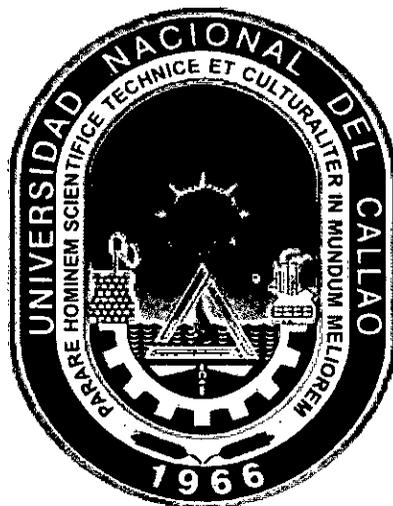


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN INMEDIATA  
DEL RECIÉN NACIDO NORMAL AÑO 2014 AL 2016 CENTRO DE  
SALUD QUIQUIJANA QUISPICANCHI CUSCO**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,  
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA  
INFANCIA**

**MARIA LUISA VILLAFUERTE GARRAFA**

**Callao, 2018  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES                      PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES                      SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA                      VOCAL

### ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 223

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 925-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1 Descripción de la Situación Problemática	2
1.2 Objetivo	3
1.3 Justificación	3
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	18
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>21</b>
3.1 Recolección de Datos	21
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>31</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>32</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>33</b>

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

La situación de la mortalidad neonatal en el mundo se estima que de los 130 millones de niños nacidos cada año en el mundo, cerca de 4 millones mueren en las primeras 4 semanas de vida (periodo neonatal) y cerca de las tres cuartas partes de estas muertes ocurren en la primera semana después del nacimiento; otros 4 millones nacen muertos (fallecen en el útero en los últimos 3 meses del embarazo). En la región de Las Américas, ocurren anualmente casi 200 mil muertes de recién nacidos por causas prevenibles. (1)

La salud materno infantil ha sido prioridad de la salud Pública Mundial y nacional habiéndose logrado avances muy importantes expresados en las tasas de mortalidad infantil que a nivel nacional era en el año 1990 de 55/1000 nacidos vivos y que en la actualidad es de 20/1000 nacidos vivos.(1)

En el Perú, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, la reducción de la mortalidad infantil se ha dado principalmente a expensas de la mortalidad post-neonatal. A nivel país, el 62% de la muerte infantil corresponde a las niñas y niños menores de 28 días de vida, cifra que esconde grandes inequidades entre los niveles regionales y locales. Según la ENDES (2004 – 2006) la probabilidad de morir de un neonato es mayor en el quintil pobre que en el quintil rico (2)

En el Perú, la cobertura del parto institucionalizado ha aumentado, y en consecuencia la atención profesional del recién nacido. Sin embargo, el riesgo de muerte neonatal continua siendo alta entre los más pobres.

Para evitar estas muertes neonatales es necesario mejorar la calidad de la atención obstétrica, la atención inmediata del recién nacido y en

general la salud de la madre, intervenciones como el seguro integral de salud (SIS),

La instalación de las casas de espera, la atención del parto vertical y la incorporación de otros aspectos culturales para la atención del embarazo, parto y puerperio, han contribuido a aumentar la atención de la madre y el recién nacido por personal calificado (3)

## **1.2. Objetivo**

Describir la experiencia de la enfermera en la atención inmediata del recién nacido normal año 2014 al 2016 Centro de salud Quiquijana, Quispicanchi Cusco.

## **1.3. Justificación**

La niñez es una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano y su influencia se extiende durante la vida adulta. Garantizar a las niñas y niños el mejor comienzo de vida posible es la manera de asegurar el desarrollo y progreso de las naciones.

En ese sentido, la convención de los Derechos del Niño, como marco normativo de referencia internacional para el desarrollo de políticas públicas a favor de la infancia establece diversos acuerdos que expresan la convicción plena del interés superior del niño y el aseguramiento de la protección y cuidados necesarios para su bienestar.

En el Perú, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe la reducción de la mortalidad infantil se ha dado principalmente a expensas de la mortalidad post-neonatal. A nivel país, el 62% de la muerte Infantil corresponde a las niñas y niños menores de 28 días de vida, cifra que esconde grandes inequidades entre los niveles regionales y locales. Según la ENDES (2004 – 2006) la probabilidad de morir de un neonato es mayor en el quintil pobre que en el quintil rico. (-3)

Se requiere prestar mayor atención a la morbilidad neonatal, no solo por lo que representa en lo inmediato, sino por las discapacidades físicas y neurológicas que puede generar en el mediano y largo plazo.

El presente informe de acuerdo a la teoría indicado anteriormente, tiene el interés de poder, resaltar la necesidad de una adecuada atención con calidad, calidez que merece un ser vivo, más aun teniendo en cuenta que el recién nacido atraviesa por un periodo de transición y adaptación al medio extra uterino siendo vital las primeras 2 horas de vida, en la cual el equipo de salud, sobre todo la enfermera, está pendiente de la adaptación al medio ambiente, la identificación de signos de alarma. Pero cabe resaltar que un recién nacido deprimido requiere una atención inmediata, especializada y de emergencia dentro de los 4 a 10 primeros minutos, los mismos que nos permitirán evitar secuelas irreversibles para el futuro del recién nacido.

