

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL RECIEN NACIDO
INMEDIATO CON DEPRESIÓN SEVERA – HOSPITAL
MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
NEONATOLOGÍA**

LIC. MAGDA GREGORIA CÁCERES RODRIGUEZ

Magda Gregoria Cáceres Rodríguez

**CALLAO, 2018
PERU**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA	PRESIDENTA
MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO	SECRETARIA
MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO	VOCAL

ASESORA: MG. ANA ELVIRA LÓPEZ ROJAS

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 118-2018

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02 de Marzo del 2018

Resolución Decanato Nº 572-2018-D/FCS de fecha 22 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
II. MARCO TEORICO.....	6
2.1 ANTECEDENTES.....	6
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	8
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	27
3.1 RECOLECCION DE DATOS:.....	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:.....	31
IV. RESULTADOS.....	34
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	434
VII. REFERENCIALES.....	45
ANEXOS.....	49

INTRODUCCIÓN

La depresión al nacer es una de las primeras causas de morbimortalidad neonatal. La asfixia perinatal secundario a la depresión al nacer se traduce en un deterioro del intercambio de gases, caracterizado por hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. Este proceso puede iniciarse previo al trabajo de parto, perpetuarse en esta etapa y continuar aun luego de una reanimación exitosa, produciendo efectos neurológicos lesivos para el recién nacido (1). En este sentido, la labor de enfermería cumple un rol trascendental durante la preparación e intervención oportuna liderando y coordinando con el equipo multidisciplinario la reanimación neonatal.

El presente informe de experiencia profesional está dirigido a fortalecer la labor profesional de enfermería que labora en el área de Atención inmediata, teniendo como objetivo describir el cuidado de enfermería al recién nacido inmediato con depresión severa en el servicio de neonatología del Hospital Marino Molina Scippa.

El presente trabajo está conformado por siete capítulos descritos a continuación: Capítulo I: Planeamiento del problema que expone la descripción de la situación problemática, el objetivo y justificación. El capítulo II: Marco conceptual o referencial Incluye el marco conceptual, marco referencial (antecedentes) y definición de términos. El Capítulo III. Presentación de situación profesional relevante, que presenta la recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados. El Capítulo IV: Resultados, El Capítulo V: Conclusiones, El Capítulo VI: Recomendaciones, El Capítulo VII: Referencia, y finalmente se presenta un apartado de Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y la calidad de la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los fallecimientos de recién nacidos constituyen el 46% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de las muertes neonatales (75%) tienen lugar durante la primera semana de vida, y cerca de 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas (2). En el Perú, según ENDES (2011) (3) la tasa de mortalidad neonatal es de 17.5 por 1000 nacidos vivos que representa el 50% de la mortalidad infantil, donde: la prematuridad (25%), las infecciones materno perinatales (23.5%) y la asfixia perinatal (14%) constituyen una de las principales causas.

La Depresión Neonatal severa es un indicador importante de asfixia perinatal que mide el grado de vigorosidad del recién nacido al nacer a través del test de APGAR definido por un puntaje menor o igual a 3. La depresión respiratoria al nacer constituye una de las causas más frecuentes de morbimortalidad neonatal a nivel mundial alcanzando en muchos países 35 por cada mil nacidos vivos (4). Según la OMS cada año 5 millones de recién nacidos padecen asfixia, de los cuales fallecen 1 millón (20%), mientras que alrededor del 18% presentan una mayor incidencia de encefalopatía hipóxica isquémica que a largo plazo puede conllevar a una parálisis cerebral infantil. La asfixia neonatal es un síndrome que comprende: la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica (5). Algunos estudios consideran que la asfixia ocurre en el 85% durante el parto, período

expulsivo, y que se expresa clínicamente al nacer como una depresión cardiorrespiratoria, que si no es tratada oportunamente agravará la hipoxia cerebral (6).

El Hospital Marino Molina no es ajeno a esta realidad, para el año 2015 se reportaron 4367 nacimientos mientras que en el año 2017 disminuyó a 3172 nacimientos (anexo N°1), en contraste con la mortalidad neonatal (anexo N°2), que si bien es cierto es baja 0.05 a 1.7 por 1000 nacidos vivos, además para el año 2015 se registró una tasa de depresión severa 19.18% mientras que para el año 2015 la tasa se redujo a 15.79%.

