso de patologías, termorregulación, servicio de ambulancia, laboratorio clínico, rayos x.

2.2.1.3. Equipamiento del área de Neonatología.

- +Termocunas Abierta
- +Termocuna cerrada
- +Termocuna portátil.
- | Cunas
- +Oxígeno empotrado.
- +Equipo reanimación incompleto.
- +Estetoscopio.
- | Monitor en mal estado

2.2.1.4. Recursos Humanos

El área de neonatología cuenta con:

- +Un médico neonatólogo de planta que es el Jefe,
- +médicos neonatólogos contratados,
- +una enfermera jefe del área,
- +1 enfermera neonatóloga contratada,
- +8 auxiliares de enfermería y un personal de limpieza.

2.2.1.5. Marco Histórico Institucional



En la ciudad de Santa Rita de Babahoyo, establecida en la Península Banchena bañada por los ríos Seco, Caracol y San Pablo, fue fundado en 1862 un modesto Hospital Público mas tarde conocido como Loma de los Breen, actuó como bachilón un ciudadano de apellido González.

El local de ese centro de atención médica se salvó del Gran incendio del 30 de marzo de 1867, que convirtió en cenizas gran parte de la ciudad.

No obstante, el hospital siguió funcionando en la antedicha loma y mas tarde fue trasladado al nuevo y actual Babahoyo disponiéndose para el efecto, de un amplio local propio de madera, techo, zinc y formado por dos pisos.

Recibió el nombre de Hospital Martín Icaza, en público reconocimiento al respetable caballero guayaquileño Don Martín Icaza, distinguido parlamentario, político, poeta, periodista, que en su condición de estimado Gobernador de Los Ríos impulso el progreso provincial y cooperó decididamente para la construcción del mencionado nuevo local que fue inaugurado el 17 de mayo de 1895.

Es muy justo reconocer también que el filántropo don José Romero hizo un legado en dicho año para beneficio del hospital.

Durante el periodo presidencial del Sr. Dr. Isidro Ayora, ilustre mandatario y destacado medico lojano, fue demolido el ya ruinoso edificio del hospital de madera y en su reemplazo y por disposición presidencial fue construido el nuevo y actual hospital "Martín Icaza", de cemento armado, construido con tres valiosos pabellones.

El primero fue llamado "Isidro Ayora", el segundo "Egüez Baquerizo", y el tercero "Sor Teresa Avilés", en homenaje al presidente Isidro Ayora, por haber dispuesto la referida construcción, al eminente médico pueblvejence Sr. Dr.



Pedro Pablo Egúez Baquerizo, por su invaluable apoyo a la construcción antedicha y la estimada Hermana de la Caridad, establecida en el hospital, actuó noble y acertadamente por largo tiempo, en las humanitarias funciones en bien de los enfermos.

El nuevo o actual hospital "Martín Icaza" fue inaugurado solemnemente en la grata fecha del 27 de mayo de 1930, con motivos de la inauguración en ese mismo día, del pabellón "Isidro Ayora", en medio del regocijo y gratitud del pueblo, contándose con la respetable asistencia de distinguidos representantes del gobierno nacional y de las instituciones provinciales, así como la del funcionario y autoridades fluminenses.

Hacia la entrada del hospital fue colocada la bellísima estatua de mármol que representa a una hermana de la caridad, atendiendo amorosamente en sus nobles manos, a un niño.

Esa obra de arte fue donada por el filántropo español don Jaime Puig Mir y traída desde Barcelona.

En el año 2000 por pedido de una Diputada de la Provincia quien solicita se ingrese al Hospital de Babahoyo, en los 10 hospitales a ser intervenidos por el proyecto MODERSA, ya que el mismo se encuentra en condiciones deplorables, el Hospital representado por el Dr. Julio Gómez Murillo, Director Técnico en aquella época, firma un convenio para ser intervenido en el proceso de modernización, lo cual significaba la intervención total del Hospital, tanto en obra civil, equipamiento y capacitación al recurso humano. Se termina el proyecto dejando un hospital remodelado en un 90%, y con equipos modernos, el mismo que es reinaugurado el 6 de octubre del año 2006 con la presencia de autoridades, tales como: el Presidente de la República, Dr. Alfredo Palacios, el Sr. Ministro de Salud, Dr. Guillermo Wagner; Sr. Ministro de Bienestar Social, y autoridades locales de la provincia.



Anteriormente el hospital dependió en la parte administrativa, de la Junta de Asistencia Pública de Los Ríos. Hoy está bajo la dependencia de la Jefatura Provincial de Los Ríos.

PLANTA DIRECTIVA Y PERSONAL:

- +1 Director Médico
- +1 Subdirector
- | 1 jefa de Enfermeras de gestión
- +1 jefa de enfermeras del área de neonatología.
- +1 Enfermera especialista en Neonatología.
- +4 Médicos Pediatras neonatólogos
- | 11 Médicos Residentes.
- +8 Auxiliares de Enfermería.
- +1 Personal de limpieza

Infraestructura

- +Área Neonatología
- +Jefatura de enfermería
- +Estación de Enfermería
- | 8 Termo cunas
- +10 Cunas
- +Lámparas de Fototerapia
- +1 Balanza
- +1 Ambú Pediátrico



2.3. Marco teórico relacionado con el tema.

2.3.1. Generalidades

Según la real Academia Española define la calidad como la propiedad o conjunto de propiedades de una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.

Según la Oficina Regional de la OMS en Europa define la Calidad Asistencial como: el conjunto de características que debe poseer una atención sanitaria: Una atención sanitaria de calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

Aunque esta definición es, sin duda, extensa y completa, otra definición mucho mas simple merece especial consideración; según esta: Calidad asistencial es cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes, enfatizando el aspecto especialmente relevante de que el destinatario ultimo de la calidad es el cliente (externo o interno).

La preocupación por la calidad y su medida ha estado presente desde siempre en la actividad médica, su concepto y extensión han ido evolucionando en el transcurso de los años. Primero se hablaba de control de calidad en la medida que se subrayaba que la calidad era algo que debía vigilarse y controlarse; este concepto introducía un cierto elemento punitivo que despertaba recelo entre los profesionales, mas tarde la calidad evoluciono hacia el concepto de garantía de Calidad que suponía que era algo que debía garantizarse en el transcurso de la



actividad médica y cuya aplicación era responsabilidad de los profesionales. En épocas mucho más recientes la calidad se ha derivado como la mejora continua de la calidad que tiene su origen en la adaptación al área sanitaria de los conceptos y estrategias de la calidad de servicio, en la mejora continua de la calidad son conceptos básicos los siguientes:

- ‡ Tener en cuenta las necesidades, opiniones y experiencia de los pacientes.
- ‡ Basarse en la formulación racional de objetivos en relación con las necesidades de Salud
- ‡ Estar basado en un liderazgo comprometido, que además provea (la dirección) de los elementos necesarios a los profesionales:
- ‡ Incorporarse como parte del trabajo diario de todos los profesionales:
 - | Tener un abordaje positivo (de mejora) nunca punitivo. No obstante, actuar si hay problemas.
- ‡ Basar las actividades y su medida en métodos científicos.

2.3.2. Clase de Atención

El Hospital Martín Icaza es un centro de salud que brinda atención de segundo nivel con proyección a tercer nivel porque recibe pacientes de otras instituciones y a su vez transfieren pacientes a otras instituciones hospitalarias de mayor complejidad por que no está acondicionada con los mejores recursos tanto tecnológicos y humanos.

2.3.2.1. Cuidados que brindan calidad de atención.

- ‡ Procurar acceder al prematuro de la manera menos agresiva y en el menor tiempo posible.



- ‡Las manipulaciones se harán siempre entre dos profesionales (1 enfermera y una auxiliar ó 2 enfermeras), una en contacto directo y la otra de apoyo.
- | El material que se vaya a utilizar estará preparado previamente para disminuir el tiempo de la manipulación, procurando que ésta no exceda de 30 minutos.
- | Entre manipulaciones se anotará en gráfica la temperatura de piel y las constantes del monitor, saturación de O₂ y parámetros del respirador.
- ‡Con el fin de facilitar la relación de los padres con el prematuro se les informará sobre el horario preestablecido y, si fuera necesario, se adecuará un horario para ellos.
- ‡Alimentación: introducción precoz, la alimentación oral coincidirá con horario de manipulaciones.
- ‡Evitar el dolor con medidas de consuelo y de ser necesario medidas farmacológicas.
- ‡Permitir que las manos del niño estén cerca de la cara.
- ‡Comprobar que nuestras manos están calientes y limpias antes de tocar al niño.
- ‡Durante procedimientos o intervenciones: contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas. Ofrecer la posibilidad de coger algún elemento: dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana.



- | Signos Vitales: Los signos vitales a través de manipulación deben ser tomados cada 4 horas. Pueden hacerse excepciones en casos individuales

- ↓ Control de temperatura: Prevención de la hipotermia y el estrés por frío. Conseguir un ambiente térmico neutro.

- ↓ En los prematuros extremos, el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están muy disminuidos. Es esencial realizar todos los esfuerzos posibles para disminuir las pérdidas insensibles de agua. Estos RN deben ser colocados en incubadoras tan pronto como ellos estén estables. Si esto no es posible el niño debe transferirse desde la cuna de calor radiante a una incubadora dentro de 2 horas desde el ingreso.

- ↓ El paciente debe ser manejado en una incubadora con servo-control y que el calentamiento del prematuro sea *lento y progresivo*. Mantener la temperatura cutánea abdominal entre 36,5- 37,0 °C para disminuir consumo de oxígeno, mantener la energía, y disminuir los requerimientos de líquidos.

- ↓ El gradiente de temperatura entre el prematuro y el ambiente, no debe ser superior a 1,5 °C.

- ↓ Deben usarse cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura y disminuir las pérdidas insensibles de agua.

- ↓ Cubrir las paredes de la incubadora con mantas para conservar el calor y disminuir la exposición a la luz.

- ↓ Mantener manguitos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren.



- | Debe intentarse hacer todos los procedimientos a través de las entradas de la incubadora excepto las inserciones de líneas, punciones lumbares, y otros procedimientos importantes.

- | Colocación de sensor: alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible. La ubicación ideal es en la línea media abdominal entre apéndices xifoides y ombligo. Para facilitar los cambios posturales, se utilizará preferentemente el flanco izquierdo, evitando zonas óseas. Los menores de 28 semanas carecen de grasa parda.

- ‡ Programar la temperatura del calentador en el respirador a 38-39°C. Vigilar el nivel de agua.

- ‡ Mantener a estos niños arropados o cubiertos y con gorros para prevenir pérdidas excesivas de calor. También pueden usarse calcetines si el prematuro no tiene un catéter arterial umbilical, en cuyo caso hay que dejar los pies descubiertos para evaluar la perfusión.

- ‡ Utilizar siempre material precalentado dentro de la incubadora,

- ‡ Colocar al prematuro en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor.

- ‡ Manejo de la temperatura de la incubadora: durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del prematuro y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta 0,5-1 °C para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos Finalizada la manipulación, volver a servo-control.



| Todas las manipulaciones necesarias se realizarán con el RN dentro de la incubadora.

- Control de humedad: En el prematuro de muy bajo peso, las pérdidas de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis; las consecuencias iatrogénicas y fisiológicas de las altas pérdidas de agua son: deshidratación, desbalance de líquidos y electrolitos, lesión del estrato córneo superficial y posible absorción percutánea de tóxicos.

‡ Intervenciones:

- ♣ Mantener humedades altas durante una semana; los tres primeros días de vida el grado de humedad debe estar por encima del 75%
- ♣ Programar humedad al máximo sin que se produzca condensación. Ir bajando lentamente
- ♣ Instalar carpa o iglú de polietileno
- ♣ Comprobar niveles de agua y temperatura del calentador de gases.

‡ Posturas: las intervenciones en la postura pueden provocar un estado de calma y estabilidad psicológica para el prematuro de alto riesgo. Utilizaremos posturas en flexión, cambios posturales y nidos acolchados (como piel de cordero) que les proporcionaran límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables.

- ♣ Prono: es la posición más cómoda para el prematuro, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación.
- ♣ Técnica: caderas y rodillas dobladas con las rodillas debajo de las caderas, éstas más altas que los hombros, brazos flexionados con las



manos cerca de la boca para facilitar la succión, y almohadilla escapular debajo de los hombros

- ♣ Lateral: facilita la flexión, favorece la actividad de la mano en la boca y evita la posición de arqueo. Técnica: caderas y rodillas flexionadas, brazos suavemente flexionados hacia los hombros y la cabeza en línea con el cuerpo o un poco flexionada
- ♣ Supino: necesaria para intervenciones médicas y de enfermería, con esta postura se dificulta la flexión y se facilita la extensión. Técnica: caderas y rodillas un poco flexionadas hacia el abdomen, hombros doblados con manos sobre el pecho o el abdomen, brazos y piernas simétricas, cabeza en línea media o cómodamente vuelta a un lado
- ♣ Nidos y barreras: serán proporcionales al tamaño del prematuro, así mantendremos al niño en posturas adecuadas sin impedirle el movimiento
- ♣ Almohadilla escapular: aumenta la capacidad torácica favoreciendo la ventilación, evita la retracción de los hombros y ayuda a estar más cómodo en prono. Su tamaño será igual que la medida hombro-hombro.

| Posición de la cabeza:

- ♣ Mantener la cabeza del niño en la línea media o lo más cerca posible de la línea media. Esto disminuirá la presión intracraneal del niño al disminuir la estasia cerebral venosa
- ♣ Esto también mantendrá la posición de la cabeza durante la Radiografía de tórax bastante uniforme para disminuir las reposiciones innecesarias del TET que pueden estar relacionadas con la posición de la cabeza
- ♣ Nunca debe flexionarse la cabeza del niño, ni siquiera para una punción lumbar



□ Control de Peso:

A menos que sea ordenado de otra manera, *los pesos deben hacerse una vez por día*, a las 06:00 AM para ayudar a evaluar en forma precisa los requerimientos de fluido. Si el niño está en ventilador el peso debe involucrar a dos personas para realizar un procedimiento seguro, suave y rápido. Debe usarse un calefactor radiante para precalentar la balanza y para mantener al niño calentado a lo largo de todo el procedimiento.

□ Cuidado de la piel:

En los grandes prematuros el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Existe además edema en la dermis por lo que se reduce el flujo de sangre pudiendo ocasionar necrosis por presión. Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente. El pH de la piel al nacimiento es de 6,34, durante los cuatro primeros días disminuye a 4,95 este manto ácido protege frente a microorganismos.

Aproximadamente a las 2 semanas de vida, la función protectora de la piel es parecida a la de los RN a término, debido a un incremento en el proceso de maduración de la epidermis.

Intervenciones:

! Utilizar guantes y material estéril hasta que la piel esté íntegra (mínimo una semana)

+ Baño: lavar con toques suaves y solamente con agua destilada templada y gasas estériles suaves Durante las dos primeras semanas no es aconsejable el baño diario. Cuando la piel esté íntegra es



aconsejable el baño por inmersión. A partir de los quince días se puede utilizar jabón neutro

- ‡ Cremas hidratantes específicas (Eucerín): para evitar sequedad, fisuras y descamación, previniendo la aparición de dermatitis. No aplicar sobre lesiones ya existentes. Sólo algunas se pueden utilizar con fototerapia
- ‡ Telas adhesivas y apósitos: utilizarlos siempre del tamaño más pequeño posible y para retirarlos humedecer antes con agua destilada templada o aceite vegetal; procurar esperar 24h. antes de retirar una tela, es menos doloroso
- ‡ Para la fijación de tubo endotraqueal, sondas gástricas y vías, utilizar telas muy pequeñas
- ‡ Para los sensores de temperatura usar telas de papel
- ‡ Para censor de O₂ usar gasa
- ‡ No utilizar bolsas colectoras adhesivas
- ‡ Prevención de úlceras por presión usar piel de cordero (además facilita los cambios posturales)
- ‡ En las zonas de roce o presión colocar apósitos
- ‡ Monitorización: usar preferentemente monitorización no invasiva. Cambiar sensores según hoja de horario de manipulaciones. Retirar manguito después de cada toma de tensión arterial
- ‡ Cambios posturales frecuentes.