Por diferentes razones, no se tiene un cabal conocimiento y entendimiento de la situación de salud neonatal. No hay suficientes datos que permitan cuantificar la magnitud del problema, conocer la calidad de la atención que se está brindando a los recién nacidos, la capacidad resolutoria de los establecimientos donde estos niños son atendidos (3((4) Se estima que el sub registro de muertes perinatales alcanza de 40 a 60% en países con alta mortalidad.

Todas estas observaciones nos permitirán mejorar la atención del RN por parte del equipo de salud viendo desde un aspecto biosico social y espiritual; porque con una atención basada en principios científicos con calidad y calidez queremos disminuir el porcentaje de muertes perinatales.

La intervención incluye la evaluación del riesgo, antes del nacimiento, atención inmediata individualizada, estabilización y atención de emergencia, internamiento del neonato que requieren monitoreo,

continuo, cuidados médicos y de enfermería especializada y seguimiento post alta con controles por consulta externa 1.(Norma técnica de salud para la atención integral de la salud neonatal).

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Luego de realizar la revisión de Antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

SANCHEZLUNA M. COL. (2009). "Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento". España. El objetivo de estas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida posnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia medica actuales y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del RN. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed (MeSH) de las palabras clave: Recién nacido a término; Recién nacido; Oftalmia neonatal; Enfermedad hemorrágica del recién nacido; Ictericia neonatal; Cribado neonatal; Diagnostico precoz. Se han revisado los conceptos de RN sano, cuidados en el momento inmediato al nacimiento, prácticas en el paritorio, profilaxis de la oftalmia neonatal y de la enfermedad hemorrágica por defecto de la vitamina K, cuidados del cordón umbilical, cuidado neonatal y alta hospitalaria. Se han actualizado los estándares en el cuidado y en la atención del RN en el parto y las primeras horas de vida, se han hecho recomendaciones basadas en la evidencia médica y en la opinión del Comité de estándares de la Sociedad Española de Neonatología. 2009 Asociación Española de Pediatría.

CHAPARRO CM, col. (2009). "Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido en el parto y en las primeras horas después del nacimiento". España. Concluyeron El nacimiento es un hermoso milagro y también el momento más arriesgado en la vida de todo ser humano, es la

hora de oro y la más crítica, ninguna otra hora de su vida estará cargada de tan drásticos cambios y grandes peligros. En pocos minutos el organismo debe adaptarse a cambios fisiológicos radicales: de un medio líquido, oscuro, silencioso, cálido y sometido a presión, teniendo a la placenta como órgano de intercambio gaseoso, pasar bruscamente a un medio aéreo, iluminado, ruidoso, frío y abierto, perder la placenta y pasar a depender exclusivamente de sus pulmones como órganos de intercambio gaseoso. A nivel de las cavidades del corazón y los grandes vasos las presiones y las corrientes de la circulación sanguínea se modifican diametralmente, hay cierre funcional del ductos arterioso y del venoso, separación fisiológica de las aurículas, cambio del ventrículo predominante e inicio del sistema de bomba en serie. El 90% de los recién nacidos (RN) cumple esta transición de manera normal sin necesidad de asistencia médica y los miembros del equipo de salud solo observan para detectar anomalías y prevenir complicaciones. Pero el 10% de ellos requiere algún tipo de ayuda, y el 1% necesita de maniobras de reanimación. Si bien es una minoría porcentual, suman un importante número de casos absolutos, cuyo futuro está en juego según que el personal de salud presente esté adecuadamente entrenado y atención inmediata del recién nacido de término sano debidamente equipado para ayudarlo, pudiendo por tanto fallecer o sobrevivir con secuelas persistentes a lo largo de toda la vida. (5

VELASQUEZ J. Col (2012). "Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú". PERU. CONCLUYERON: En el 2011 ocurrieron 92,7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos; la mayoría de muertes fueron en mujeres de 30 o más años, en el tercer trimestre de embarazo y en las 24 h del puerperio <sup>(2)</sup>. Vinculado a la mortalidad materna, la mortalidad de los recién nacidos en el área rural (22 por mil nacidos vivos) es alta en comparación con sus pares urbanos (14 por mil nacidos vivos) <sup>(3)</sup>. Así

mismo, aproximadamente uno de cada cinco niños menores de cinco años (18,1%) presenta desnutrición crónica, prevalencia que es mayor en zonas rurales (31,9%) donde se instala antes de los 24 meses de edad, por la elevada carga de morbilidad de infecciones agudas.(6)

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL R.M.No.828-2013/MINSA. (2013). "Consideraciones Generales de la Atención Neonatal". El principio de anticipación en la atención neonatal debe ser aplicado por los profesionales responsables de la misma, en todos los establecimientos de salud debido a que un neonato con complicaciones se puede presentar en cualquier momento, por lo que se requiere contar con los recursos necesario para asegurar la atención de emergencia la estabilización del neonato y posteriormente decidir la referencia al nivel correspondiente.