En este sentido, enfermería cumple un rol preponderante durante la atención inmediata al recién nacido, anticipando riesgos perinatales, coordinando junto al equipo interdisciplinario intervenciones oportunas, gestionando los principales recursos logísticos y el equipamiento necesario para una reanimación cardio pulmonar efectiva aplicada oportunamente antes del primer minuto de vida con la finalidad de disminuir la hipoxia y el daño cerebral inminente previniendo secuelas neurológicas posteriores.

1.2 OBJETIVO

Describir el cuidado de enfermería al recién nacido inmediato con depresión severa del servicio de neonatología del Hospital Marino Molina Scippa – Comas durante el periodo 2015 - 2017

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe se realiza con la finalidad de conocer y fortalecer la implementación de los cuidados de enfermería en casos de recién nacidos inmediatos con depresión severa, sustentado en el conocimiento científico sumado a la experiencia profesional acumulada durante años de

labor ininterrumpida en el cuidado de los neonatos durante el periodo 2015 a 2017.

Estos resultados, serán un precedente para futuros profesionales especialistas en el área de siendo un referente estadístico, epidemiológico para un marco de análisis para la gestión de cuidado en la atención inmediata al neonato con depresión severa al nacer.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

ROGRÍGUEZ, CATILLO, LÓPEZ, MONTES, BAUTISTA, y RODRÍGUEZ (2014) es su artículo titulado **“Morbilidad y mortalidad en recién nacidos con depresión”**, La Habana-Cuba.

Objetivo: caracterizar la morbilidad y mortalidad en recién nacidos con depresión moderada y severa en el Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez" enero 2004 a diciembre 2012. Método: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. El universo estuvo constituido por todos los recién nacidos deprimidos (672) en el período de enero del 2004 a diciembre del 2012 en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Eusebio Hernández Pérez" y la muestra estuvo constituida por todos los neonatos con depresión moderada (111) y con depresión severa al nacer (102). Resultados: los recién nacidos más afectados en ambos grupos fueron los pretérmino, menores de 1500g y las afecciones más frecuentes fueron las respiratorias, infecciosas y neurológicas. La causa de muerte predominante fue la asfixia. La incidencia de depresión moderada fue mayor que la severa. Conclusiones: prevaleció la depresión moderada al nacer, y fue el año 2004 el de mayor incidencia de neonatos deprimidos. Los neonatos más afectados, en ambos grupos, fueron los menores de 37 semanas, con peso al nacer menor de 1 500 g; las afecciones más frecuentes fueron las respiratorias, infecciosas y neurológicas. La causa de muerte que predominó en los dos grupos fue la asfixia (7)

ALVARÉZ, RUIZ, HERNÁNDEZ, Y VALDÉS (2014) realizaron un estudio sobre los “Factores influyentes en la depresión neonatal en Santa Cruz del Norte”, La Habana-Cuba.

Objetivo: identificar los factores influyentes en la depresión neonatal.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el Policlínico Hospital “Alberto Fernández Valdés” durante los años 2003 al 2012, en el municipio Santa Cruz del Norte, provincia Mayabeque. El universo fue de 124 recién nacidos con Apgar, al minuto de nacer, menor de 7 y la muestra de 92 casos escogidos al azar. Los datos se recolectaron mediante un formulario para el análisis de las variables de estudio y se empleó la distribución de frecuencias, media aritmética, desviación estándar y porcentaje como medidas de resumen. Resultados: la depresión al nacer fue más frecuente en hijos de madres mayores de 35 años (43,48 %), blancas (42,39 %) y con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo en el 25 % y 18,48 % respectivamente; la circular del cordón (45,65 %), la preeclampsia (25 %) y la rotura prematura de las membranas (14,13 %) fueron las afecciones del embarazo que más se presentaron; el nacimiento a término fue el más representado (57,61 %) y la cesárea la vía del parto más frecuente (44,57 %); la mayoría de los recién nacidos deprimidos fueron masculinos (57,61 %) y con peso normal al nacer (46,74 %). Conclusiones: existen múltiples factores que pudieran influir en la depresión al nacer, mucho de los cuales son susceptibles de ser modificados o controlados desde la atención primaria de salud (8)

L. Pino-Ocampos et al (2016), en Paraguay realizaron un estudio titulado: en su investigación “Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Neonatal en el servicio de Neonatología”