□ Luz:

- ‡ Disminución de la intensidad lumínica, evitando luces intensas y brillantes.
- ‡ Proteger al niño de la luz cubriendo parte de su incubadora con una sábana.

□ Ruido:

- ‡ Cerrar las puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad



- | Instalar señales de advertencia cerca de la unidad para recordar al personal ser cuidadoso (por ejemplo señales de silencio)
- ‡No golpear con los nudillos sobre la incubadora
- ‡Evitar el ruido que se hace al tirar material pesado (cristal) en las papeleras vacías
- ‡Realizar caricias cíclicas suaves y acordes a su estado de salud
- ‡No despertarlo bruscamente, facilitando la transición gradual sueño a la vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención
- | Monitorización lo máximo posible de sus constantes vitales (F.R.-F.C.-Tª.) para evitar manipulaciones frecuentes
- ‡Proporcionar cuidados individualizados acordes a sus necesidades y no hacerlo de forma rutinaria.

Lavados de catéteres intraarteriales o intravenosos:

- ‡Nunca debe realizarse el lavado o flashear las líneas arteriales o venosas periféricas o centrales que contengan agentes vasoactivos pues se puede ocasionar elevaciones de la presión sanguínea.
- ‡Si se extrae sangre de algunos de estos catéteres, ésta no debe administrarse nuevamente al recién nacido ya que la administración brusca de esta pequeña cantidad de sangre puede elevar peligrosamente la presión arterial y además puede estar contaminada y causar infección.
- | La extracción de sangre de catéteres arteriales y la administración de medicamentos endovenosos debe realizarse muy lentamente para evitar modificaciones bruscas de la presión.

Compresión vesical:



| No debe realizarse en estos neonatos ya que ocasiona una elevación importante de la presión arterial y de la presión intracraneal

‡ Es más seguro introducir un catéter vesical si el niño no orina espontáneamente

| Duración de los procedimientos:

‡ Debe limitarse a un máximo de 10-15 minutos el tiempo de realización de un procedimiento o tratamiento

‡ Si éste no puede completarse en dicho lapso de tiempo dejar que el niño descanse y luego otra persona debe intentar completarlo.

□ Intubación endotraqueal:

‡ Debe realizarse por manos expertas ya que puede inducir daño neurológico irreversible

‡ Se producen grandes modificaciones de la presión intracraneal en estos prematuros con los intentos reiterados de intubación

‡ Debe darse extremo cuidado a la estabilidad y adecuada posición del TET

‡ Asegurarse de chequear la posición del TET con Rx Tórax. Lo anterior evitará las extubaciones accidentales

‡ Deben estar presentes 2 personas cuando el niño se mueve (por ejemplo, al pesarlo) y para mover, reubicar o fijar el tubo con lo cual disminuye la incidencia de extubaciones accidentales

‡ Oxigenoterapia: En cuanto ingrese el RN debe instalarse el monitor de saturación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.

□ Ventilación asistida:

‡ Si el paciente está intubado colocarlo con parámetros mínimos (orientándose por la ausencia de cianosis y la presencia de buen murmullo vesicular), y obtener gases sanguíneos y una radiografía de tórax para confirmar la posición del TET y evaluar la enfermedad pulmonar.



- ⊥ En caso de uso de surfactante recordar disminuir los parámetros ventilatorios, disminuyendo inicialmente la presión de inspiración máxima y luego la FiO_2 .
- ⊥ Evite la ventilación manual, excepto en situaciones de emergencia pues su uso produce fluctuaciones muy amplias y dispares del tiempo inspiratorio, presión inspiratoria máxima y presión positiva al final de la espiración.
- Aspiración de la vía aérea:
 - ⊥ La aspiración puede ser una experiencia muy estresante y perjudicial y ocasionar: hipoxemia, gran elevación de la presión intracraneal y de la presión arterial, atelectasia, bacteremia, arritmias cardíacas, apnea y grandes fluctuaciones en la velocidad del flujo sanguíneo cerebral.
 - ⊥ Inicialmente la aspiración debe ser guiada por si se escuchan o no ruidos bronquiales, si hay un aumento de la $PaCO_2$ o si se obtiene una gran cantidad de secreciones durante la aspiración previa.
 - ⊥ Previo a la aspiración, aumente el oxígeno solo un 10 % del nivel de oxígeno actual (ej., si el paciente está en 50 % aumentar el oxígeno a 55% durante la aspiración).
 - ⊥ Observar en forma continua el Oxímetro de pulso para determinar si requiere más o menos oxígeno durante y después del procedimiento. Después de la aspiración disminuir la FiO_2 al nivel previo.
 - ⊥ Debe permitirse al niño recuperar su frecuencia cardíaca y saturación entre las aspiraciones.



- ‡ Pasar el catéter solo 1 cm más allá del TET. No forzar.
- ‡ La aspiración debe hacerse intermitentemente y la presión negativa debe aplicarse solo cuando se va retirando la sonda de aspiración. La presión utilizada para aspirar debe ser menor de 80 -100 mm Hg.
- ‡ No usar suero fisiológico a menos que las secreciones sean espesas.
- ‡ No succionar la nariz, boca o faringe posterior rutinariamente. Evitar aspiración faríngea para prevenir reflejo nauseoso. Si el paciente no está intubado aspire suavemente permitiendo tiempo para recuperación. No hay fundamentos para aspiración nasal u orofaríngea profunda de un niño intubado.

□ **Fisioterapia Respiratoria:**

- ‡ La percusión pulmonar puede ser dañina durante los primeros días de vida, especialmente durante el primer día postnatal y pueden asociarse a mayor incidencia de HIV severa. Solamente debe utilizarse cuando se ha documentado la presencia de atelectasia.
- ‡ Las secreciones son raramente un problema durante las primeras 24 horas de vida y no es frecuente que se requiera percusión. La vibración torácica es más suave y también es efectiva.
- ‡ Si se realiza en forma manual debe hacerse lo más suave posible o pueden utilizarse métodos eléctricos.

□ **Manejo de las apneas:**

- | Con las pausas apneicas y/o bradicardias usar suave estimulación para evitar stress excesivo.



- | Amarre una tira de gasa al pie del niño.
- ‡ Esto es preferible a mover la cabecera de la cama hacia arriba y abajo.
- ‡ Monitoreo estricto de apneas e inicio de aminofilina si se presentan:
- ‡ Acceso Vascular:
 - | Es obligatorio, si no hay contraindicaciones colocar un Catéter Arterial Umbilical al ingreso
- ‡ Los exámenes de laboratorio y gases sanguíneos pueden ser tomados a través de esta línea arterial. Un Hemocultivo puede ser tomado inmediatamente después de colocarlo
- ‡ Esto evitará punciones arteriales y venosas innecesarias
- ‡ Las punciones venosas periféricas deben efectuarse al más absoluto mínimo en este período y los líquidos deben infundirse a través de un catéter venoso umbilical
- ‡ Si necesita otra vía debe instalarse 1 catéter percutáneo
- ‡ Vigilar fenómenos isquémicos y posibles extravasaciones: las bombas de perfusión tendrán un límite de presión no superior a 40 mm Hg
- | Evitar el uso de férulas
- ‡ Muestras de Laboratorio:
 - ‡ Como regla general los exámenes de laboratorio no deben tomarse a través de flebotomías.
 - | Las punciones de talón no deben hacerse durante la fase aguda de la enfermedad.
 - ‡ Cuando se necesita una Protrombinemia/TTPK debe tomarse la muestra vía punción venosa.
 - ‡ Ordenar solo aquellos exámenes de laboratorio que son esenciales. Esto disminuirá la necesidad de transfusiones múltiples
 - ‡ Un recuento de blancos con fórmula diferencial y recuento de plaquetas y un grupo-Rh deben tomarse al ingreso desde el CAU y un Hemocultivo puede estar indicado en este momento.



Sepsis:

Si se sospecha sepsis, está indicado un Hemocultivo a través del catéter arterial

Si se requiere una P. Lumbar (solo ante la fuerte sospecha de meningitis o sepsis) la espalda del neonato debe ser flexionada solo levemente. Solo 2 intentos deben hacerse para obtener LCR antes de que sea llamado otro médico

Transfusiones:

Durante las transfusiones sanguíneas la velocidad de pasaje EV debe ser monitorizada para evitar sobrecarga.

Las transfusiones deben administrarse durante períodos de 2 a 4 horas con el objeto de evitar modificaciones rápidas del volumen sanguíneo y de la presión arterial, evitando así la HIV.

La pérdida crónica sanguínea es compensada por un aumento del volumen plasmático, por tanto debe considerarse transfundir menos que la cantidad de sangre perdida en caso de pérdida sanguínea crónica.

En general es más beneficioso transfundir basado en Hematocrito que en "sangre perdida".

La pérdida sanguínea crónica no es una justificación en sí misma para transfusión.

Hipotensión:

Tratar la hipotensión después que sea establecida la ventilación y se hayan obtenido los gases sanguíneos. Una presión baja o límite puede no indicar hipovolemia.



Si el paciente está bien perfundido y sin historia de pérdida sanguínea puede ser más beneficiosa una conducta expectante registrando presión arterial en forma continua o por lo menos cada media hora.

Una línea de Presión Venosa Central (PVC) puede también ser útil para guiar esta terapia.

Previo al tratamiento, el monitor de presión arterial debe calibrarse con un manómetro de mercurio.

Los expandidores plasmáticos o sangre no deben nunca colocarse a menos que haya buena evidencia de pérdida sanguínea aguda.

La utilización de albúmina como expansor de volumen en estos niños no se prefiere ya que ésta pasa del espacio intravascular al intersticial muy rápidamente y por lo tanto la respuesta de la presión sanguínea a la expansión de volumen puede ser sólo transitoria, por lo que se prefiere la utilización de plasma o Ringer Lactato.

Administración de medicamentos:

Deben ser administrados lentamente, preferentemente con BIC.

No deben darse bolos de bicarbonato de sodio. En la mayoría de los casos, una infusión en 1-2 horas puede ser suficiente.

Si son necesarias infusiones más rápidas, deberían hacerse en minutos usando una bomba de infusión.

Durante un paro cardíaco se puede infundir bicarbonato a 1 mEq/kg/min.



Prácticamente no deben utilizarse relajantes musculares en este grupo de niños, debido a evidencias de que su uso podría aumentar la incidencia de HIV.

Además estos niños diminutos rara vez pelean con el ventilador como para requerir relajación muscular.

Ictericia: Se recomienda usar fototerapia sobre 5 mg/dl en prematuros con peso de nacimiento menor a 1.000 grs o cuando el nivel de bilirrubinemia alcance el 50% de aquel al cual un neonato puede potencialmente requerir exsanguíneotransfusión para prevenir kernicterus.

Exsanguíneotransfusión:

En caso de requerirse, utilizar la técnica isovolumétrica, es decir a través de un catéter arterial y otro venoso umbilicales.

Idealmente utilizar una bomba de infusión continua, extrayéndose por arteria e infundir por la vena.

Rayos-X: Nunca deje al niño sin atención cuando se esté tomando una Radiografía.

Contacto con los padres:

Tenemos que favorecer el apego de los padres por el R.N., para ello debemos explicarles cuales son las necesidades de su niño

Hacerles participar lo máximo posible en su cuidado

Cuando el niño esté estable tenemos que estimular el contacto físico de los padres con su hijo.



2.3.3. Prematuridad

2.3.3.1. Definición

La mayoría de los embarazos dura cerca de 40 semanas. Cuando un bebé nace entre las semanas 37 y 42 de gestación se dice que es un bebé nacido a término. A los bebés nacidos antes de completar las 37 semanas de embarazo se les llama bebés prematuros. En los Estados Unidos, aproximadamente el 12.5 por ciento de los bebés — más de medio millón por año — nace en forma prematura. Por razones que los médicos aún no han podido determinar, el índice de nacimientos prematuros ha aumentado más de 30 por ciento desde 1981.

El nacimiento prematuro es un problema de salud serio. Los bebés prematuros corren un riesgo mayor de tener complicaciones de salud al nacer e incapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral, problemas pulmonares y gastrointestinales, pérdida de la visión y la audición, e incluso la muerte. En muchos casos, estos bebés requieren atención especial en una unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU), con personal médico y equipos especializados capaces de tratar los diferentes problemas a los que están expuestos.

La mayoría de los bebés prematuros (71.2 por ciento) nace entre las 34 y las 36 semanas de gestación. En estos casos se habla de nacimientos prematuros casi a término. Casi el 13 por ciento de los bebés prematuros nace entre las semanas 32 y 33 de gestación, aproximadamente el 10 por ciento entre las semanas 28 y 31, y cerca del 6 por ciento antes de cumplidas las 28 semanas de gestación.

Todos los bebés prematuros corren el riesgo de tener problemas de salud, pero el riesgo es más alto en aquellos nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Por lo general, estos bebés son muy pequeños y sus órganos se encuentran menos desarrollados que los de los bebés nacidos después. Afortunadamente, los avances en la obstetricia y la neonatología, la rama de la pediatría que se ocupa de los



recién nacidos, han mejorado las probabilidades de supervivencia incluso para los bebés más pequeños.

Además de ser pequeños y enfermizos, los bebés prematuros pueden tener un aspecto y conducta muy diferentes a los de los bebés nacidos a término. Su piel, por ejemplo, puede ser delgada y arrugada, y sus cabezas más grandes en relación con el tamaño de sus cuerpos. Pero su aspecto es normal para la etapa de desarrollo en la que se encuentran y comenzarán a asemejarse más a los bebés nacidos a término a medida que continúen desarrollándose y creciendo. Durante su primer año de vida, debe evaluarse a estos bebés según su edad corregida (es decir, teniendo en cuenta su grado de premadurez).

2.3.3.2. Factores de riesgo maternos prenatal

Cualquier mujer puede tener un parto prematuro pero existen algunas que corren un riesgo mayor. Los investigadores han identificado algunos factores de riesgo pero aún no han podido determinar qué mujeres están más expuestas.

Existen tres grupos de mujeres con un riesgo mayor de tener un parto prematuro:

- Mujeres que ya han tenido un parto prematuro
- Mujeres que esperan mellizos, trillizos o más bebés
- Mujeres con ciertas anomalías en el útero o en el cuello del útero

Ciertos factores relacionados con el estilo de vida pueden poner a una mujer en mayor riesgo de tener un parto prematuro, como por ejemplo:

- La falta de cuidados prenatales o comenzar los cuidados prenatales demasiado tarde
- Fumar
- Beber alcohol



- El uso de drogas ilícitas
- La exposición al medicamento dietilestilbestrol (DES)
- La violencia doméstica (incluyendo el abuso físico, sexual y emocional)
- La falta de apoyo social
- Niveles excesivos de estrés
- Trabajar muchas horas permaneciendo de pie demasiado tiempo seguido

Ciertas condiciones médicas durante el embarazo pueden aumentar la probabilidad de que una mujer tenga un parto prematuro, como por ejemplo:

- + Infecciones vaginales (incluidas infecciones del tracto urinario, vaginales, transmitidas sexualmente y, posiblemente, otras infecciones)
- + Alta presión arterial
- + Diabetes
- + Trastornos de coagulación (trombofilia)
- + Bajo peso antes del embarazo
- + Obesidad
- + Períodos cortos entre embarazos (menos de 6 a 9 meses entre un nacimiento y el comienzo de otro embarazo)
- + Estar embarazada con un sólo bebé después de una fertilización in vitro
- + Ciertos defectos de nacimiento en el bebé
- + Sangrado vaginal

Aunque la mujer tenga uno o más de estos factores de riesgo, no significa que vaya a tener un parto prematuro. No obstante, todas las mujeres deben aprender a reconocer las señales de un parto prematuro y saber qué hacer en cada caso.