Las áreas de atención neonatal son áreas de alto riesgo para infecciones nosocomiales por lo que es necesario tener en consideración el cumplimiento estricto de las medidas y políticas de prevención de infecciones intrahospitalarias, las que incluyeron: lavado de manos antes y después de cada procedimiento o examen del neonato, medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, medidas de asepsia en los procedimientos invasivos (punciones,etc), utilización de material estéril de un solo uso ( perillas de goma, sondas de aspiración, etc.), limpieza primero y después desinfección de material quirúrgico y médico empleados e los procedimientos diversos en la atención neonatal, limpieza de incubadora y cunas con una frecuencia establecida.(7).

MANUAL DE LECTURA (2007): "Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos". Alrededor del 90% de los bebés tienen una transición de La vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad y requieren muy poca o

ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular. En cambio, un 10% de bebés requieren alguna asistencia y aproximadamente 1% necesita una reanimación más completa para poder sobrevivir. Por esta razón, cada nacimiento debe ser atendido por personal con habilidades en reanimación neonatal. En condiciones de riesgo, pueden necesitarse dos o más personas entrenadas.

Es posible que los mayores problemas ocurran en los embarazos de alto y mediano riesgo, sin embargo también pueden producirse complicaciones en cualquier momento del parto y ocurrir asfixia perinatal; La asfixia perinatales una de las principales causas de muerte y de secuelas neurológicas irreversibles en nuestro país. (8)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **QUE ES LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO**

Conjunto de procedimientos que ayudan al neonato a realizar en forma adecuada la transición de la vida fetal a la neonatal

### **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Son los cuidados y acciones que el personal de salud que atiende al recién nacido debe conocer y realizar para brindar una atención neonatal óptima en el momento del parto, sea este en el domicilio o en un establecimiento de salud.

La atención neonatal, se divide en inmediata y mediata, siendo que la atención inmediata es aquella que se realiza en el momento del nacimiento por medio de procedimientos que buscarán la adaptación del bebé al medio nuevo al que es presentado. La atención mediata es la encargada de continuar con la adaptación y el fortalecimiento del vínculo madre e hijo dando pie a que la madre sea orientada en la forma en la

que deberá dar completos cuidados al Neonato como son: el baño, alimentación, comienzo de la inmunización entre otros.

## **RECIÉN NACIDO O NEONATO**

Es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias poco importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pre término, a término o pos término.

### **POSTURA DE DESCANSO:**

Podemos decir, que al momento del nacimiento el RN presenta las extremidades flexionadas y algo hipertónicas, debido a parte a la posición intrauterina en donde predomina el tono flexor. Como así también las asimetrías del cráneo, la cara, la mandíbula o de las extremidades pueden deberse a posición intrauterina. (.....)

## **CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO**

**Piel:** La piel al nacimiento es generalmente es rozada o rubicunda y a veces, moteada. La cianosis localizada en las manos y pies (acrocianosis) es normal y persiste durante los primeros días el tejido subcutáneo puede sentirse lleno o ligeramente edematizado. La piel seca, con grietas y descamadas se observa en el recién nacido a pos-terminó o con insuficiencia placentaria. La temperatura de la piel es de 36 a 37° C. podemos encontrar distintas formas de presentación:

- **Lanugo:** crecimiento de cabello fino y lanoso que puede presentarse en los hombros y en la espalda.

- **Vernix caseosa:** sustancia blanquecina o del color de la arcilla, grasosa como el queso, que puede cubrir todo el cuerpo, pero que por lo general se localiza en la espalda, cuero cabelludo y los pliegues.
- **Milia de la cara:** glándulas sebáceas distendidas que producen pápulas blanquecinas diminutas. Es muy prominente sobre la nariz, la barbilla y los carrillos.
- **Manchas mongólicas:** manchas de pigmentación azul localizadas en la parte dorsal baja, región glútea o las superficies extensoras, en especial en los niños de piel oscuras.
- **Hemangiomas capilares:** frecuentes en los párpados, la frente y el cuello..

**CABEZA:** Podemos mencionar, que al nacimiento la cabeza del RN es grande en relación con el cuerpo. La circunferencia craneana es aproximadamente 34cm (32,5 y 36,5cm)

**CARA:** Podemos encontrar, los órganos de los cinco sentidos, que ayudan a la supervivencia del RN en el mundo extrauterino. Describimos en qué consiste cada uno y como se encuentran al momento del nacimiento:

- **Ojos:** el color es apizzato y pueden tener lágrimas o no. La mayoría de los niños de término no miran hacia una fuente de luz y transitoriamente fijan la mirada en una cara humana. Una fuente luminosa importante les hace cerrar los ojos.
- **Boca:** los pequeños quistes de retención, a perlados y situados en los márgenes de las encías y en las línea media del velo del paladar, son frecuentes y carecen de importancia. Se examina el paladar duro y el blando utilizando el dedo y una luz con buena visualización directa para descartar el paladar hendido.
- **Nariz:** el recién nacido respira preferentemente por la nariz. Ambas fosas nasales deben estar permeables.