El Objetivo principal de su estudio analítico fue encontrar la asociación entre los factores de sociodemográficos, bilógicos, embarazo, atenciones

prenatales y parto con la mortalidad neonatal en un hospital de Paraguay; en los resultados obtuvieron que los factores de riesgo principales asociados a la mortalidad neonatal son; los controles prenatales insuficientes (OR = 3.02 IC= 95% 1.20- 5.28), la edad gestacional menor de 37sem (OR =13.33 IC 95% 4.76-38.6), el peso al nacer menor de 2500gr y mayo de 4000gr (OR = 33.1 IC=95% 9.65-140.1), el test de Apgar bajo al 1' (3-7puntos) (OR = 38.76 IC=95% 4.75-38.6), concluyendo que la mortalidad neonatal se puede prevenir con acciones integras que incentiven a las madres gestantes a la asistencia de sus controles prenatales, además, de que los profesionales en salud actúen a tiempo antes que aparezcan estos factores (9).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTES DEL NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO CON DEPRESIÓN SEVERA AL NACER

La recepción del recién nacido consiste de un conjunto de procesos dirigidos a prevenir posibles daños y anticipar los requerimientos de cada nacimiento, de modo de garantizar una atención de calidad. Conociendo que aproximadamente un 5-10% de los recién nacidos precisarán de alguna de las intervenciones de la secuencia de reanimación neonatal, fundamentalmente como consecuencia de asfixia perinatal, en este sentido los cuidados de enfermera están centrados a la anticipación de la necesidad de reanimación, la preparación del ambiente y del equipamiento disponible imprescindibles para una atención inmediata y oportuna reduciendo el riesgo de hipoxia severa (10)

La anticipación, la preparación adecuada, el personal entrenado, la revisión de disponibilidad y funcionamiento de equipos necesarios, la revisión de historia clínica de la gestante y la del feto y el inicio inmediato son fundamentales para el éxito de la reanimación neonatal, además que permite la preparación mental del personal a cargo para tomar medidas preventivas y programadas que generan menor estrés y mejor capacidad de reacción útil. Cada centro debe establecer quién debe ser el responsable de atender a los recién nacidos en función de sus características asistenciales.

2.2.1.1 Anticipación de la necesidad de reanimación

- En cada parto la enfermera debe estar preparada y capacitada como personal responsable primariamente del recién nacido, debiendo ser capaz de iniciar la reanimación, incluido la administración de ventilación con presión positiva y compresiones torácicas.
- Evaluar la historia clínica materna a fin de conocer el nivel de riesgo y la posibilidad de requerir reanimación
- Comunicar al médico los factores de riesgo y la condición materna

2.2.1.2 Preparación de ambiente:

- La enfermera debe procurar que la unidad ubicada cerca de la sala de partos y cesáreas, debe contar con buena iluminación, sin corrientes de aire. La sala de partos debe tener una temperatura adecuada. Los niños con depresión neonatal (hipotónicos, en apnea o con respiración inadecuada y/o con bradicardia) son especialmente vulnerables a la pérdida de calor corporal. La

exposición del RN al daño por frío produce disminución de la oxigenación y acidosis metabólica.

- Para prevenir la pérdida de calor es necesario: Evitar la exposición del recién nacido (RN) a corrientes de aire.
- Mantener la sala de partos a 26-28°C, especialmente en prematuros menores de 28 semanas de gestación.
- Si el RN es de término y no requiere maniobra de reanimación alguna, se le debe colocar "piel con piel" sobre su madre, posterior al secado habitual. Se aconseja cubrir la cabeza y el cuerpo con una compresa o toalla tibia dejando libre la cara, para impedir la pérdida posterior de calor.
- Cuando se necesita reanimar, se debe colocar al recién nacido bajo una fuente de calor radiante, siempre controlando que no presente hipertermia. El objetivo es lograr normotermia y evitar la hipertermia iatrogénica.

2.2.1.3 Preparación de cuna de procedimiento para atención inmediata con materiales e insumos para la atención del recién nacido y la reanimación neonatal

- Verificar el aseo terminal de la cuna con calefactor radiante.
- Verificar el correcto funcionamiento de la cuna con calefactor radiante y la máquina de aspiración.
- Verificar el funcionamiento del resucitador manual (ambu) procurando estar conectado a la fuente de oxígeno húmedo y tibio junto con el blender para proporcionar oxígeno según el requerimiento de paciente.
- Verificar que la temperatura de la cuna esté en 28°C.
- Reunir el material necesario para una atención inmediata: pañales o campos estériles, termómetro, gasas y torundas estériles, alcohol al 70%, sonda de aspiración (10-12 french), sonda nasogástrica

(10-12 french), jeringa (3, 5 y 10cc), clamp, pinzas, tijera umbilical, brazalete de identificación, cinta métrica, podómetro o cartabón, pesa de recién nacido, vitamina K, jeringa de tuberculina, etc.