2.3.3.3. Clasificación clínica del Prematuro

De acuerdo al pronóstico de vida las complicaciones perinatales se las ha dividido en cuatro grupos:

1.-Bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación.

En Estados Unidos menos del un por ciento de los bebés nace en forma tan prematura, pero son los que sufren la mayor cantidad de complicaciones. La mayoría de estos bebés nace con un peso demasiado bajo (menos de 2 libras y 3 onzas). Prácticamente todos ellos requieren tratamiento con oxígeno, surfactante y asistencia respiratoria mecánica para poder respirar. Estos bebés son demasiado inmaduros para succionar, tragar y respirar al mismo tiempo. Por esta razón, se los debe alimentar por vía intravenosa hasta que desarrollen las habilidades necesarias. A menudo no pueden llorar (o no es posible oírlos debido al tubo que tienen en la garganta) y duermen la mayor parte del día. Estos bebés de tamaño tan pequeño tienen poco tono muscular y la mayoría se mueve muy poco.

Estos bebés tienen un aspecto muy diferente al de los bebés nacidos a término. Su piel es arrugada y de color morado rojizo y son tan delgados que se pueden ver los vasos sanguíneos a través de su piel. Su cara y su cuerpo están cubiertos con pelo fino llamado lanugo. Como estos bebés no han tenido tiempo de acumular grasa, se ven muy delgados. Por lo general, tienen los ojos cerrados y no tienen pestañas.

Además, estos bebés corren un alto riesgo de desarrollar una o más de las complicaciones antes mencionadas. Sin embargo, la mayoría de los nacidos después de cumplidas 26 semanas de gestación sobrevive (cerca del 80 por ciento de los que nacen a las 26 semanas y cerca del 90 por ciento de los nacidos a las 27 semanas), aunque pueden tener que permanecer más tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) Lamentablemente, cerca del 25 por ciento de estos bebés tan prematuros desarrolla incapacidades permanentes serias y hasta



la mitad puede tener problemas más leves, como problemas de aprendizaje y conducta.

2.- Bebés nacidos entre las 28 y las 31 semanas de gestación.

Estos bebés tienen un aspecto muy similar al de los bebés nacidos antes, pero son más grandes (por lo general pesan entre 2 y 4 libras) e incluso tienen más probabilidades de sobrevivir (de 90 a 95 por ciento aproximadamente). La mayoría requiere tratamiento con oxígeno, surfactante y asistencia respiratoria mecánica. A algunos de ellos se les puede dar el pecho o alimentar con fórmula por un tubo que se les coloca en el estómago a través de la nariz o la boca, aunque a otros se los debe alimentar por vía intravenosa.

Algunos de estos bebés pueden llorar y se mueven más pero sus movimientos pueden ser bruscos. Estos bebés pueden agarrar los dedos de las personas cuando se los acercan. Además, pueden abrir los ojos y comienzan a permanecer despiertos y alertas durante períodos breves.

Los bebés nacidos entre las 28 y 31 semanas corren el riesgo de sufrir algunas de las complicaciones arriba mencionadas pero cuando esto ocurre no suelen ser tan graves como en el caso de los bebés nacidos antes. Los bebés de muy bajo peso (menos de 3 libras y 4 onzas) siguen estando expuestos al riesgo de desarrollar incapacidades serias.

3.- ¿Qué ocurre con los bebés nacidos entre las 32 y las 33 semanas de gestación?

Aproximadamente el 95 por ciento de estos bebés sobrevive. La mayoría pesa entre tres y cinco libras y tiene un aspecto más delgado que los bebés nacidos a término. Algunos pueden respirar por cuenta propia y muchos otros necesitan oxígeno suplementario. A algunos de ellos se les puede dar el pecho o alimentar con biberón, aunque aquellos con dificultades respiratorias probablemente deberán ser alimentados por un tubo. Los bebés nacidos en esta etapa de gestación tienen menos probabilidades que los nacidos antes de desarrollar incapacidades



graves debido a su nacimiento prematuro, aunque pueden tener también un alto riesgo de sufrir problemas de aprendizaje y de conducta.

4.- Bebés nacidos entre las semanas 34 y 36 de gestación corren riesgo de desarrollar Problemas médicos?

Los bebés prematuros casi a término suelen ser más sanos que los nacidos antes y tienen casi las mismas probabilidades que los bebés nacidos a término de sobrevivir. Por lo general, pesan entre cuatro libras y media y seis libras pero parecen más delgados que los bebés nacidos a término. Estos bebés siguen teniendo un riesgo más alto que los bebés nacidos a término de tener problemas de salud típicos de los recién nacidos, como problemas para respirar y comer, dificultades para regular la temperatura del cuerpo e ictericia. Por lo general, estos problemas son leves y la mayoría de los bebés se recupera rápidamente. A la mayoría de ellos se les puede dar el pecho o alimentar con biberón, aunque algunos (especialmente los que tienen leves dificultades de respiración) probablemente deberán ser alimentados por un tubo durante un breve tiempo. Se estima que a la semana 35 de gestación el peso del cerebro es de apenas el 60 por ciento del de los bebés a término. Los bebés prematuros casi a término tienen pocas probabilidades de desarrollar incapacidades graves como consecuencia del nacimiento prematuro, pero pueden tener un riesgo mayor de problemas de aprendizaje y de conducta sutiles.

Según la OMS los prematuros se clasifican en :

Prematuridad extrema, de la semana 20 a la 28.

Prematuridad moderada, de la semana 29 hasta las 33.

Prematuridad leve desde la 34 hasta la 37.

2.3.3.4. Equipamiento y Recursos humanos adecuados de la sala de Neonatos para atención de prematuros.



La sala de Neonatos debe de estar acondicionada para el nacimiento del prematuro, para ello debe de haber:

□ Cuna térmica:

1. Fuente de calor: A temperatura que debe de oscilar entre 26,5 y 37 °C
2. Fuente de luz: Encendida
3. Sistema de administración de Oxígeno:
 - ↳ Caudalímetro conectado a la red
 - ↳ Alargaderas que conecten a las bolsas de resucitación (Ambú)
 - ↳ Sistema de vacío: preparado para hacer succión de las vías áreas
4. Material para asegurar la vía aérea:
 - ↳ Monitor de ECG neonatal
 - ↳ Fonendoscopio neonatal
 - ↳ Ambú neonatal adecuando al tamaño del prematuro
 - ↳ Mascarillas de resucitación adecuadas al tamaño del prematuro
 - ↳ Sondas de Nelatón de varios tamaños (nº 7 y 8) para succión de secreciones nasales y orales
 - ↳ Laringoscopio rígido (mango normal y corto) con palas rectas de Miller y curvas de Macintosh, de distintos tamaños. Pilas de repuesto.
 - ↳ Pinza de Magill de tamaño pequeño. Durante la intubación endotraqueal llegado al extremo distal del tubo traqueal cerca de la epiglotis, la pinza permite orientar la punta del tubo entre las cuerdas vocales, evitando así su desviación hacia el esófago.
 - ↳ Tubos endotraqueales: Tubos utilizados números 2, 2,5 y 3 estos tubos están desprovistos de neumobalón en la punta
 - ↳ Cintas adhesivas en pantalón para la fijación del tubo endotraqueal
 - ↳ Ventilador de transporte neonatal:
 - ↳ Bala de oxígeno, comprobada de que funciona adecuadamente
 - ↳ Sistemas y conexiones perfectamente adaptados



↓ Comprobar el buen funcionamiento con pulmón neonatal prefijando el ventilador con los siguientes parámetros:

- ♣ PIP: Ente 12-24 cm de agua
- ♣ PEEP: Entre 2-4 cm de agua
- ♣ TI: de 0,5 segundos
- ♣ TE: de 0,5 segundos
- ♣ Frecuencia respiratoria de 60 rpm

5. Material para canalización de vía venosa de urgencias:

↓ Canalización de catéter corto:

- ♣ Catéteres cortos números 26 al 22 G
- ♣ Tiras adhesivas para fijación de catéteres cortos
- ♣ 2 Bombas de infusión continua

↓ Canalización vena umbilical:

- ♣ Instrumental para canalización: ligadura del 0, bisturí, 2 pinzas de Adson sin dientes, 2 mosquitos curvos
 - ♣ Catéteres umbilicales del 4 al 8 Fch
 - ♣ Material para fijación: seda de 2/0 con aguja triangular, cinta adhesiva estéril
 - ♣ 4 Sistemas de perfusión iv continua para bomba de perfusión
 - ♣ 2 Bombas de perfusión continua
- ↓ Las soluciones de perfusión más utilizadas son:
- ♣ Suero Salino al 0,9% (suero fisiológico)
 - ♣ Suero Glucosado al 10%
 - ♣ Solución de Bicarbonato 1M ó 1/6 M

6. Material para administración de drogas de urgencias:

- ♣ Jeringas de: 1 ml, 2 ml., 5 ml, 10 ml y 20 ml



- ♣ Adrenalina 1:1.000: Se prepara la dilución al 1:10.000 (una ampolla de adrenalina 1mg/ml, diluida en 9 ml de suero fisiológico), tendríamos 0,1 mg por ml
- ♣ Bicarbonato 1M: Se prepara a 1/2 molar (se diluye 1 ampolla (10 ml) en 10 ml de agua destilada)
- ♣ Glucosmon R-50: Para hacer sueros hipertónicos en glucosa, recordar que hay 0,5 gr. por c.c. de la dilución

↳Drogas para intubación:

- ♣ Atropina: Se prepara una ampolla diluida en 9 ml de suero, obtenemos 0,1 mg por ml
- ♣ Midazolán: preparado a una dilución de 1mg/ml
- ♣ Fentanilo: se preparan 2 ml (100 microgramos) en 10 ml, así tenemos 10 microgramos por ml
- ♣ Atracurium: La presentación suele ser de 10 mg/ml, se diluye 1 c.c. de la dilución en 9 de suero así tenemos 1 mg/ml

7. Material para el transporte a la Unidad Neonatal:

- ♣ Incubadora con temperatura ambiente entre 34-35°C
- ♣ Bala de oxígeno

El personal de neonatología que debe de haber en las salas obstétricas debe de ser:

Neonatólogo

Enfermera entrenada en RCP avanzada neonatal

Auxiliar de enfermería con conocimientos básicos de manipulación de neonatos



2.4. Términos de Uso Frecuente

1. **Gestación a término:** convencionalmente se admite como a término toda gestación que ha cumplido 37 semanas. La media de las gestaciones a término es de 40 semanas. La gestación que dura 42 semanas cumplidas o más se considera posttérmino.
2. **Límite de la viabilidad:** actualmente pueden sobrevivir prematuros a partir de la 22 – 24 semana de gestación. Dada la dificultad que se tiene a veces en establecer con precisión el tiempo de gestación, se ha considerado siempre que el grupo de niños menores de 1.500 gramos (también referido como de *muy bajo peso*) es el que tiene un riesgo de discapacidad que hace necesario un seguimiento prolongado. El grupo de niños de menos de 1.000 gramos se conoce como de *bajo peso extremo* y el de niños de 1.500 a 2.500 gramos como de *bajo peso a secas*.

Los pesos de estos neonatos pueden corresponder a la gestación (*peso adecuado para la gestación*) o estar por debajo del percentil 10 para su edad gestacional (*bajo peso para la gestación*). La madurez viene condicionada por el tiempo de gestación, pero el peso condiciona también la patología a igual edad gestacional.

3. **Edad corregida:** se entiende por edad corregida la que tendría el niño si hubiera nacido a la 40ª semana de gestación. Si se valora a los niños prematuros según la edad cronológica, se estará viendo a cada uno de ellos en un momento diferente del desarrollo. A modo de ejemplo, en la revisión de los 4 meses un niño nacido con 24 semanas tendrá una edad corregida de cero meses, uno de 28 semanas tendrá una edad corregida de un mes y uno de 32 semanas de 2 meses. La única forma de normalizar las valoraciones del desarrollo es utilizar la edad corregida.



4. Valoración del crecimiento fetal: El crecimiento fetal es un buen índice, de maduración, bienestar y pronóstico fetal. Para su correcta valoración es imprescindible conocer con la máxima exactitud la Edad Gestacional (EG) del recién nacido (RN) y poseer unas curvas de crecimiento fetal de la misma población, realizadas con medias y ± 2 D.T. o por percentiles 97 y 3.

Con los parámetros métricos del RN (peso, talla y perímetro craneal) y la edad gestacional en semanas completas o días, se pueden clasificar los recién nacidos:

Pequeño para la edad gestacional

Adecuado para la edad gestacional

Grande para la edad gestacional



CAPITULO III

3. METODOLOGIA EMPLEADA

3.1. Diseño de la Investigación

3.1.1. Tipo:

El método a aplicado en el trabajo de tesis es el explicativo.

3.1.2. Diseño:

Nivel correlacional.

3.2. Métodos

La metodología a empleada, sirvió para distinguir en la práctica la esencia de los procesos, hechos, fenómenos y objetos del mundo sobre la base de las manifestaciones externas, fenoménicas; partiendo del pensamiento abstracto, el conocimiento hermenéutico como el fundamento conceptual y abstracto que permitió la descripción exacta: ¿de qué manera se está atendiendo a los nacidos prematuros en el Hospital Provincial de Babahoyo?



El conocimiento, ha sido un reflejo de la realidad objetiva en la conciencia humana; esto ocurrió como un proceso dialéctico, complejo y contradictorio de interacciones entre el aspecto sensorial y racional del conocimiento, etapas que se realizaron en base de la actividad práctica de las egresadas y/o autoras, en su acción sobre el medio y la naturaleza, lo cual nos ha asegurado el conocimiento del mundo y tuvo como fin orientar nos en la actividad pertinente.

Los métodos utilizados los resumimos en los siguientes:

3.2.1. Método Científico

El método científico nos permitió que, a través de la conceptualización ubicarnos estratégicamente en la determinación de objetivos, metas y valores para el establecimiento de la relación causa y efecto de la actuación comportamiento de los investigados en el presente proyecto.

3.2.2. Método Inductivo Deductivo

La inducción, la utilizamos como una forma de razonamiento, por medio de la cual pasamos de los conocimientos particulares a un conocimiento más general, que reflejó lo que hubo de común en los fenómenos individuales.

La deducción fue una forma de razonamiento, mediante la cual pasamos de un conocimiento general a otro de menor generalidad. En este caso, el hecho nos hizo comprender que un conocimiento verdadero siempre nos garantice una conclusión verdadera, siempre y cuando estén bien fundamentadas las premisas iniciales.



3.2.3. Método descriptivo

Se uso este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente los datos conseguidos y nos facilitó conseguir la interpretación ¿de qué manera mejorar la calidad de atención de los nacidos prematuros en pacientes atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.

3.3. Población y Muestra

En esta parte de la investigación el interés consistió en definir quiénes y que características deberán tener los sujetos, objetos de estudio.

3.3.1. Población

La población o universo a investigarse lo conformaron: Director: uno (1), Subdirector: Uno (1), Personal Médico y paramédico: 28, Nacidos Prematuros 20 madres de niños prematuros: 19

3.3.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra no se ha requerido utilizar formula alguna, pero para la logística investigativa anotamos la siguiente:

Donde:
$$n = \frac{s.f. / 2 s.f.}{\epsilon^2}$$

n = tamaño necesario de la muestra

n = Muestra

S= Desviación estándar de la población(conocida o estimada a partir de anteriores estudios)

Z= Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza: para un una confianza del 95 % = 0,05, Z = 1,96



E= Error de estimación admitido 0,4

Para identificarla en el siguiente esquema:

TAMAÑO DE LA MUESTRA

SECTOR	POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Director	1	1	100
Subdirector	1	1	100
Personal Médico y Paramédico	26	26	100
Neonatos prematuros	20	20	100
Madres de Prematuros	20	20	100
TOTALES	68	68	100

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

3.4. Hipótesis.

3.4.1. Hipótesis General

Mejorando la calidad de atención a los nacidos prematuramente en el hospital Provincial Martín Icaza disminuiría los riesgos de la morbi-mortalidad infantil.