- **Oídos:** las malformaciones severas de los pabellones auriculares se pueden asociar con anomalías genitourinarias. Los recién nacidos normales responden a los sonidos con un sobresalto pestañeando, moviendo la cabeza o con llanto.

**CUELLO:** Se inspecciona, al RN en cuanto a los pliegues cutáneos del cuello en busca de membrana o aberturas fistulosas asociadas con quistes branquiales o del conducto tirogloso. Asimismo, se examinarán ambos músculos esternocleidomastoideos para descartar lesiones. Se debe palpar la glándula tiroides para descartar bocio u otro tipo de tumores y ambas clavículas para descartar probables fracturas.

**TÓRAX:** Por otra parte se examinará al RN, en cuanto a la musculatura, su estructura ósea y la localización de los pezones. Para detectar anomalías y un conocimiento correcto de cada órgano.

- **Aparato respiratorio:** la respiración es abdominal y puede ser superficial e irregular. La frecuencia respiratoria generalmente oscila entre 30 y 60 por minuto. La auscultación verifica la entrada de aire simétrica en ambos hemitorax. Los ruidos respiratorios son bronquiales y ásperos.
- **Aparato cardiovascular:** se deben registrar la frecuencia cardíaca y la calidad de los ruidos cardíacos. La FC promedio es 130 por minuto..

**ABDOMEN:** Podemos decir, que al nacimiento, el abdomen en general es plano pero pronto se hace prominente. Un abdomen marcadamente escafoides (o excavado) hace pensar en hernia diafragmática (pasaje de vísceras hacia el tórax a través del diafragma). En el cordón umbilical se encuentran dos arterias y una vena. El hígado es palpable y el bazo lo es en un 10% de los recién nacido. Ambos riñones pueden y deben ser palpables. Los ruidos intestinales se logran auscultar poco después del nacimiento.

**CORDÓN UMBILICAL:** es un tejido único, que contiene dos arterias y una vena, cubierta por tejido conectivo llamado GELATINA DE WHARTON y una fina membrana mucosa. Su función es primordial intrauterina, ya que es esencial para el transporte de O<sub>2</sub> y nutrientes al feto, para la remoción de los productos de desechos.

### **GENITALES:**

**Femenino:** los labios menores y el clítoris están cubiertos por los labios mayores en las nacidas de término. La mayoría de las niñas presentan un flujo vaginal mucoso durante la primera semana de vida, que en ocasiones se torna sanguinolento y se debe a deprivación hormonal.

**Masculino:** en los nacidos de término, los testículos están en el escroto. El prepucio está adherido al glande del pene y en su extremo se pueden observar perlas epiteliales blancas de 1 a 2 mm de diámetro. Es importante observar las características del chorro miccional y comprobar que el meato uretral está localizado en el extremo distal del pene.

**ANO:** Mencionamos la verificación de la permeabilidad se realiza por inspección. Donde podemos encontrar, el desplazamiento anterior o posterior del orificio anal puede estar acompañado de estenosis y ser causa de constipación en edades posteriores

**CADERA:** Podemos indagar sobre la luxación de cadera si su abducción está limitada (unilateral o bilateralmente) o si es inestable. Se comprueba de la siguiente manera:

1. El recién nacido tiene que estar tranquilo sin llorar.
2. Se colocan los dedos medios sobre los trocánteres mayores y los pulgares sobre los trocánteres menores y se ejecuta la abducción de la cadera haciendo presión sobre los trocánteres mayores. Si se percibe un chasquido durante la abducción (momento en que la cabeza del fémur penetra en el acetábulo), signo de Ortolani no es

infrecuente la presencia de un leve “clic” durante las primeras 24 horas de vida, y un después en las presentaciones pelvianas.

3. Se fija la pelvis con una mano, con la cadera en abducción, y se aplica presión con el pulgar en la parte interna del muslo. Se trata de percibir un chasquido en el momento en el que la cabeza del fémur se desliza sobre el rodete acetabular.
4. Se intenta traccionar el fémur hacia delante (fémur en acetábulo y empujar hacia atrás (fémur se desliza fuera del acetábulo). Si se produce deslizamiento, la cadera es inestable.

**MANOS Y PIES:** En la observación al recién nacido se debe descartar la presencia de dermatoglifos anormales pueden estar asociados con enfermedades genéticas.

También el tamaño y la forma de los dedos de la mano, pueden ser cortos: braquidactilia; largos: aracnodactilia; contractura en flexión que afecta las articulaciones interfalángicas proximales: campodactilia; el encorvamiento de un dedo, con más frecuencia el 5º: sindáctila, función de los dígitos.