- Tener al alcance: Tubos endotraqueales N°2.5, 3 y 3.5 Fr, laringoscopio con hojas 0 y 00, esparadrapo para fijar el tubo endotraqueal

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO CON DEPRESIÓN SEVERA AL NACER

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. Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado al lado o en la misma sala de partos.

Entre los principales cuidados de enfermería, siguiendo las recomendaciones estandarizadas por la American Heart Association (11) tenemos:

2.2.2.1 Cuidados Generales

- Recepcionar al recién nacido, colocandolo bajo una fuente de calor radiante y secarlo inmediatamente.
- Observar la coloración del líquido amniótico, para descartar un síndrome de aspiración meconial.

- Poner al RN en posición decúbito supino con el cuello ligeramente extendido, para abrir la epiglotis.
- Evaluar el estado del RN: esfuerzo respiratorio, tono muscular, frecuencia cardíaca según el algoritmo de reanimación neonatal aprobado por la Academia Americana de Pediatría vigente
- Continuar con los pasos de la reanimación neonatal de forma inmediata

2.2.2.2 Pasos iniciales de la reanimación (12)

Los pasos iniciales de la reanimación consisten en:

- Proporcionar calor colocando al recién nacido bajo una fuente de calor radiante.
- Secar al RN y remover las compresas o toallas húmedas.
- Colocar la cabeza en posición de "olfateo" (ligera extensión del cuello) para abrir la vía aérea.
- Sólo si es necesario, despejar la vía aérea con una pera de goma o un catéter de aspiración.
- Estimular la respiración.

a. Valoración inicial (11)

Los recién nacidos que no requieren reanimación se pueden identificar generalmente por una evaluación rápida de las siguientes tres características: ¿Es una gestación de término? ¿El RN llora o respira? ¿Tiene buen tono muscular? Si la respuesta a estas tres preguntas es "sí", el RN no necesita reanimación y no debe ser separado de la madre. El RN debe ser secado, colocado en contacto piel a piel con la madre y cubierto con ropa seca para mantener la temperatura. La respiración, el tono muscular y el color deben observarse en forma continua. La evidencia es insuficiente para recomendar un tiempo de ligadura del cordón en los neonatos que requieren maniobras de

reanimación. En RN prematuros, esperar al menos entre 30 – 60 segundos antes de la ligadura ha demostrado ser beneficiosa (mayor presión arterial durante la estabilización, menor incidencia de hemorragia intraventricular y disminución de la necesidad de transfusiones) y parece ser una práctica segura excepto cuando requiera intervención inmediata. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas de la evaluación es “no” (esto es, el niño es prematuro, presenta apnea o un patrón respiratorio inadecuado y/o está hipotónico) el RN debe recibir una o más de estas acciones, en el siguiente orden:

A. Pasos iniciales en la estabilización (proporcionar calor, despejar la vía aérea si es necesario, secar, estimular).

B. Ventilación

C. Masaje cardíaco (compresiones torácicas).

D. Administración de adrenalina y/o expansión de volumen. Se asignan aproximadamente 60 segundos (“el minuto de oro”) para completar los pasos iniciales, reevaluar y comenzar la ventilación en caso de ser necesario: • Respiración (apnea, jadeo, respiración con dificultad, o sin ella), y • Frecuencia cardíaca (mayor o menor de 100 lpm)

b. Estimulación de la respiración:

Cuando el feto o el RN sufre una falta de oxígeno, tiene un período inicial de intentos rápidos para respirar que es seguido por una apnea primaria, la frecuencia cardíaca comienza a disminuir. Se puede restablecer la respiración con estimulación táctil. Si la falta de oxígeno continúa luego de varios intentos de respiración irregular entrará en un período de apnea secundaria, acompañada por una caída continua en

la frecuencia cardíaca y la presión arterial. La apnea secundaria no puede ser revertida con estimulación; debe proveerse ventilación asistida.

Entre los métodos adecuados de estimulación táctil: • Palmadas o golpes suaves en las plantas de los pies. • Frotar suavemente la espalda. Otras formas de estimulación pueden ser peligrosas y no deben ser realizadas. En el RN apneico no se puede diferenciar entre apnea primaria y secundaria, por lo que continuar con estimulación táctil, es perder tiempo. De persistir la apnea, se debe comenzar rápidamente con VPP.

c. Evaluación luego de los pasos iniciales

Tras realizar las maniobras de estabilización se valora nuevamente al RN. La decisión de avanzar más allá de los pasos iniciales se determina mediante la evaluación simultánea de dos signos vitales:

- Respiración (apnea, jadeo, respiración con dificultad, o sin ella)
- Frecuencia cardíaca (mayor o menor de 100 lpm).