3.4.2. Hipótesis específicas



- 3.4.2.1. Conociendo la definición de la calidad de vida y como se los clasifica clínicamente a los nacidos prematuramente atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, se daría mejor atención a los usuarios.
- 3.4.2.2. Determinando la manera como se está atendiendo a los nacidos prematuros en pacientes del Hospital Provincial de Babahoyo, reconoceríamos la calidad de atención prestada.
- 3.4.2.3. Diseñando una propuesta de capacitación del recurso humanos de esta unidad médica y la implementación de recursos tecnológicos para el área de neonatología del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo disminuiríamos los riesgos de la morbi-mortalidad infantil.

3.5. Variables:

3.5.1. Independientes

- VIG. Calidad de atención a los nacidos prematuramente en el hospital Provincial Martín Icaza
- VI1: Tipos de recién nacidos prematuros y como se los clasifica clínicamente a los pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- VI2. Manera como se está atendiendo a los nacidos prematuros en pacientes del Hospital Provincial de Babahoyo
- VI3. Propuesta de capacitación del recurso humanos de esta unidad médica y la implementación de recursos tecnológicos para el área de neonatología del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, disminuiríamos los riesgos de la morbi-mortalidad infantil.



3.5.2. Dependientes

VDG. Riesgos de la morbimorbilidad

VD1. Atención a los usuarios

VD2. Calidad de atención prestada.

VD3. Los riesgos de la morbi-mortalidad infantil.

3.6. Técnicas e Instrumentos

3.6.1. Técnicas

3.6.1.1. Entrevistas

La técnica de la entrevista nos permitió tener un acercamiento objeto sujeto, para determinar objetivamente las preguntas previamente establecidas en un patrón predefinido. A esta le consideramos como entrevista dirigida.

A través de esta técnica nos permitió obtener información por medio del dialogo entre dos o más personas.

La entrevista fue estructurada (preguntas previamente elaboradas y ordenadas) la misma que nos condujo a un acercamiento al personal directivo, profesionales de la salud, familiares de los pacientes y pacientes.

3.6.1.2. Encuestas

La encuesta ayudó a obtener información a través de un cuestionario a las personas involucradas en la investigación de que como se aplica e incide “ la



calidad de atención de los nacidos prematuros en pacientes atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo” Y la utilizamos en la población determinada o por muestreo, aplicamos una encuesta tipo general que nos permitió recoger las respuestas de todos los componentes del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, área de neonatología. A más esta técnica nos permitió averiguar las causas, motivos o razones que origina el problema planteado.

3.6.1.3. La Observación

La observación como técnica, resultado, ha sido un proceso fundamental para la recopilación de datos, fue una acción por medio de la cual, manipulamos los factores y efectos que incide “la calidad de atención de los nacidos prematuros en pacientes atendidos en el Hospital Provincial “Martín Icaza de Babahoyo” y lograr los objetivos propuesto en el proyecto de investigación, y así obtuvimos explicitaciones de cómo:

- Recopilar de forma planificada y coherente todos los datos.
- Sistemáticamente ayudó a relacionar una observación efectuada con otra.
- Estuvo sujeta a comprobaciones para el control de validez y confiabilidad.

Las observaciones que se efectuaran, serán estructuradas; esta guía me permitirá una observación sistemática garantizando la objetividad de los datos.

3.6.2. Instrumentos:

3.6.2.1. Cuestionario: Anexo 01

3.6.2.2. Guía: Anexo 02

3.6.2.3. Ficha: Anexo 03



3.7. Procesamiento de datos

Nuestra investigación fue elaborada, procedida y sistematizada de la siguiente manera:

- Investigación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual
- Elaboración del marco teórico
- Construcción del diseño metodológico.
- Redacción y presentación del borrador de lo anterior.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación de datos.
- Procesamiento de datos.
- Redacción del informe final.
- Defensa y exposición.

3.8. Proceso metodológico seguido para la verificación de la hipótesis

- Definida la hipótesis, se hicieron operables las variables, las mismas que nos arrojaron su aceptación.
- La comprobación de hipótesis fue mediante análisis estadísticos, el mismo que se fundamentó en modelos y experiencias.
- La verificación de la hipótesis o diseño de la prueba y consistió en la elección de la técnica más apropiada para su verificación o comprobación.
- Mediante la teoría estadística se probará el grado de relación y significación de las variables de correlación.



CAPITULO IV

4. RESULTADOS OBTENIDOS

4.1. Presentación de datos generales.

4.1.1. Encuesta aplicada a Familiares

No	PREGUNTA	SI	NO	Nº	PORCENTAJE
1.	¿Está satisfecho con el servicio brindado en la atención de su hijo en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo? Sí () No ()	16	04	20	100%
2.	¿Conoce usted cuantas semanas dura un embarazo normal. Sí () No ().	15	05	20	100%
3.	¿Usted conoce si el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo cuenta con un área de neonatología equipada? Sí () No ()	18	02	20	100%
4.	¿Conoce usted como atender al niño prematuro? Sí () No ()	13	07	20	100%
5.	¿Conoce usted cual es la diferencia entre un pediatra general y un pediatra neonatólogo?	09	11	20	100%
6.	¿Cómo califica usted la calidad de atención recibida por el personal de enfermería del Hospital Martín Icaza de Babahoyo? Sí () No ()	16	04	20	100%
7.	¿Conoce usted los riesgos de un niño prematuro? Si () No ()	12	08	20	100%

**4.1.2. Encuesta aplicada a Directivos**

No	PREGUNTA	SI0	NO	Nº	PORCENTAJE
1.	¿Conoce usted la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros? Si () No ()	02	00	02	100%
2.	¿Realizan con frecuencia programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? Si () No ()	02	00	02	100%
3.	¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal? Si () No ()	01	01	02	100%
4.	Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo? Si () No ()	01	01	02	100%
5.	¿Conoce que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros? Si () No ()	00	02	02	100%
6.	¿La calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo Es buena? Si () No ()	01	01	02	100%
7.	¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad? Si () No ()	01	01	02	100%
8.	¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros? Si () No ()	01	01	02	100%
9.	¿El Hospital cuenta con grupos que desarrollan actividad encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal? Si () No ()	01	01	02	100%
10.	¿Sabe de que manera usted incentivaría a los profesionales a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbilidad neonatal. Si () No ()	02	00	02	100%
11.	¿Se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal? Si () No ()	02	00	02	100%



4.1.3. Encuesta aplicada a Médicos y Paramédicos

No	PREGUNTA	SI	NO	Nº	PORCENTAJE
1.	¿Conoce usted la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros? Si () No ()	24	02	26	100%
2.	¿Realizan con frecuencia programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? Si () No ()	20	06	26	100%
3.	¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal? Si () No ()	12	14	26	100%
4.	¿Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo? Si () No ()	21	05	26	100%
5.	¿Conoce que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros? Si () No ()	19	07	26	100%
6.	¿La calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo es buena? Si () No ()	23	03	26	100%
7.	¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad? Si () No ()	24	02	26	100%
8.	¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros? Si () No ()	26	00	26	100%
9.	¿El Hospital cuenta con grupos especializados que desarrollan actividades encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal? Si () No ()	17	09	26	100%
10.	¿Sabe de que manera usted incentivaría a los directivos a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbilidad neonatal. Si () No ()	15	11	26	100%
11.	¿Se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal? Si () No ()	24	02	26	100%



4.2. Presentación y análisis de datos.

4.2.1. Encuesta aplicada a los Familiares

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
1.	¿Está satisfecho con el servicio brindado en la atención de su hijo en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo? Sí () No ()	16	80	04	20	20	100%
2.	¿Conoce usted cuantas semanas dura un embarazo normal. Sí () No ()	15	75	05	25	20	100%
3.	¿Usted conoce si el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo cuenta con un área de neonatología equipada? Sí () No ()	18	90	02	10	20	100%
4.	¿Conoce usted como atender al niño prematuro? Sí () No ()	13	65	07	35	20	100%
5.	¿Conoce usted cual es la diferencia entre un pediatra general y un pediatra neonatólogo?	09	45	11	55	20	100%
6.	¿Cómo califica usted la calidad de atención recibida por el personal de enfermería del Hospital Martín Icaza de Babahoyo? Sí () No ()	16	80	04	20	20	100%
7.	¿Conoce usted los riesgos de un niño prematuro? Sí () No ()	12	60	08	40	20	100%

**4.2.2. Encuesta aplicada a Directivos**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
1.	¿Conoce usted la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%
2.	¿Realizan con frecuencia programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%
3.	¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal? Si () No ()	00	00	01	100	02	100%
4.	¿Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo? Si () No ()	02	100	02	00	02	100%
5.	¿Conoce que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros? Si () No ()	00	00	02	100	02	100%
6.	¿La calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo Es buena? Si () No ()	01	50	01	50	02	100%
7.	¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad? Si () No ()	01	50	01	50	02	100%
8.	¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros? Si () No ()	02	100	02	00	02	100%
9.	¿El Hospital cuenta con grupos que desarrollan actividad encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal? Si () No ()	01		01		02	100%
10.	¿Sabe de que manera usted incentivaría a los profesionales a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbilidad neonatal. Si () No ()	02	100	00	00	02	100%
11.	¿Se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

**4.2.3. Encuesta aplicada a Médicos y Paramédicos**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
1.	¿Conoce usted la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros? Si () No ()	24	92	02	08	26	100%
2.	¿Realizan con frecuencia programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? Si () No ()	20	77	06	23	26	100%
3.	¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal? Si () No ()	12	46	14	54	26	100%
4.	Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo? Si () No ()	21	81	05	19	26	100%
5.	¿Conoce que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros? Si () No ()	19	73	07	27	26	100%
6.	¿La calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo es buena? Si () No ()	23	88	03	12	26	100%
7.	¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad? Si () No ()	24	92	02	08	26	100%
8.	¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros? Si () No ()	26	100	00	00	26	100%
9.	¿El Hospital cuenta con grupos especializados que desarrollan actividades encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal? Si () No ()	17	65	09	35	26	100%
10.	¿Sabe de que manera usted incentivaría a los directivos a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbilidad neonatal. Si () No ()	15	58	11	42	26	100%
11.	¿Se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%



4.3. Interpretación y discusión de los resultados.

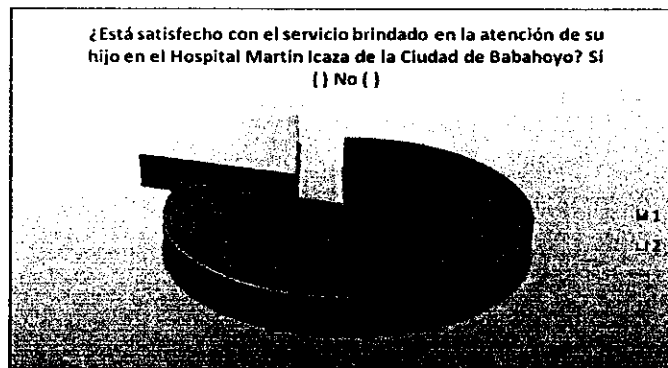
4.3.1. Encuesta aplicada a los familiares

Pregunta N° 01

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
1	¿Está satisfecho con el servicio brindado en la atención de su hijo en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo? Sí () No ()	16	80	04	20	20	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los familiares están satisfechos con el servicio brindado en la atención de su hijo en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

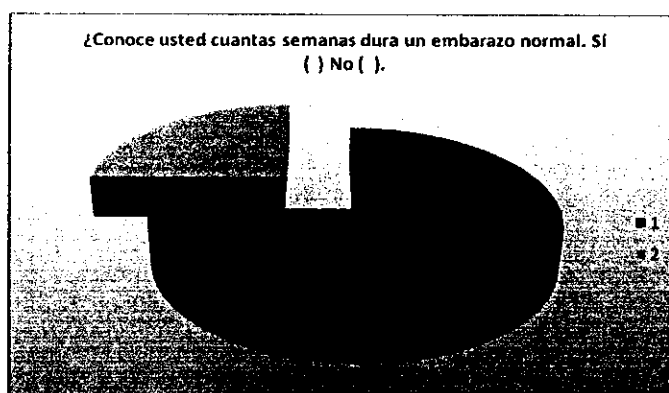


Pregunta N° 02

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
2	¿Conoce usted cuantas semanas dura un embarazo normal. Sí () No ().	15	75	05	25	20	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los familiares Conocen usted cuantas semanas dura un embarazo normal.

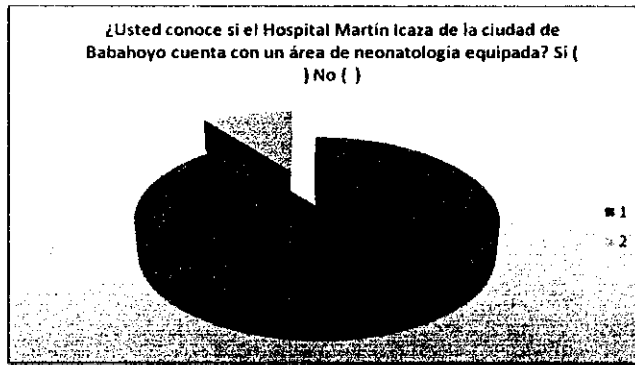
Pregunta N° 03

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
3	¿Usted conoce si el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo cuenta con un área de neonatología equipada? Sí () No ()	18	90	02	10	20	100%



❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

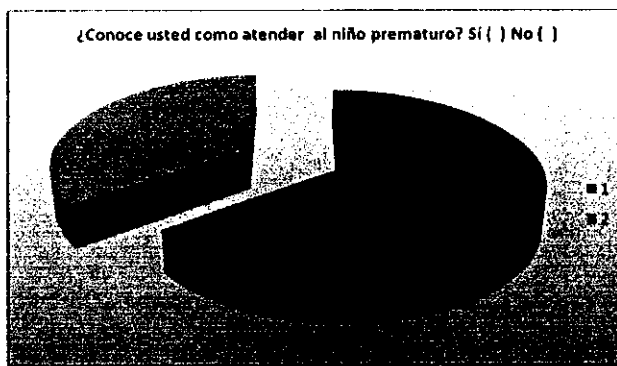
Los familiares conocen que el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo cuenta con un área de neonatología equipada.

Pregunta N° 04

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
4	¿Conoce usted como atender al niño prematuro? Sí () No ()	13	65	07	35	20	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los familiares Conocen como atender al niño prematuro.

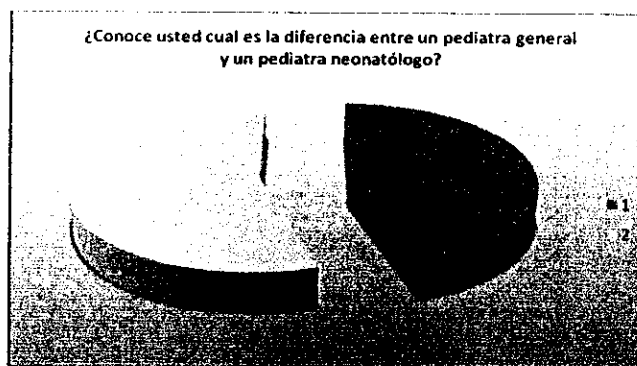


Pregunta N° 05

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
5	¿Conoce usted cual es la diferencia entre un pediatra general y un pediatra neonatólogo?	09	45	11	55	20	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los familiares no Conocen cual es la diferencia entre un pediatra general y un pediatra neonatólogo.