**SISTEMA NERVIOSO:** Finalmente, el punto más importante ya que nos informa el desarrollo neurológico, y este depende de la edad gestacional. En las primeras horas de vida el examen tiene como objetivo evaluar la calidad de tono muscular y la actividad del recién nacido, observar la presencia y simetría de los reflejos arcaicos de Moro, tónico cervical asimétrico, presión plantar y palmar, etc. Y descartar distintos grados de parécias y parálisis. Como parte

De la evaluación del sistema nervioso se incluyen la evaluación de la integridad de la columna vertebral y la observación de la parte inferior,

## **RECURSOS FÍSICOS PARA RECEPCION DEL RECIEN NACIDO SANO**

Podemos mencionar, que es el lugar donde se realiza el examen físico a los recién nacidos, es el sector recepción. Se entiende el mismo por conjunto de normas, acciones, procedimientos y técnicas aplicables eficazmente, con el objeto de valorar, atender y evaluar al recién nacido (RN), siguiendo un ordenamiento acorde con sus necesidades vitales y en un tiempo determinado.

Ubicados en el sector evaluamos la planta física. El cual debe estar dentro de la sala de partos, entendiendo esta área, como un complejo que incluye Boxes de partos, quirófano, sector de recepción y demás dependencias de la sala de partos.

#### **PLANTA FÍSICA, DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES:**

- Fácil acceso a través de una puerta vaivén (para empujarla con el cuerpo cuando se traslada al recién nacido).
- Mesa de trabajo de acero inoxidable cubierta con colchoneta lavable y con fuente de calor situada a unos 70 centímetros por encima de la mesada.
- Pisos de granito o similar con rejillas.
- Paredes azulejadas hasta el techo o de característica similar adecuadas para la limpieza por arrastre.
- Pileta con agua fría y caliente, con canillas accionadas al codo.

Mesa de iguales características que la mesa de trabajo para la colocación de la balanza y el pediómetro con fuente de calor radiante cubriendo todo el espacio también situada a 70 cm de la misma.

- Calefacción central (T° dentro de la sala 30°)
- Fuente central de oxígeno y aire comprimido como así también aspiración.

## **CONDICIONES AMBIENTALES:**

Por otra parte, deben lograrse teniendo en cuenta aspectos como: fácil acceso y circulación, fuera y dentro del sector, y suficiente superficie para asegurar la recepción simultánea de más de un recién nacido. La temperatura debe mantenerse siempre por encima de los 30°. Sobre la mesada de trabajo es necesario una temperatura de 35 a 36.

## **ETAPA INICIAL DE LA RECEPCIÓN**

En sala de dilatantes:

- Brindar apoyo emocional a la madre.
- Detectar tempranamente cualquier signo de alarma.
- Recabar información correcta sobre la salud del feto, o sobre alguna malformación congénita.
- Establecer adecuada información con el servicio de obstetricia.
- Tener en cuenta las determinantes sanguíneas, informando resultado en tiempo y forma.
- • Sala de Recepción:
- Permite la interacción afectiva temprana.
- Colaborar en la realización de examen clínico.
- Asegurar el cumplimiento de las medidas para el control de infecciones.
- Confirmar y completar datos de la historia clínica.
- Identificar correctamente y en forma completa al recién nacido.

Recolección de información:

1. Datos maternos. (Edad, gestas, antecedentes médico quirúrgico, grupo sanguíneo, serología, peso y talla)
2. Datos gestacionales. (Fecha de última menstruación, fecha probable de parto, CPN, enfermedades, medicación, tabaquismo, alcoholismo, etc.)

3. Datos de trabajo de parto. (Iniciación, presentación, ruptura prematura de membrana, presencia de sufrimiento fetal, características del líquido amniótico, anestesia.)

#### **ATENCIÓN EN SALA DE RECEPCIÓN:**

- Realizar lavado de manos y antebrazos. (Según técnica)
- Utilizar vestimenta adecuada para ingresar a una aérea quirúrgica. Ambo limpio, botas, barbijo y gorro. (Descartables)
- Completar la vestimenta con la utilización de camisolín y guantes. (Según técnica).
- Colocar la medalla al recién y evaluar el puntaje de apgar al minuto (desde el momento que queda expuesto todo el cuerpo del recién nacido).
- Secar al recién nacido con la compresa estéril para prevenir pérdida de calor por evaporación cubriéndole la cabeza, preceder a tomar la huellas digitales de la madre en la hoja de identificación determinada para tal acción por la Institución.
- Permitir la interacción temprana madre e hijo mientras espera que se corte el cordón, el que se debe seccionar después que deje de latir (prevención de la anemia del recién nacido) y todo el tiempo que sea necesario mientras el estado del RN lo permita.
- Se efectúa el control de peso, se mide al recién nacido (talla y perímetro cefálico, según técnica), se identifica imprimiendo la huella plantar de ambos pies con rodillo y tinta especial en la hoja en la que se imprimió el dedo pulgar de la madre, se colorea el cordón con solución de pervinox (prevenir colonización por *Estafilococo áureas*) se coloca en ampolla de vitamina K ( 1 mg) IM para evitar la hemorragia del recién nacido , administrar 1 gota de nitrato de plata al 1% (método de credé) en el ángulo externo de cada ojo (previniendo la oftalmia gonocócica) es conveniente

mantener el nitrato de plata en frascos oscuros y de tamaño pequeño para evitar su reducción y se debe cambiar cada 24hs para evitar la conjuntivitis química.( según técnica)

- Registrar datos del RN en el libro foliado y en la historia clínica de la madre.

### **DESPUÉS DEL NACIMIENTO:**

- Control y evaluación por nacimiento positivamente
- Vestir al RN, llevarlo con la madre e identificar la medalla del RN
- Estimular la lactancia.
- Dejar el sector en condiciones.
- Es conveniente que al terminar con la atención de un RN, el área quede preparada para la siguiente recepción.
- Limpiar la mesada con hipoclorito de sodio al 1%

### **2.3. Definición de términos**

- **Alojamiento conjunto:** Es la permanencia de recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que madre e hijo/a sean dados de alta.
- **Atención inmediata del/la recién nacida/o:** Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realiza en todo recién nacido que se inicia inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños complicaciones, secuelas o muerte.
- **Atención del recién nacido/a normal o vigoroso/a:** Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido a término

vigoroso, con examen físico normal, desde el nacimiento hasta culminar el periodo neonatal.

- **Carné de Crecimiento Neonatal:** Es un instrumento que sirve para valorar el estado de salud del recién nacido a término e incluye la evaluación del peso con las curvas de Organización Mundial de la Salud 2006. Constituye un complemento de la historia clínica utilizado por el personal de salud para educar a los padres y la familia en el cuidado del recién nacido, siendo útil para el promotor de salud, padres de familia y/o cuidadores del recién nacido puedan vigilar su estado de salud.
- **Muerte neonatal precoz:** La que ocurre en los primeros 7 días de vida.
- **Muerte neonatal tardía:** La que ocurre entre el octavo y el vigésimo octavo día después del nacimiento.
- **Neonato:** Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad.
- **Nacido vivo:** Se considera nacido vivo cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida de la placenta.
- **Recién nacido normal :** Todo recién nacido único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología.

- **Recién nacido pre término**

Recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días)de gestación.

- **Recién nacido a término:** Recién nacido de 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1. Recolección de datos

El centro de Salud CLAS Quiquijana está situado en el distrito de Quiquijana de la provincia de Quispicanchi de la región Cusco, a 3300 m.s.n.m..a 75 Km de distancia de la ciudad del Cusco, cuenta con 18 comunidades y 4 anexos, los mismos ubicado de 3220 a 4300 m.s.n.m. perteneciente a los quintiles I y II (pobreza extrema y pobre), tiene una población que tiene como lengua materna el quechua el establecimiento de salud esta categorizada como I-4, la cual permite tener pacientes internados por diferentes enfermedades y una de las actividades es la atención de partos institucionales permitiendo realizar la atención inmediata del recién nacido

La población asignada como establecimiento es de 11375, gestantes programadas es de 314 y atención de partos es de 254 al año, población que tiene como lengua principal el quechua.

Cuenta con 5 médicos generales, 7 enfermeras 4 obstetras, 2 odontólogos, 1 psicólogo, 1 biólogo, 12 técnicos de enfermería, 02 choferes, 02 personas de limpieza por hora la atención inmediata del recién nacido siempre está presente la enfermera, durante las guardias nocturnas, solo se tiene un equipo conformado por una enfermera, / médico, obstetra/ médico y enfermera/obstetra. Como establecimiento de categoría I-4 es punto de referencia para otros establecimientos.

Para realizar el presente informe sobre las experiencias en la atención del Recién nacido se tomaron como fuente de información los libros de registro de partos y recién nacidos, las fichas del padrón nominado,

informe mensual de partos y la historia clínica. De los recién nacidos durante los años 2014 al 2016

### **3.2. Experiencia Profesional**

El presente informe refleja la experiencia de un trabajo de 20 años (11 años como contratada y 10 años como nombrada) desarrollando las tareas inherentes a mi formación profesional, las actividades que durante estos años he desarrollado fueron: ser responsable de la estrategia inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, promoción de la salud, estrategia de tuberculosis, nutrición, en la actualidad vengo asumiendo la estrategia salud del niño, jefatura de enfermería.

El establecimiento de Salud por tener la categoría de I-4, permite contar con pacientes internados, atención de partos y la atención oportuna de recién nacidos, Esta experiencia permite de que la enfermera, no pierda las habilidades en la atención de pacientes internados, como es sabido los establecimientos de salud de la periferie tiene como función solo la parte preventiva, lo que no sucede con los establecimientos de salud nivel I-4, siendo estos centros centro de referencia para otros establecimientos de salud de categoría I-1, I-2 y I-3.

Esta categorización del establecimiento donde laboro ha permitido y permite la atención de recién nacidos sano y a término.

Durante la atención de recién nacidos también, se ha tenido emergencias neonatales (nacidos con sufrimiento fetal, deprimidos, con labio leporino y paladar hendido, mielo meningocele, con anancefalia) la mayoría de estas patologías fueron de madres que no tuvieron control pre- natal, y acudieron al establecimiento de salud en trabajo de parto fase activa y, en expulsivo, habiendo sido en muchos casos derivados a hospitales de mayor complejidad de la ciudad del cusco.