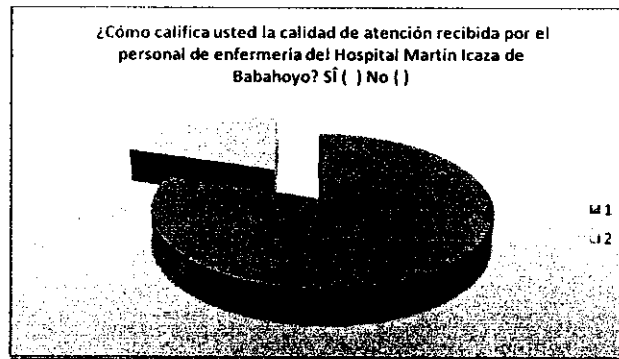
Pregunta 06

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
6	¿Cómo califica usted la calidad de atención recibida por el personal de enfermería del Hospital Martín Icaza de Babahoyo? SÍ () No ()	16	80	04	20	20	100%



❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

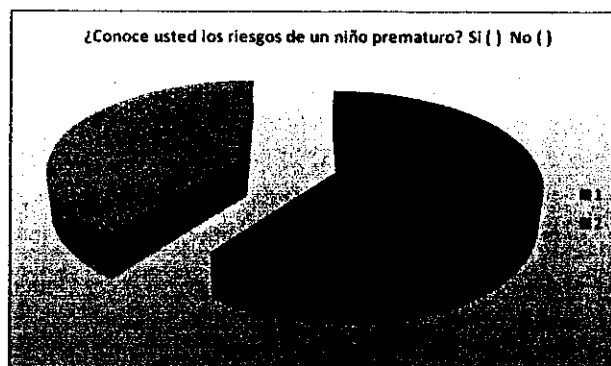
Los familiares califican que la atención recibida es de calidad por el personal de enfermería del Hospital Martín Icaza de Babahoyo.

Pregunta N° 07

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
7	¿Conoce usted los riesgos de un niño prematuro? Si () No ()	12	60	08	40	20	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los familiares conocen los riesgos de un niño prematuro.



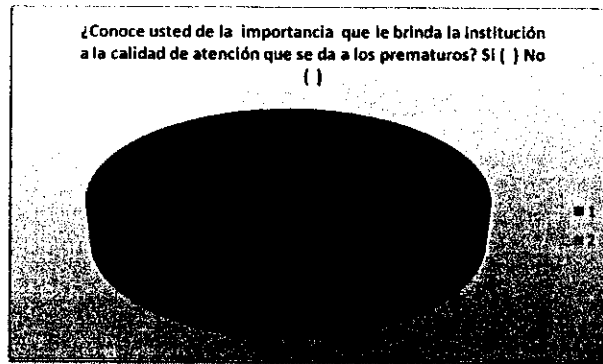
4.3.2. Encuesta aplicada a Directivos

Pregunta N° 01

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
1	¿Conoce usted de la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los directivos conocen de la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros.

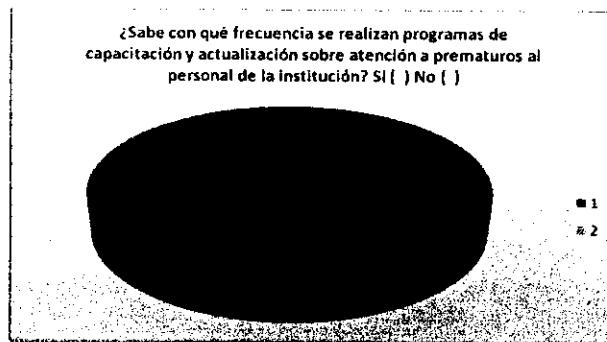
Pregunta N° 02

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
2	¿Sabe con qué frecuencia se realizan programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%



❖ Graficación



❖ Discusión:

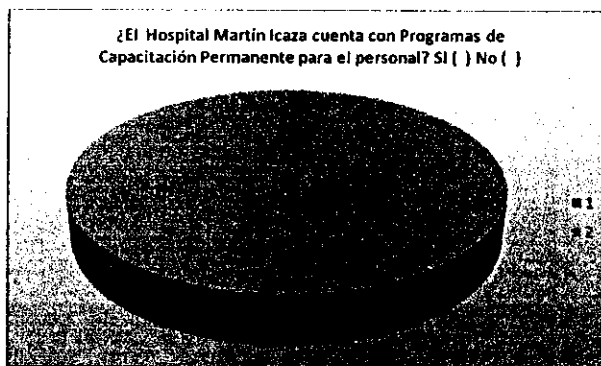
Los directivos saben de la frecuencia de realización de programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución.

Pregunta Nº 03

• Interpretación

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	%TOTAL
3	¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal? Si () No ()	00	00	02	100	02	100%

❖ Graficación





❖ **Discusión:**

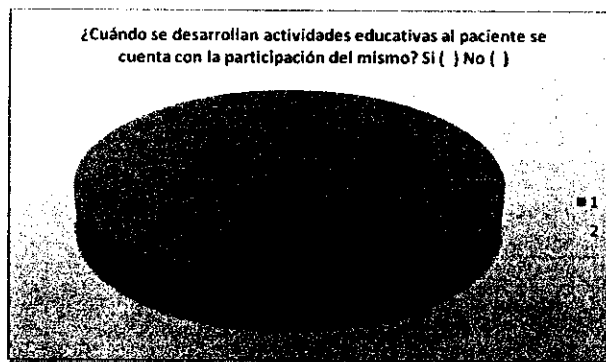
Los directivos desconocen que el Hospital Martín Icaza cuente con Programas de Capacitación Permanente para el personal.

Pregunta N° 04

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
4	¿Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los directivos manifiestan, que cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo.

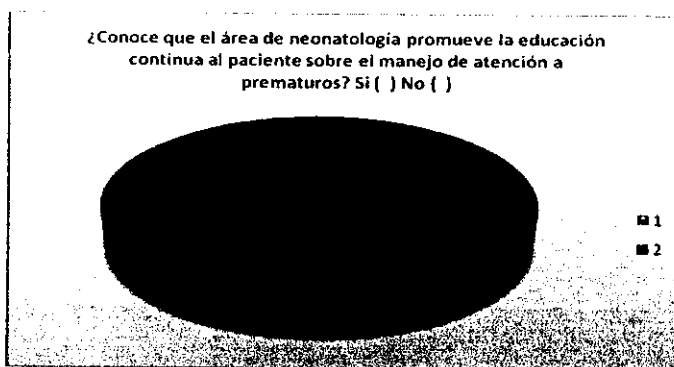
Pregunta N° 05

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
5	¿Conoce que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros? Si () No ()	00	00	02	100	02	100%



❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

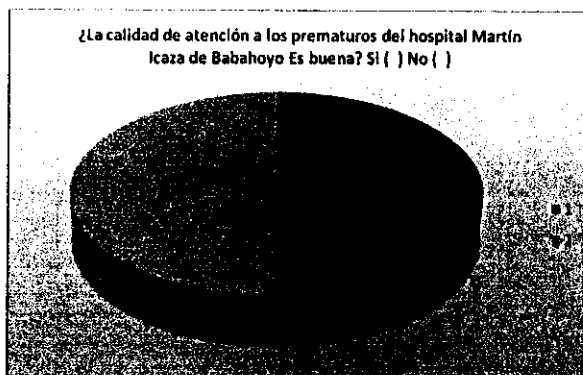
Los directivos no conocen que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros.

Pregunta Nº 06

• **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	%TOTAL
6	¿La calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo es buena? Si () No ()	01	50	01	50	02	100%

❖ **Graficación**





❖ **Discusión:**

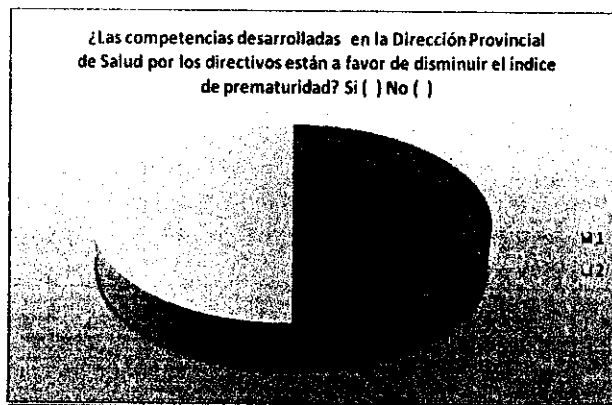
Los directivos que la calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo es buena.

Pregunta N° 07

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
7	¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad? Si () No ()	01	50	01	50	02	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los directivos expresan, que las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad.

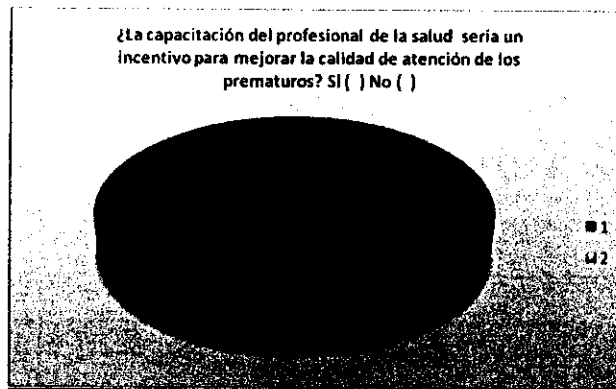


Pregunta N° 08

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
8	¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los directivos conocen, que la capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros.

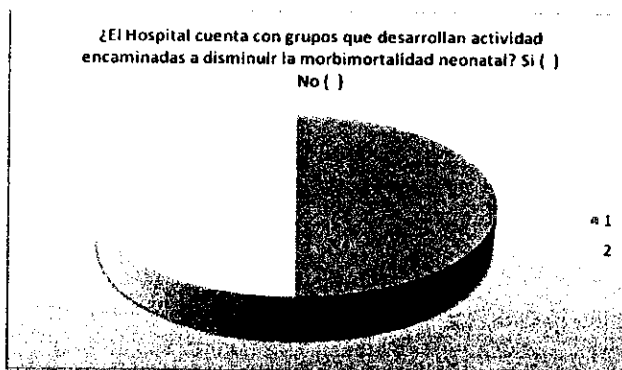
Pregunta N° 09

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
9	¿El Hospital cuenta con grupos que desarrollan actividad encaminadas a disminuir la morbimortalidad neonatal? Si () No ()	01	50	01	50	02	100%



❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

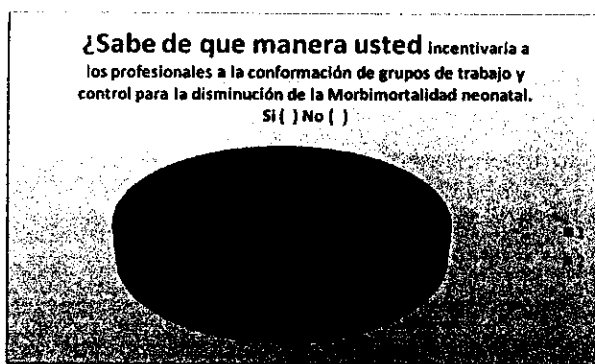
Los directivos reconocen que el Hospital cuenta con grupos que desarrollan actividad encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal.

Pregunta N° 10

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
10	¿Sabe de que manera usted incentivaría a los profesionales a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbilidad neonatal. Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

❖ **Graficación**





❖ **Discusión:**

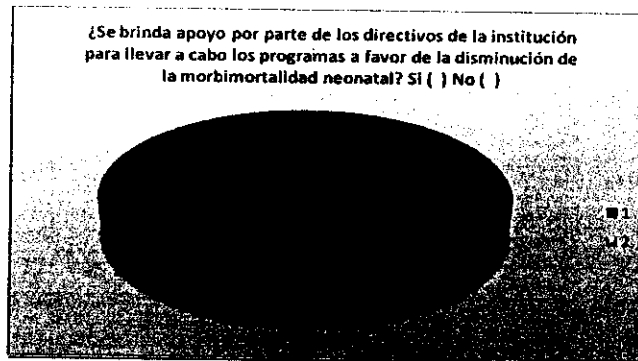
Los directivos saben de que manera incentivar a los profesionales a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbimortalidad neonatal.

Pregunta N° 11

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
11	¿Se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los directivos reconocen, que se brinda apoyo institucional para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal.



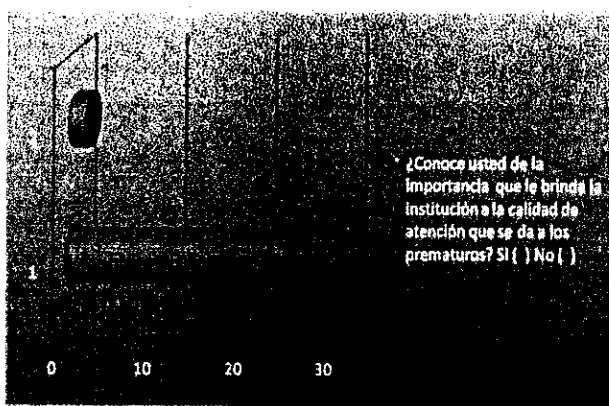
4.3.3. Encuesta aplicada a Médicos y Para médicos

Pregunta N° 01

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
1	¿Conoce usted de la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros? Si () No ()	24	92	02	08	26	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los Médicos y Paramédicos conocen de la importancia que le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros.

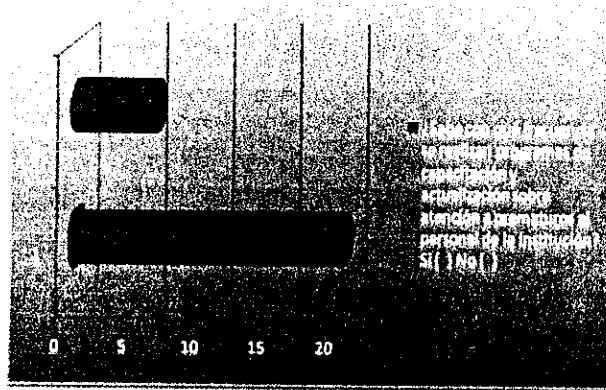
Pregunta N° 02

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
2	¿Sabe con qué frecuencia se realizan programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? Si () No ()	20	77	06	23	26	100%



❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

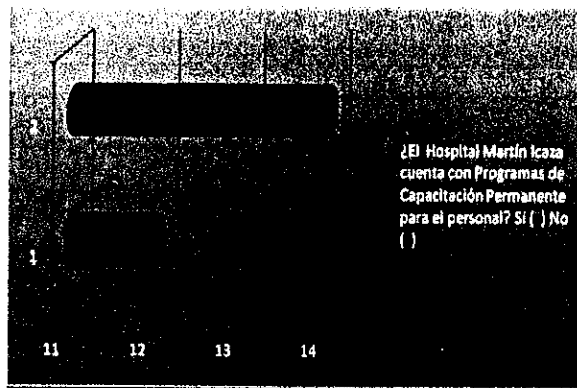
Los Médicos y Paramédicos Saben de la frecuencia con qué se realizan programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución.

Pregunta N° 03

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	TOTAL
3	¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal? Si () No ()	12	46	14	54	26	100%

❖ **Graficación**





❖ **Discusión:**

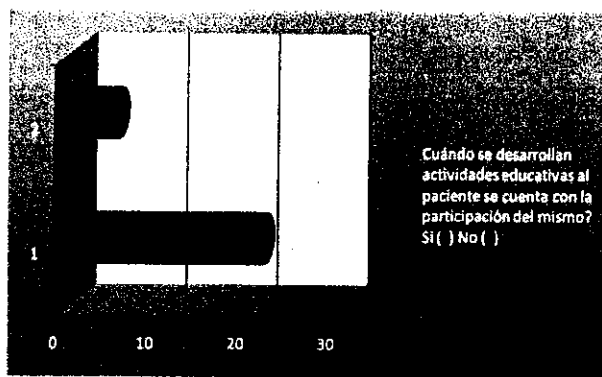
Los Médicos y Paramédicos reconocen, que el Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal.