### **3.3. Procesos realizado en el tema del informe**

#### **3.3.1. EXPERIENCIA INICIAL**

Al inicio de mi trabajo, hasta el año 2006 los partos institucionales eran escasos de aproximadamente 5 al mes y partos domiciliarios entre 10 a 20 al mes, lo cual no permitía la atención inmediata del recién nacido, asimismo se tenía muertes perinatales permanentemente y también muertes maternas, las gestantes preferían dar su parto en su domicilio, esto debido al miedo que tenían al: tacto vaginal, episiotomía, la apertura de una vía periférica con cloruro de sodio, la atención del parto en posición horizontal o sea no se practicaba el parto humanizado o parto con interculturalidad, no se respetaba su cultura.

Para la población alto andina con diversas costumbres durante el parto toda la atención va dirigida a la madre dejando de lado al RN, siendo expuesto al frío, bañado de inmediato, no hay contacto ni lactancia precoz.

#### **3.3.2. APERTURA DE CASAS DE ESPERA**

La elevada cantidad de partos domiciliarios y las muertes neonatales hicieron de que se tomara la decisión de contar con una casa de espera o denominada también mama wasi, Esta estrategia permitió de que las mujeres acudan al "mama wasi" o casa de espera, donde las gestantes esperan el momento del parto. Esta estrategia ha permitido que el recién nacido sea atendido oportunamente por personal capacitado asistiendo en todas sus necesidades y con enfoque de derechos.

A partir del año 2010 el % de partos institucionales y la atención de recién nacidos se incrementaron, disminuyendo de esta manera las

muertes maternas (siendo el último registrado en el año 2005), muertes perinatales y neonatales.

La atención del recién nacido en el centro de Salud Quiquijana es exclusividad de la enfermera y en su ausencia lo realiza el médico de turno.

Durante los años 2014 al 2016 la atención de los recién nacido se incrementaron, durante este tiempo se ha tenido la oportunidad de atender niños que nacieron deprimido, o se aspiraron con líquido amniótico

### **3.3.3. ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE QUIQUIJANA.**

Previamente el ambiente de recepción del recién nacido debe estar a una temperatura de 26°C con campos pre calentados para evitar la pérdida de calor, y para realizar el secado vigoroso céfalo caudal mientras el niño este en contacto piel a piel (madre niño), el corte tardío del cordón umbilical, después de 2 a 3 minutos ocurrido el parto, este momento es aprovechado para la lactancia precoz, luego el recién nacido es trasladado a la cuna radiante para realizar el examen físico e identificar alguna anomalía congénita ( como la polidáctilia, ano inperforado etc.) la toma de las medidas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico) administrar fitomenadiona 0.1ml IM, tetraciclina oftálmica en ambos ojos, colocar la huella plantal en la historia clínica del RN la administración de la vacuna HVB y BCG, dentro de las primeras horas de nacido, aplicar el test de Capurro para determinar la edad gestacional.

### **3.3.4. VENTAJAS DE LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

- Monitoreo permanente del binomio madre/niño durante las primeras horas vida de vida del neonato, vigilancia de signos de alarma dificultad para succionar, no tolere la leche materna, vómitos (ictericia)
- Lactancia materna precoz (calostro), en los niños nacidos de parto domiciliario, la lactancia materna no es de inmediato, por sus creencias y esperan a que pase por lo menos de 3 a 4 horas para que el niño pueda lactar, el baño es de inmediato, esto hace de que el niño pierda calor y muchas veces los traen cuando está deprimido o ha dejado de lactar.
- Evaluación de pérdida o ganancia de peso del neonato durante las primeras 24 horas de nacido.
- Brindar consejería individualizada a la madre de las ventajas de la lactancia materna, higiene en el hogar.

### **3.3.5. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

- Todo recién nacido es registrado en el libro de partos tomando en cuenta toda su filiación
- Se emite de inmediato el certificado de nacimiento, para ser inscrito en el municipio y luego acudir a la oficina de registro nacional de identidad para luego el niño ser beneficiario del SIS.
- Se apertura una historia clínica del neonato, donde se anota todos los eventos ocurridos desde el nacimiento hasta el alta, manejado por la enfermera y el médico.
- Es inscrito en el registro del padrón nominado, documento compartido con el municipio para tener con certeza cuantos

niños nacieron durante el año, que permite ver el crecimiento de la población.

- Se registra en el libro de seguimiento e información virtual de niños manejado por el área de enfermería, para realizar visitas domiciliarias, seguimiento para vacunas, crecimiento y desarrollo, en el menor de 5 años.
- Información mensual de nacidos a la Red de Servicios de Salud y al a DIRESA.
- Estos datos son compartidos por los diferentes programas como es ( JUNTOS , CUNA MAS, MUNICIPIO)

#### IV. RESULTADOS

**CUADRO N° 4.1.**  
**ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CENTRO DE SALUD QUIQUIJANA**  
**DEL 2014 AL 2016**

<b>AÑO</b>	<b>Total de Nacimientos Reportados por Año</b>
2014	238
2015	208
2016	235

**FUENTE: Libros de registro.**

#### **INTERPRETACION DE DATOS**

En el presente cuadro se puede apreciar la tasa de natalidad . encontrando que en el 2014 hubo 238 nacidos vivos, habiendo disminuido en el 2015 encontrando 208 nacidos vivos. En el 2016 hubo 235 nacidos vivod.