Pregunta N° 04

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
4	Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo? Si () No ()	21	81	05	19	26	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los Médicos y Paramédicos conocen cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo.

Pregunta N° 05

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
5	¿Conoce que el área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros? Si () No ()	19	73	07	27	26	100%



❖ **Discusión:**

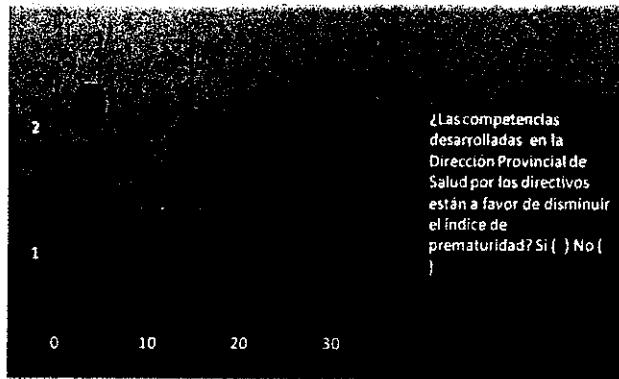
Los Médicos y Paramédicos manifiestan, que la calidad de atención a los prematuros del hospital Martín Icaza de Babahoyo es buena.

Pregunta N° 07

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
7	¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad? Si () No ()	24	92	02	08	26	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los Médicos y Paramédicos expresan, que las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad.

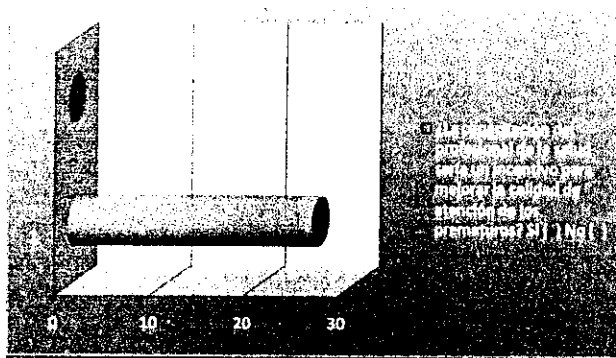


Pregunta N° 08

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
8	¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros? Si () No ()	26	100	00	00	26	100%

❖ Graficación



❖ Discusión:

Los Médicos y Paramédicos consideran que la capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros.

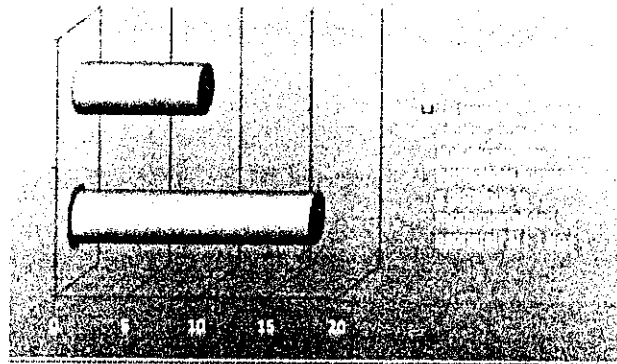
Pregunta N° 09

• Interpretación

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
9	¿El Hospital cuenta con grupos especializados que desarrollan actividades encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal? Si () No ()	17	65	09	35	26	100%



❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

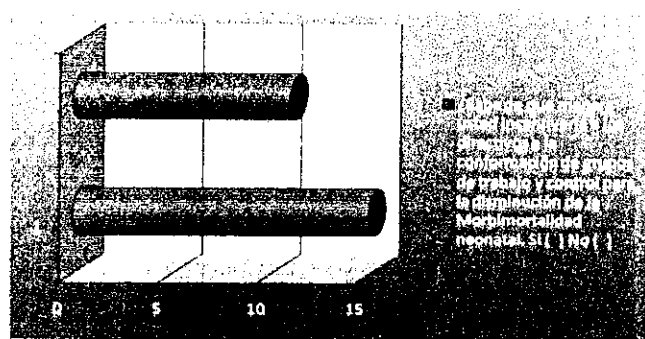
Los Médicos y Paramédicos manifiestan, que el Hospital cuenta con grupos especializados que desarrollan actividades encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal.

Pregunta N° 10

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
10	¿Sabe de que manera usted incentivaría a los directivos a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbimortalidad neonatal. Si () No ()	15	58	11	42	26	100%

❖ **Graficación**





❖ **Discusión:**

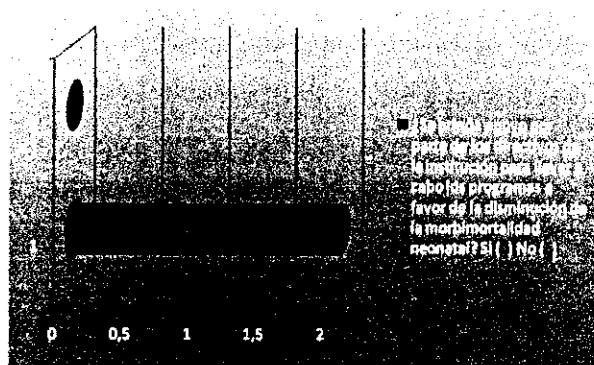
Los Médicos y Paramédicos saben de que manera incentivar a los directivos a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la Morbimortalidad neonatal.

Pregunta N° 11

• **Interpretación**

N°	PREGUNTA	SI	%	NO	%	N°	%TOTAL
11	¿Se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal? Si () No ()	02	100	00	00	02	100%

❖ **Graficación**



❖ **Discusión:**

Los Médicos y Paramédicos contestan, que se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal



CAPITULO V.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

- ♣ Hay interes de la institución en brindar calidad de atención a los prematuros.
- ♣ Se realizan programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución.
- ♣ El área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros.
- ♣ El Hospital cuenta con grupos especializados que desarrollan actividades encaminadas a disminuir la morbimortalidad neonatal.
- ♣ Existe apoyo de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbimortalidad neonatal.
- ♣ Hay satisfacción en el servicio brindado en la atención de los prematuros en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.
- ♣ El Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo cuenta con un área de neonatología equipada.

5.2. Recomendaciones.

- ♣ Mejorar la calidad de atención que se da a los prematuros.
- ♣ Promover programas de educación al paciente sobre el manejo de atención a prematuros.



- ♣ Disponer de personal suficiente y eficiente que desarrollan actividades encaminadas a disminuir la morbilidad neonatal.
- ♣ Determinar acciones específicas de programas a favor de la disminución de la morbilidad neonatal.
- ♣ Mejorar la tecnología, instrumentación y atención del área de neonatología.
- ♣ Considerar la propuesta elaborada por las autoras.



CAPÍTULO VI.

6. PROPUESTA ALTERNATIVA.

6.1. Título:

CUIDADOS Y RECONOCIMIENTOS NEONATOLÓGICOS COMO ELEMENTOS FUNCIONALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

6.2 Justificación.

El parto pretérmino es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de morbilidad en el recién nacido a corto y largo plazo; es la principal causa de morbilidad neonatal. El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato.

En diversas partes del mundo, los partos pretérmino continúan representando entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos.

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto pretérmino como el nacimiento anterior al cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional (5, 6, 7). El parto pretérmino se ha asociado a múltiple factores, entre ellos



socioeconómicos y culturales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas.

El período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y pronóstico del prematuro; sin embargo todos los aparatos son vulnerables, siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional.

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre los factores maternos relacionados al parto pretérmino y repercusión en el neonato (depresión, asfixia, morbilidad, mortalidad).

Encontramos en el estudio asociación entre algunos factores maternos relacionados al parto pretérmino y repercusión en el neonato.

El 90% de los prematuros serán niños totalmente sanos. Eso sí, en los primeros meses pueden sufrir algunas secuelas:

- ♣ Son frecuentes las cicatrices causadas por las sondas que les pusieron en el hospital durante los primeros días. A medida que la piel del niño madura, entre los dos y los tres años, empezarán a desdibujarse.
- ♣ En ocasiones, presentan la llamada “cabeza del prematuro” (ligero aplanamiento de los lados y alargamiento de la cara), por el tiempo que han pasado sobre un colchón en lugar de en el vientre materno. Esta forma de la cabeza no afecta a su desarrollo y, se redondeará con el tiempo.
- ♣ Durante los dos primeros años, algunos prematuros pueden tener algún problemilla más, aunque la mayoría se corrigen en los primeros cuatro meses:
- ♣ Hipertonía: rigidez causada por un aumento del tono de los músculos extensores, por lo que tienden a mantener las piernas estiradas.



- ♣ Hipotonía: disminución del tono muscular, que muchos prematuros presentan en la musculatura que rodea la boca, en especial si han llevado tubo endotraqueal.
- ♣ Infecciones respiratorias: como el resfriado o la gripe, por un nivel de anticuerpos bajo.

6.3. Fundamentación.

Los bebés prematuros son tan pequeñitos que parecen aún más indefensos que otros recién nacidos. ¿Su desarrollo es igual al de un niño nacido a término? ¿Le quedarán secuelas? ¿Qué cuidados necesita?

Un bebé prematuro es el que nace antes de la semana 37^a de embarazo. Dentro de este grupo hay dos tipos: los nacidos antes de las 32 semanas o grandes prematuros, y los nacidos después, que suelen pasar poco tiempo en la incubadora.



□ ¿Son diferentes?

La única diferencia entre los niños prematuros y los nacidos a término es que, durante sus dos primeros años, su desarrollo puede ser algo distinto. Hay que vigilar su evolución con ayuda del pediatra, como con cualquier recién nacido.

Lo principal para cuidar a estos bebés es tratarlos con normalidad, sin obsesionarse por su prematuridad, pero siendo conscientes de ella para evitar



comparaciones.

Una vez superados los primeros días, los prematuros crecen sin problemas, salvo en casos excepcionales. Incluso los nacidos con un peso muy bajo, por debajo de los 1.500 gramos, llevan una vida normal en más del 85% de los casos.



□ Los primeros días

Todos los prematuros, aunque principalmente los nacidos antes de la semana 32, pueden presentar los primeros días ciertos problemas:

Dificultad para mantener el calor, ya que tienen muy poca grasa corporal.

Problemas respiratorios debidos a la inmadurez de su sistema respiratorio, que pueden dar lugar a crisis de apnea.

Ictericia, coloración amarillenta de la piel y el blanco de los ojos.

Anemia, un número bajo de glóbulos rojos.

La ayuda de los especialistas y la propia fuerza del bebé, cuyo cuerpo sigue madurando dentro de la incubadora, hacen que en muchos casos estos problemas se solucionen. Otras complicaciones, que se pueden dar en los bebés más prematuros, les pueden llevar a la UCI neonatal.



□ ¿Qué necesita el prematuro al llegar a casa?

La salida del bebé del hospital no se relaciona con el peso ganado, sino con su grado de madurez: bebés de 1.800 gramos pueden estar preparados para ir a casa a pesar de su bajo peso. Además, los padres tienen que estar preparados para darle los cuidados necesarios y saber cómo alimentarlo.

Un bebé prematuro necesita un ambiente tranquilo, con luz tenue y sin ruido.

Es posible que cuando llegue a casa no muestre signos claros de cansancio. Probablemente se pase el día entero dormido o llorando (puede pasar de un estado al otro en muy pocos segundos).

También puede tener movimientos bruscos o sobresaltados, que irán desapareciendo cuando madure.

Quizá no lllore cuando tenga hambre (la inmadurez del sistema nervioso hace que no sepa cuándo está hambriento), y puede tardar más tiempo en alimentarse.

Si se le amamanta, probablemente necesite que le ayuden a sujetarse la cabeza y los hombros.

Si se alimenta con biberón, se le puede ofrecer una tetina más blanda, especialmente diseñada para niños prematuros, que reduce el esfuerzo para succionar.



[] La edad corregida

Para calcular la talla del pequeño, hay utilizar la edad corregida, es decir la edad real que el bebé tendría si hubiera nacido en la fecha que le hubiera tocado naturalmente: si el nació con un mes de adelanto, cuando tenga dos meses su edad corregida es de un mes.

Hay que contar el tiempo de esta forma hasta que el niño cumpla dos años, cuando su desarrollo se equiparará al del resto de niños. Sin embargo, muchos prematuros alcanzan la misma talla que el resto de los bebés en las primeras semanas o meses de vida.



¿Su desarrollo es correcto?



- ♣ Las características del recién nacido sonriente. Estas son algunas pautas que indican que todo marcha a la perfección. Cuidado: hay que aplicarlas con la edad corregida del pequeño.
- ♣ A los dos meses sonríe, nos sigue con la mirada, levanta la cabeza y la mueve cuando está boca abajo.
- ♣ A los seis meses el bebé agarra objetos y levanta la cabeza y el tronco con los brazos estirados cuando está boca abajo.
- ♣ A los nueve junta las manos y se pasa objetos de una a otra. Además, se da la vuelta él solito y balbucea.
- ♣ A los doce se levanta, anda cogido a algo y se mantiene de pie sin ayuda durante al menos cinco segundos.

6.4. Objetivo General.

Proponer un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo

6.5. Objetivos específicos.

- Conocer los lineamientos requeridos para la aplicación de un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- Evaluar los requerimientos humanos, tecnológicos y de infraestructura necesarios para la aplicación de un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.



- Aplicar la propuesta enunciada por las autoras para la aplicación de un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.

6.6. Importancia.

La propuesta es asistencial y esta enfocada a conocer la calidad del servicio que se brinda en el área de Neonatología del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo a los prematuros que ingresan en esta área ya que la misma representa un porcentaje muy alto de todos los partos de nuestra población.

Cada año nacen ciento treinta millones de niños en el mundo, de los cuales cuatro millones viven menos de cuatro semanas, sin embargo el 75% de ellos podrían salvarse con medidas sencillas y de bajo costo. De estas muertes, tres millones suceden antes de cumplir la primera semana de vida y durante las primeras 24 horas de vida, es cuando el riesgo de fallecimientos es más elevado es decir, representa entre el 25% y 45% de la muerte prenatal.

La mortalidad neonatal es un indicador de amplio uso, pues revela las condiciones del embarazo y parto de una población, a su vez, esta relacionado con el estado socio-económico, la oportunidad de acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.

En el Ecuador para el 2005, la mortalidad infantil fue de 22.1/1000 nacidos vivos, siendo la mortalidad neonatal la responsable de 56.6% de las muertes; de estas muertes el 41.7% correspondió a los menores de 7 días de vida y el 14.9% a los de 7-27 días de vida. En los últimos años la mortalidad neonatal se ha incrementado significativamente pasando de 9/1000 nacidos vivos en el 2000 a 12.5/1000 nacidos vivos en el 2005, con mayores porcentajes en las áreas urbanas.



Esta propuesta pretende dar a conocer mediante seminarios, el impacto sobre la morbimortalidad perinatal y la connotación socioeconómica que tiene para la familia y la sociedad, un niño prematuro que en sus primeras horas de vida no recibe la atención adecuada, pudiendo evitarse complicaciones o secuelas, cumpliendo con las normas y procedimientos que la OMS tiene implementado a nivel mundial, dando la satisfacción, sobre todo a los padres de tener un niño física y neurológicamente sano, siempre y cuando se brinden las atenciones requeridas por el prematuro con eficiencia, calidad y oportunamente.

Claro está que el compromiso como profesionales de salud es mejorar la calidad del servicio que se brinda en el área de Neonatología del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo a los prematuros

6.7. Ubicación contextual.

Institución: Área de neonatología del Hospital “Martín Icaza”

Ciudad: Babahoyo

Cantón: Babahoyo

Provincia: De los Ríos

País: Ecuador.

6.8. Factibilidad.

La propuesta hace referencia en los aspectos:

- ❖ Existe normativos al respecto en el Hospital Martín Icaza B. de babahoyo adscrito a la Jefatura de Salud de los Ríos y al Ministerio de Salud.



- ❖ Existe programación para la aplicación de un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- ❖ Se mantiene campañas de educación para prestar calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- ❖ Personal Médico y de salud está capacitado para desarrollar competencias en calidad de atención de los nacidos prematuros atendidos en el hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.
- ❖ La tecnología actual responde a los requerimientos de un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros.
- ❖ La normatividad vigente esta en correlación con los requerimientos de un sistema la calidad de atención de los nacidos prematuros.

6.9. Descripción de la Propuesta.

6.9.1. Seminario de capacitación

Contenidos:

Examen fisico inmediato

- Test de Apgar

La neonatología es la rama de la medicina que se centra en el cuidado del neonato, especializada en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del recién nacido. El apunte de Apgar es un método clínico que permite valorar al niño inmediatamente después del parto. Se realiza de rutina al 1° y 5° minuto de vida. Consiste en la valoración de cinco signos clínicos: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color.



- ♣ Escala de Apgar
- ♣ Señal 0 1 2
- ♣ Apariencia Azul, pálido El cuerpo rosado Totalmente rosado
(color) extremidades azules
- ♣ Pulso Ausente Lento (bajo 100) Rápido (sobre 100)
- ♣ Mueca Sin respuesta Mueca Tos, estornuda, llora
(reflejo de irritabilidad)
- ♣ Actividad Laxo Débil, inactivo Fuerte, activo(tono muscular)
- ♣ Respiración Ausente Irregular, lenta Buena, llora
- ♣ Cada señal está promediada en términos de ausencia o presencia de 0 a 2.

Fuente: Adaptado de Apgar, 1953

1. Examen Cardiorrespiratorio

El color del R.N es un importante indicador de la función cardiorrespiratoria del niño. Lo normal es un color rosado generalizado o a menudo una discreta cianosis de manos y pies. El color de las membranas mucosas también es un indicador fidedigno, en especial en los niños de piel oscura. La palidez en el RN puede indicar una posible hemorragia aguda, aunque la hipoxia y la acidosis también pueden manifestarse así.

La frecuencia respiratoria normal es entre 40 y 60 por minuto. Los RN son respiradores periódicos más que regulares, especialmente los prematuros, y pueden presentar pequeñas pausas no mayores de 5-10 segundos. En el RN normal no debe existir quejido espiratorio, ni aleteo nasal. Al llorar, especialmente los más prematuros, pueden tener retracción torácica discreta subdiafragmática y esternal.

La frecuencia cardíaca normal en reposo habitualmente corresponde a 120-160 minutos, pero tiene un rango entre 90-195 por minuto y varía con los cambios de



actividad del RN. Las frecuencias mayores o menores de ese rango mantenidas por más de 15 segundos deben ser evaluadas.

La presión arterial debe controlarse en cualquier RN con patología. Es importante conocer los valores normales, los que pueden variar según el peso y edad del RN. Abdomen: Inmediatamente después del nacimiento es blando y algo escafoides (deprimido), en la medida que el intestino se llena de aire, el abdomen comienza a distenderse. Los órganos abdominales son fácilmente palpables durante este periodo. Un abdomen marcado y persistentemente deprimido sugiere hernia diafragmática. Un abdomen distendido puede sugerir visceromegalia, ascitis u obstrucción intestinal.

- ♣ Apariencia general: El sexo y su desarrollo en relación a la edad gestacional y la presencia de malformaciones mayores o deformaciones deben ser notados. La presencia de asimetría en movimientos puede indicar lesión de plexo braquial o cervical.
- ♣ Antropometría: El peso, la talla y la circunferencia craneana se miden al momento de nacer de acuerdo a técnicas de enfermería estandarizadas.

Estas se evalúan ubicándolas en la curva de crecimiento intrauterina.





Examen físico posterior

□ Introducción

Un segundo examen físico posterior debe practicarse dentro de las primeras 12 horas de vida, en condiciones adecuadas de temperatura, comodidad e iluminación. A continuación se detallan los distintos aspectos a evaluar en el examen:

□ Postura y actividad

El RN de término tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición de reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendidas y las contralaterales en flexión. La postura también está influida por la posición intrauterina por ejemplo luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos flectados sobre el abdomen. El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional.

□ Piel



Color y Textura: Usualmente es de un color rosado y suave con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies, que normalmente desaparece después de varios días. El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de postérmino es mucho más marcada. Si se aprecia ictericia, significa que la bilirrubina está al menos sobre 5mg %. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.



- ♣ Unto sebáceo: Es un material graso, blanquecino que puede cubrir el cuerpo, que es producido por las glándulas sebáceas desde las 20-24 semanas de gestación, disminuyendo a partir de las 36 semanas y desapareciendo a las 41 semanas.
 - ♣ Lanugo: Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.
 - ♣ Mancha mongólica: Manchas de color azul pizarra, con frecuencia grandes, se ubican en el dorso, nalgas o muslos, no tienen significado patológico
- Hemangiomas planos: Son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello.
- Eritema tóxico: máculo papular con base erimatososa que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo y que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en el tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. Tampoco tiene significado patológico.

□ Cabeza

- ♣ Forma y tamaño: Es grande con relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea.
 - ♣ Fontanelas: La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm, un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.
- Suturas: Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis.



- ♣ Bolsa Serosanguínea: Corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de suturas y pueden ser extensos. Debe diferenciarse de los cefalohematoma.

□ Cara

- ♣ Ojos: Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales y esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.
- ♣ Nariz: El RN es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observar "miliun sebáceo" en el dorso de la nariz que corresponden a glándulas sebáceas obstruidas, lo que es un fenómeno normal.
- ♣ Milium Sebáceo: Quiste blanquecino de pequeñas dimensiones, que aparece en la epidermis, producido por la obstrucción de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas ecrinas.
- ♣ Boca: Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas perlas de Ebstein en la línea media, que son pequeñas pápulas blanquecinas (quistes epiteliales). No tiene significado patológico.
- ♣ Oídos: Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del



tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

□ Cuello

- ♣ Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen: bocio, quistes tiroglosos y hematomas del esternocleidomastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asinetismo).

□ Tórax

Observar su forma y simetría. Presenta movimientos respiratorios normales, 30 a 60 por minuto.

- ♣ Clavículas: Se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura, especialmente en los niños GEG.
- ♣ Nódulo mamario: Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.
- ♣ Pulmones: La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología.
- ♣ Corazón: Frecuencias cardíacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El apex está lateral a la línea medioclavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que



persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado.

Abdomen

- ♣ **Forma:** Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a distress respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia.
- ♣ **Ombigo y cordón umbilical:** Debe tener tres vasos: dos arterias y una vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto a quinto día y cae entre el séptimo y décimo día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo). Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes, trisomías, hipotiroidismo, etc. **Ano y recto:** Examinar la ubicación y permeabilidad del ano especialmente si no se ha eliminado un meconio en 48 horas.

Genitales

- ♣ **Masculinos:** En el RN de término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.
- ♣ **Femeninos:** Hacia el término de los labios mayores estos cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede ser protuyente. Durante los primeros días después del nacimiento,



puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contienen sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo a la vagina.

□ Caderas

Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de caderas si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (signo de ortolani).

□ Extremidades

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos.

En ocasiones puede palpase fracturas.

□ Examen Neurológico

♣ Actitud general y tono muscular: Debe evaluarse si la simetría de movimientos, postura y tono muscular son asimétricas, entonces pueden indicar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños de término. También evaluar el llanto.

♣ Reflejos arcaicos: a) Reflejo de Moro: se desencadena en respuesta a un estímulo brusco o a una deflexión brusca de la cabeza; tiene varias fases: primero el RN abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto. b) Prehesión palmar y plantar: al aplicar presión en las palmas y plantas de pies, el RN flexiona sus dedos empuñando la mano o flectando los dedos del pie. c) Búsqueda: el RN vuelve su cabeza hacia el lado que se le aplica un estímulo en mejilla o peribucal, buscando el pezón de la madre. d) Succión: movimiento rítmico y coordinado de lengua y boca al colocar un objeto (chupete-dedo), dentro de ella. e) Marcha automática: al sostener al



RN desde el tronco e inclinando levemente hacia delante, da unos pasos en forma automática.

3. El recién nacido normal

Introducción

Lo propio del período neonatal es la adaptación que exige el paso de la vida intrauterina a la extrauterina. Son múltiples los cambios que afectan al niño en esta etapa. La patología neonatal es, en general, un problema de adaptación en alguno de los sistemas del recién nacido. Eso es lo que hemos visto en gran parte de los capítulos precedentes. El cuidado del recién nacido normal consiste en supervisar esta adaptación y que no se presenten factores que la alteren, de manera de prevenir o de anticiparse a los problemas. El cuidado del recién nacido normal compete fundamentalmente a la madre, por eso es de especial importancia ayudar a la madre a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él y reforzar aspectos educativos en relación a su crecimiento y desarrollo.



El cuidado de todo recién nacido comprende su evaluación al menos en cuatro etapas durante los primeros días de vida: al nacer, durante el periodo de transición



(primeras horas de vida), al cumplir 24 horas y previo a ser dado de alta con su madre del hospital.

♣ Atención inmediata

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación. Se requiere de un lugar apropiado, adyacente o en la misma sala de partos. El recién nacido se enfría con facilidad si no se toman las precauciones correspondientes. Idealmente se debe usar una cuna con calor radiante que permite examinar al niño sin que se enfríe.

Desde el punto de vista médico cabe destacar los siguientes aspectos:

- Anticipación de posibles problemas mediante un conocimiento completo de los antecedentes maternos, del embarazo y del parto.
- Primera evaluación y examen del recién nacido que incluye: a) evaluación de su vitalidad: test de Apgar. b) Descartar malformaciones mayores, especialmente aquellas que son una emergencia vital y que es importante detectar oportunamente como: atresia de coanas, hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal.
- Efectuar una primera evaluación de la edad gestional y de la adecuación del peso a la edad personal.

Según el resultado de esta primera evaluación inmediata se indicará que el recién nacido: quede en el cuidado de transición habitual; en cuidado de transición con



determinada orientación, como sería el solicitar algunos exámenes, como hematocrito y hemoglobina en caso de sangramientos previo al parto; glicemia en un RTN hijo de madre diabética; o bien que se le indique hospitalización.

La atención inmediata requiere de cuidados y procedimientos de enfermería especiales. Los aspectos más importantes son:

- a) recepción de RN en la sala de parto;
- b) aspiración de secreciones;
- c) ligadura y sección del cordón;
- d) secado del niño y cuidado de la termorregulación;
- e) identificación del RN;
- f) antropometría;
- g) paso de sonda nasogástrica;
- h) administración de vitamina K; i) profilaxis ocular;
- j) Muestra de cordón para grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo.

Es responsabilidad compartida de la enfermera y el médico el registro completo de los antecedentes del RN, de la evaluación inmediata, de los procedimientos y exámenes efectuados en este momento.

♣ Cuidado de transición

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en



la adaptación del RN al medio extrauterino. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida es normal una taquicardia de hasta 180/min (primeros 3 minutos), una respiración de 60 a 80/min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia de mucus y secreciones en la boca. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende. Esta primera etapa se ha llamado primer periodo de reactividad. En las horas siguientes, disminuye la frecuencia cardíaca a márgenes de 120-140/min y la respiración a cifras de menos de 60/min (cifras son válidas sin llanto). El niño se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este periodo dura alrededor de 2 a 6 horas, luego hay un segundo periodo de reactividad. El niño está más activo y con muy buena respuesta a los estímulos. Aparecen de nuevo secreciones y mucus en la boca, ocasionalmente puede vomitar. Se escuchan ruidos intestinales. Hay cierta labilidad en la frecuencia cardíaca en respuesta a estímulos exógenos con taquicardia transitoria. * "El paso de meconio" puede producir taquicardia o braquicardia transitoria. La aspiración nasogástrica, generalmente produce braquicardia.

Estos periodos se alternan significativamente cuando la madre ha recibido anestesia, calmantes o tranquilizantes. El cuidado de transición tiene como objeto supervisar y ayudar a que la adaptación se efectúe en la mejor forma, y pesquisar si los signos vitales y clínicos salen del rango normal. Para esto se hacen controles frecuentes, cada $\frac{1}{2}$ a 1 hora, de temperatura, de frecuencia cardíaca, respiración, color, tono y actividad. En los RN de término normales el ideal es que la transición se efectúe junto a la madre. Cuando esto no es posible, el recién nacido debe ser enviado con su madre alrededor de las dos horas de vida, siempre que haya estabilizado su temperatura y que el resto de los controles hayan sido normales.



- ♣ El paso de meconio: Se refiere al paso del material que se acumula en el intestino y constituye las primeras heces del neonato.
- ♣ Emisión de orina y expulsión de meconio: Se debe pesquisar y anotar la emisión de la primera micción y la expulsión de meconio y deposiciones. Algunos de estos eventos ocurrirán cuando el niño está en puerperio. El 92% de los RN emite la primera orina en las primeras 24 horas de vida, un alto porcentaje lo hace en la sala de partos. Todos deben haberlo hecho a las 48 horas de vida. En caso contrario debe sospecharse una anomalía del riñón o vías urinarias. En cuanto a la expulsión de meconio, alrededor del 69% lo hacen en las primeras 12 h de vida; el 94% en las primeras 24 h y el 99,8% en el curso de las 48 h de vida.

♣ Atención del RN en el puerperio

Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en "puerperio". Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que pueden tener una gran repercusión en el desarrollo posterior del niño. Puerperio: Período que sigue al parto, con una duración aproximada de 6 semanas, durante las cuales le remiten los cambios anatómicos y fisiológicos. Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, Pág. 902

4. Características físicas del recién nacido

Un recién nacido promedio, o neonato, mide cerca de 50,8 cms. y pesa alrededor de 3,175 Kgs. En el momento del nacimiento, 95% de los bebés 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 relacionado con factores tales como, raza, sexo, talla de los padres, nutrición y salud de la madre; los varones tienden a ser



un poco mas altos y pesados que las mujeres y es posible que un primogénito pese menos en el momento del nacimiento que los que nazcan después. El tamaño en el momento del nacimiento se halla relacionado con el tamaño durante la infancia.



Durante los primeros días los neonatos pierden el 10% del peso del cuerpo, primordialmente debido a la pérdida de fluidos; cerca del quinto día, empiezan a recuperarlos y, generalmente, lo han logrado totalmente entré el décimo y decimocuarto día. Los bebes livianos pierden menos pesos que los pesados, y los primogénitos menos que los que nacen después.

La cabeza del neonato puede ser alargada y deforme debido al moldeamiento que facilitó su paso por la pelvis de la madre. Este moldeamiento temporal fue posible debido a que los huesos del cráneo del bebé no están fundidos todavía y no estarán totalmente unidos durante 18 meses.

Los recién nacidos son bastantes pálidos, incluso los bebes de raza negra que más tarde serán más oscuros tienen un aspecto rosáceo debido a la delgada piel que escasamente les cubre la sangre que fluye a través de los diminutos capilares. La vernix caseosa (barniz con aspecto de queso), 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, la peluda prenatal, se cae.



Sistemas corporales

Antes del nacimiento, la circulación de la sangre del feto, la respiración, la alimentación, la eliminación y la regulación de la temperatura se cumplen todas a través de su conexión con el cuerpo de la madre. Después del nacimiento, los infantes deben llevar a cabo todas estas funciones por sí mismos; la transición de la vida intrauterina a la vida exterior ejerce mayores demandas sobre los sistemas del cuerpo y son, en casi todos los casos, suficientes para responder a ellas. Los neonatos pasan la mayor parte durmiendo, pero despiertan con hambre cada 2 a 3 horas.

Cuadro comparativo de la vida prenatal y postnatal

♣ Características Vida Prenatal Vida Postnatal

♣ Medio ambiente Fluido amniótico Aire

♣ Temperatura Relativamente constante Fluctúa con la atmósfera

♣ Estimulación Mínima Todos los sentidos se hallan estimulados

♣ Nutrición depende de la sangre de depende de la comida de la madre externa y del funcionamiento del sistema digestivo.