#### CUADRO N° 4.2

#### NUMERO DE RECIÉN NACIDOS CON PESOS >2500 Y < 2500 DEL CENTRO DE SALUD QUIQUIJANA DEL 2014 AL 2016

NUMERO DE RN CON PESOS > 2500 Y < 2500		
Año	Total de niños con peso >2500 gr	Total de Niños con peso < 2500 gr
2014	211	27
2015	193	15
2016	201	34

FUENTE: LIBROS DE REGISTRO

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro se puede apreciar que en el 2014 hubo 211 recién nacidos con un peso > 2500 kg y 27 niños con bajo peso, en el 2015 se halló 193 recién nacidos con un peso adecuado y en el 2016 hubo 201 recién nacidos con peso > 2500 kg y 34 recién nacidos con bajo peso.

### CUADRO N° 4.3

#### EDADES DE LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUIQUIJANA DEL 2014 AL 2016.

Año	Edades de las Madres		
	Total de Madres de 19 Años ó Menos	Total de Madres de 20 a 35 Años	Total de Madres de 36 Años a Más
2014	41	163	34
2015	38	143	27
2016	41	169	25

FUENTE: Libros de registro.

#### INTERPRETACION DE DATOS

En el presente cuadro se puede apreciar que en el 2014 y en el 2016 hubo 41 madres menores de 19 años, en el 2015 se halló 143 madres entre 20 a 35 años de edad, a diferencia del 2016 donde hubo 169 madres; en el mismo año se encontró 25 madres mayores de 36 años.

#### CUADRO N° 4.4

### NUMERO DE RECIÉN NACIDOS DE PARTO VERTICAL Y PARTO HORIZONTAL EN EL CENTRO DE SALUD QUIQUIJANA DEL 2014 AL 2016.

Año	Tipo de Parto	
	Total de Partos Verticales	Total de Partos Horizontales
2014	173	65
2015	149	59
2016	174	61

FUENTE: Libros de registro.

#### INTERPRETACION DE DATOS

En el cuadro se aprecia que el 2014 y 2016 se atendieron la mayor cantidad de partes verticales (parto con adecuación cultural) a diferencia del parto horizontal donde hubo 66 casos en el 2016.

## V. CONCLUSIONES

- a) En el desarrollo del presente informe sobre la experiencia laboral en la atención inmediata del recién nacido normal durante los años 2014 al 2016 se encontró que la atención de recién nacido inmediato en el establecimiento de salud Quiquijana fue en incremento.
- b) La atención del recién nacido es actividad exclusiva de la licenciada en enfermería y, en su ausencia lo realiza el médico.
- c) La mayor cantidad de atención de recién nacido se desarrolló durante el año, 2014 y 2016 (238 y 235 respectivamente).
- d) De 681 recién nacidos atendidos durante el año 2014 al 2016, 605 neonatos tuvieron un peso mayor a 2500 gramos y 76 recién nacido menor a 2500 gramos, esto permite tomar acciones como la orientación y consejería oportuna a las madres sobre la lactancia materna exclusiva precoz.
- e) La mayor cantidad de recién nacidos atendidos corresponde a madres en edades de 20 a 35 años y la menor cantidad corresponde al grupo de madres mayores a 36 años.
- f) La mayor cantidad de recién nacidos atendidos fueron de parto vertical
- g) 501, y 180 de parto horizontal, El parto vertical es la modalidad más aceptada por la población alto andina porque se articula con su cultura.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Mantener el trabajo en equipo (con todos los grupos profesionales que laboran en el Centro de Salud), manteniendo un adecuado clima laboral.
- b) Cumplir con las visitas domiciliarias a todo recién nacido para identificar signos de alarma que dañan o alteren la salud del neonato.
- c) Propiciar la lactancia materna precoz y exclusiva para evitar la desnutrición infantil.
- d) Capacitar constantemente al personal sobre los signos de alarma en los recién nacidos.
- e) Mantener la bioseguridad tanto para el personal como para el recién nacido.

## VII. REFERENCIALES

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD "REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ"- 2012
2. MINISTERIO DE SALUD "Análisis de situación de salud en el Perú – 2005, oficina general de Epidemiología. Perú MINSa 70GE 004/010
3. Norma Técnica que establece el conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer nivel de atención de Salud en la Familia y la comunidad- Loma Perú 2008.
4. SANCHEZ LUNAM. Col (2009) "Recomendaciones para la el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento "España.
5. CHAPARRO Col /2009) "Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. España
6. VELASQUEZ J. Y col (2012). Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú.
7. MINSa "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral del Salud Neonatal" Resolución Ministerial No. 828 – 2013 /MINSa
8. MINSa Manual de Lectura 2007 "Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos
9. CURREA S. "Adaptación Neonatal Inmediata Ministerio de Salud – Programa supervivir – Unicef. Folleto Anexo Video 2000