♣ Suministro de oxígeno transmitido del sistema Sanguíneo de la madre Transmitido de los pulmones del neonato a través de la placenta.

♣ Vasos sanguíneos pulmonares.

♣ Eliminación metabólica Transmitido al torrente Descargada a través de sanguíneo de la madre a la piel, los pulmones y través de la placenta. el tracto gastrointestinal.

Sistema circulatorio

Antes del nacimiento, la madre y el bebe tienen sistemas circulatorios independientes y latidos del corazón separados, pero la sangre del feto se depura a través del cordón umbilical, el cual transporta sangre hacia la placenta y desde está. Después del nacimiento, el propio sistema del bebe



debe hacerse cargo de hacer circular la sangre a través del cuerpo; el latido del corazón del neonato es aún acelerado e irregular y la presión sanguínea no se estabiliza sino hasta el décimo día.

Sistema respiratorio

El cordón umbilical trae oxígeno al feto y extrae gas carbónico; el recién nacido necesita mucho más oxígeno y ahora debe obtenerlo por sí mismo. La mayoría de los infantes empiezan a respirar tan pronto como emergen al aire; por tanto, un bebe que no empieza a respirar dos minutos después del nacimiento, está en problemas, si la respiración no ha empezado más o menos a los cinco minutos después del nacimiento, puede haber algún grado de daño cerebral debido a la anoxia o falta de oxígeno. Los infantes tienen solamente un décimo de número de sacos de aire que tiene el adulto y, por tanto, son más vulnerables a los problemas respiratorios.

Sistema gastrointestinal

En el útero, el feto depende del cordón umbilical que le proporciona comida proveniente de la madre y lleva los residuos del cuerpo. Después del nacimiento el infante tiene un fuerte reflejo succionador para ingerir la leche así como las secreciones gastrointestinales para digerirla. El meconio (material de desecho viscoso de color verde negruzco que se forma en el tracto intestinal del feto) se excreta aproximadamente durante los primeros dos días del nacimiento. Cuando el intestino y la vejiga del neonato están llenos, los músculos del esfínter se abren automáticamente, pero pasarán muchos meses antes que el bebe pueda controlar esos músculos.

Tres o cuatro días después del nacimiento, especialmente aquellos que nacieron prematuramente, desarrollan "ictericia fisiológica", con la cual la piel y el globo ocular se ven amarillos. La inmadurez del hígado causa esta clase de ictericia que normalmente no es seria, no tiene efectos a largo plazo y



generalmente se trata colocando al bebe bajo luces fluorescentes. Ictericia fisiológica: Coloración amarillenta de la piel en los lactantes recién nacidos que se debe a la destrucción del excesivo número de hematíes que pueden estar presentes al nacimiento.

□ El cerebro y las conductas reflejas

¿Qué hace que un recién nacido responda al contacto con un pezón? ¿qué le dice que empiece los movimientos de succión que le permiten controlar la propia ingestión de alimento?

Estas son funciones del sistema nervioso el cual consta del cerebro, la médula espinal (un manojo de nervios que se aloja en la espina dorsal) y una creciente red de nervios que eventualmente alcanza todas las partes del cuerpo. A través de esta red, los mensajes sensoriales viajan al cerebro, y las órdenes motrices viajan en sentido inverso. Este sistema complejo de comunicación gobierna lo que un bebe, o un adulto, puede hacer tanto física como mentalmente. Debido a que el cerebro controla la conducta humana, su crecimiento normal antes y después del nacimiento es fundamental para el desarrollo.

♣ Crecimiento del cerebro

El cerebro humano crece más rápidamente durante la gestación y la vida primera postnatal. Los neurobiólogos del desarrollo estiman que el feto humano en desarrollo forma 250000 células cerebrales por minuto a través de la división celular (mitosis) y la gran mayoría de los cien mil millones de células que se hallan en un cerebro maduro ya están formadas en el momento del nacimiento. Un breve y extraordinario esfuerzo en el cerebro tiene lugar justamente antes del nacimiento y un poco después de él. Las células recién formadas se clasifican a sí mismas por función, moviéndose hacia sus posiciones adecuadas ya sea en la corteza cerebral, la capa superior del cerebro o en los niveles subcorticales (debajo de la corteza). En el recién



nacido, las estructuras subcorticales que regulan el funcionamiento biológico básico (como la respiración y la digestión) son las más completamente desarrolladas; las células en la corteza, que es responsable del pensamiento y de la solución de problemas, todavía no están bien conectadas. Las conexiones entre las células de la corteza aumentan astronómicamente a medida que el niño madura, permitiendo un funcionamiento intelectual de nivel motor más alto y más flexible.

□ Los reflejos de un recién nacido

Cuando los bebés (o los adultos) parpadean ante una luz brillante, están actuando involuntariamente; tales respuestas automáticas a estímulos externos se llaman conductas reflejas.

Los seres humanos tienen una gama de reflejos, muchos de los cuales están presentes antes, durante o ligeramente después del nacimiento. Algunos de ellos estimulan la supervivencia u ofrecen protección. En el curso normal del desarrollo neurológico, los reflejos primitivos desaparecen durante el primer año de vida, más o menos: por ejemplo, el reflejo de Moro o de sobresalto, desaparece a los dos o tres meses y el de hociquear el pezón aproximadamente a los nueve meses. Reflejos protectores tales como el parpadeo, el bostezo, la tos, la provocación de náusea, el estornudo y el reflejo de la pupila, no desaparecen. Debido a que la subcorteza controla los reflejos primitivos, su desaparición es un signo del desarrollo de la corteza y el cambio al control voluntario de la conducta; ya que hay un momento preestablecido para que éstos reflejos desaparezcan, su ausencia o presencia en los primeros meses de vida es una guía para evaluar el desarrollo neurológico. Una de las primeras cosas que hace un médico cuando nace un bebé es poner a prueba los reflejos normales



BIBLIOGRAFIA

- ♣ **AVERY G.** 1996. Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. 3ra. ed. Médica Panamericana Buenos Aires.
- ♣ **ALTHABE F, CARROLI G, LEDE R, BELIZÁN JM, ALTHABE OH.** 2003. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Panam Salud Pública. México.
- ♣ **BOTERO J, JUBIZ A.** 2000. Obstetricia y Ginecología. 6ta. Ed. Carvajal. Bogotá.
- ♣ **CERIANI CERNADAS JM.** 1999. Neonatología Práctica. 3era ed. Edit. Médica Panamericana. Madrid.
- ♣ **DICCIONARIO MOSBY DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD,** Pág. 721
- ♣ **FANEITE P, GÓMEZ R, GUNINAD M.** et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev. Obstet Ginecol Venez. [Online]. Mar. 2006; 66 (1) [acceso: 15 Octubre 2008], p. 1- 6. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100001&lng=es&nrm=iso ISSN 0048-773
- ♣ **FLORES HENRÍQUEZ G.** Parto prematuro: causas, consecuencias y prevención. [Internet]. [Acceso noviembre 2006]. Disponible en: <http://prematuros.cl/webseptiembre06/partoprematuro/partoprematuro.htm>
- ♣ **GONZÁLES A, BRITO V.** El embarazo en adolescentes. Un problema de alto riesgo obstétrico. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997; Vol. 37: 13-17.
- ♣ **LUDMIR A.** Ginecología y Obstetricia: 1996. prevención, detección, tratamiento. Concytec. Lima.
- ♣ **LOFFITA A.**2005. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer en el Hospital América Arias de La Habana. Cuba 2000. Rev. Chilena Obstet Ginecol. Santiago.
- ♣ **MINISTERIO DE SALUD DE CHILE.**2005. Guía Clínica. Prevención del parto prematuro. ed. Santiago. Santiago.
- ♣ **MIRANDA DEL OLMO H, CANDIEL MARMOLEJO LE, REYNOSO E, PAULINO OSLOS L, ACOSTA GÓMEZ Y.**2003. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex [online]; 66 (1) [acceso 26 noviembre 2008]p. 22-28. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/e-hg2003/e-hg03-1/em-hg031d.htm>



- ♣ **OLIVEROS DONOHUE M.** 1998. Medicina Fetal y del Recién Nacido. Tomo 2. Concytec. Lima.
- ♣ **PUJOL N, PRATS A.** 1996. Manual de Neonatología. Mosby/Doymas Madrid.
- ♣ **TÓRTORA G, GRABOWSKY S.** 1996. Principios de Anatomía y Fisiología. Mosby/Doymas. Madrid.
- ♣ **ÚBEDA MIRANDA JA.** Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal severa en el servicio de labor y parto del HBCR. Período enero 2000 a diciembre año 2001. [Monografía en Internet]. Nicaragua. [Acceso 25 noviembre 2007]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Factores%20de%20Riesgos%20asociados%20a%20asfixia.pdf
- ♣ **VILLAMONTE W, LAM N, OJEDA E.** 2001. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. Ginecol Obstet (Perú).



ANEXOS



Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Y EDUCACIÓN CONTINUA



Anexo 1

TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

FICHA DE ENCUESTA

Tipo: Documental

Familiar ()

Nivel: Descriptivo

Modalidad: Participativa

Objetivo: Determinar si la calidad de atención de los prematuros inciden en la morbimortalidad y calidad de vida en pacientes atendidos en el hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

Distinguido señor (a)

De la manera más comedida le estoy solicitando su anuencia para que conteste las preguntas formuladas en la presente encuesta. Aclaro que esto no los compromete en nada que no sea investigación.

- a. ¿Está satisfecho con el servicio brindado en la atención de su hijo en el Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo? Sí () No ()
- b. ¿Conoce usted cuantas semanas dura un embarazo normal. Sí () No () .
- c. ¿Usted conoce si el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo cuenta con un área de neonatología equipada? Sí () No ()
- d. ¿Conoce usted como atender al niño prematuro? Sí () No ()
- e. ¿Conoce usted cual es la diferencia entre un pediatra general y un pediatra neonatólogo?
- f. ¿Cómo califica usted la calidad de atención recibida por el personal de enfermería del Hospital Martín Icaza de Babahoyo? SÍ () No ()
- g. ¿Conoce usted los riesgos de un niño prematuro? Si () No ()

Muchas gracias por su colaboración



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Y EDUCACIÓN CONTINUA



Anexo 2

TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

Objetivo: Determinar si la calidad de atención de los prematuros inciden en la morbilidad y calidad de vida en pacientes atendidos en el hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

FICHA DE ENTREVISTA

Tipo: Estandarizada

Directivos ()

Nivel: Descriptivo

Personal ()

Otros ()

Distinguido señor (a)

De la manera más comedida le estoy solicitando su anuencia para que conteste las preguntas formuladas en la presente encuesta. Aclaremos que esto no los compromete en nada que no sea investigación.

Datos Informativos:

Lugar: Hospital Martín Icaza Caso No:.....

Entrevistado:

Entrevistador: Fecha:

Otros Datos necesarios:

Distinguido señor

De la manera más comedida le solicitamos su anuencia para que contesten las preguntas formuladas para esta entrevista. Aclaremos, que esto no los compromete en nada que no sea investigación.

Gracias por participar.

PREGUNTAS	CONTENIDOS
1. ¿Qué importancia le brinda la institución a la calidad de atención que se da a los prematuros?
2. ¿Con qué frecuencia se realizan	



programas de capacitación y actualización sobre atención a prematuros al personal de la institución? ¿El Hospital Martín Icaza cuenta con Programas de Capacitación Permanente para el personal?
3. Cuándo se desarrollan actividades educativas al paciente se cuenta con la participación del mismo?
4. ¿El área de neonatología promueve la educación continua al paciente sobre el manejo de atención a prematuros?
5. ¿Cómo definiría usted la buena calidad de atención a los prematuros del Hospital Martín Icaza de Babahoyo?
6. ¿Las competencias desarrolladas en la Dirección Provincial de Salud por los directivos están a favor de disminuir el índice de prematuridad?
7. ¿La capacitación del profesional de la salud sería un incentivo para mejorar la calidad de atención de los prematuros?
8. ¿El Hospital cuenta con grupos que desarrollan actividad encaminadas a disminuir la morbimortalidad neonatal?
9. ¿De que manera usted incentivaría a los directivos a la conformación de grupos de trabajo y control para la disminución de la la Morbimortalidad neonatal.
10. ¿ se brinda apoyo por parte de los directivos de la institución para llevar a cabo los programas a favor de la disminución de la morbimortalidad neonatal?

Su participación a sido muy interesante, le agradezco sinceramente



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Y EDUCACIÓN CONTINUA



Anexo 3

FICHA DE OBSERVACIÓN

Tipo: Documental

Nivel: Descriptivo

TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS NACIDOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

Objetivo: Determinar si la calidad de atención de los prematuros inciden en la morbilidad y calidad de vida en pacientes atendidos en el hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

Distinguido señor (a)

De la manera más comedida le estoy solicitando su anuencia para que nos facilite la observación documentaria que este inmersa en nuestro proceso investigativo.

1.- Nombre del Documento:

2.- Contexto del documento:

3.- Descripción del contenido del documento:

1. Equipamiento del área de Neonatología	
2. Destrezas en el manejo del Neonato prematuro por el personal	
3. Programas de Capacitación para el manejo de los prematuros.	
5. Aplicación de normas y procedimientos para el manejo del prematuro.	

4. Análisis del documento:

.....
.....
.....

Nombre del Investigador..... Fecha.....



Operacionalización de las variables

Categoría	Variable	Indicador	Subindicador
Calidad de atención	Independiente: VIG. Calidad de atención a los nacidos prematuramente en el hospital Provincial Martín Icaza	Satisfacción	Conformidad del usuario
Prematuros		Neonatos antes del ciclo de gestación a término	Periodo menor a 37 semanas de gestación
Hospital Provincial Martín Icaza.		Institución de prestación de servicios de salud	Servicio de neonatología.
Tipos de prematuros	VII: Tipos de recién nacidos prematuros y como se los clasifica clínicamente a los pacientes atendidos en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo.	Clasificación	Esponáneos Indicación Medica Iatrogénicos
Clasificación clínica		Según Cronología.	Prematuros extremos Moderados Leves
Pacientes		Usuarios de servicio de salud	Nacidos prematuros con riesgo de morbimortalidad
Hospital Provincial Martín Icaza.		Institución de prestación de servicios de salud	Servicio de neonatología
Atención a los nacidos prematuros.	VI2. Manera como se está atendiendo a los nacidos prematuros en pacientes del Hospital Provincial de Babahoyo	Servicio de salud especializado	Profesionales neonatólogos
Pacientes		Usuarios de servicio de salud	Nacidos prematuros con riesgo de morbimortalidad
Hospital Provincial Martín Icaza		Institución de prestación de servicio de salud	Servicio de Neonatología
Capacitación	VI3. Propuesta de capacitación Recurso humano de esta	Entrenamiento especializado	Capacitadores Usuarios
		Personal de una organización	Personal de área



<p>Recurso humanos</p> <p>Tecnología área de Neonatología H.M.I. Unidad médica</p>	<p>unidad médica e implementación de recursos tecnológicos para el área de neonatología del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo</p>	<p>Área de prestación de servicios de salud</p>	<p>Equipamiento moderno de salud Creación de área especializada</p>
<p>Morbimortalidad</p> <p>Calidad de Atención prestada</p> <p>Perfil Profesional atención al usuario</p>	<p>Dependientes: VDG. Riesgos de la morbilidad</p> <p>VD1. Atención a los usuarios</p> <p>VD2. Calidad de atención.</p> <p>VD3. Perfil profesional de atención al usuario.</p>	<p>Datos estadísticos del H.M.I. de la morbilidad de niños prematuros</p> <p>Servicios Brindado</p> <p>Atención Eficiente</p> <p>Idoneidad</p> <p>Calidad</p>	<p>Índice de morbilidad</p> <p>Conformidad del Servicio</p> <p>Servicios Profesional.</p> <p>Especialidad Eficacia</p> <p>Servicio Prestado al paciente</p>