El oxímetro de pulso puede proporcionar una evaluación continua de la frecuencia cardíaca sin interrupción de otras medidas de reanimación. De cualquier manera, ante la necesidad de reanimación se debe colocar al paciente un oxímetro de pulso.

Una vez que se inicia la ventilación con presión positiva, la evaluación debe consistir en la evaluación simultánea de tres características vitales: • Frecuencia cardíaca. • Respiración • Estado de oxigenación, determinada por un oxímetro de pulso

Dado que el indicador más sensible de una respuesta adecuada a cada paso es el aumento de la frecuencia cardíaca, ésta debe ser

evaluada clínicamente (auscultación) aún cuando se cuente con la lectura de la oximetría de pulso

Respiración: el RN puede estar en apnea o tener una respiración ineficaz. Se debe valorar la frecuencia, profundidad y simetría de la respiración, así como las alteraciones del patrón respiratorio ("gasping") o quejido. La acción más importante y eficaz en la reanimación neonatal es la ventilación pulmonar

Frecuencia cardíaca: la frecuencia cardíaca es el signo vital primario para evaluar la eficacia de la reanimación. La evaluación de la frecuencia cardíaca se debe hacer en forma intermitente auscultando el latido precordial. Se recomienda contar los latidos en 6 (seis) segundos y multiplicar ese valor por 10 (diez) para estimar los latidos por minuto. Cuando hay pulso detectable, la palpación del pulso umbilical también puede proporcionar una estimación rápida de la frecuencia cardíaca y es más precisa que la palpación en otros sitios, si bien suele subestimar el valor real. Si el RN necesita reanimación con VPP, se debe colocar un oxímetro de pulso en la mano o muñeca derecha para utilizar como guía la SpO₂.

d. Administración de Ventilación a presión positiva (VPP)

La ventilación de los recién nacidos se puede realizar eficazmente tanto con bolsa autoinflable, bolsa inflada por flujo y/o con reanimador con pieza en T, no habiendo evidencia alguna que recomiende el uso de uno u otro instrumento. Es necesario conocer los elementos que se utilizan y saber cómo funcionan para mejorar los resultados.

La presión que se administra debe ser monitoreada mediante el uso de manómetro de presión. Una presión inicial de 20 cm H₂O puede ser eficaz, pero pueden ser necesarios en algunos recién nacidos de término 30-40 cm H₂O si no presentan ventilación eficaz. La utilización

de altos grados de PEEP (8-12 cm H₂O) puede reducir el flujo sanguíneo pulmonar y aumentar el riesgo de neumotórax.

e. Asistencia en la intubación endotraqueal

La intubación endotraqueal es un procedimiento que permite, en la mayoría de los casos, mantener una vía aérea permeable para realizar en forma eficaz la ventilación. Debe ser realizada por personal experimentado a fin de acortar los tiempos y evitar las complicaciones por los intentos fallidos. Dentro de las indicaciones de intubación se encuentran:

- Si no se evidencia mejoría clínica luego de la ventilación a presión positiva, se puede intubar al paciente con el objetivo de facilitar y mejorar la ventilación asistida.
- Si se requiere masaje cardíaco, la intubación puede facilitar la coordinación entre masaje y ventilación a presión positiva.
- Si se requiere administrar adrenalina, esto puede realizarse por vía endotraqueal, mientras se coloca un acceso vascular.

Una vez colocado el tubo, su posición correcta se evidencia por: Mejoría de los signos vitales. Sonidos respiratorios sobre ambos campos pulmonares, pero disminuidos o ausentes sobre el estómago. Movimientos del tórax en cada ventilación. La enfermera debe cuidar una adecuada fijación y evitar que se desplace o haya una extubación.

f. Masaje cardíaco

La frecuencia cardíaca (FC) es el principal signo vital con el cual se evalúa la necesidad y la eficacia de la reanimación. La indicación de iniciar masaje cardíaco en la reanimación continúa siendo FC menor a 60 latidos por minuto (lpm) luego de 30 segundos de ventilación eficaz.

De la misma forma, la indicación de suspender el masaje es cuando la FC es mayor a 60 lpm.

2.2.3 TEORÍA DE LA ADAPTACIÓN DE CALIXTA ROY

El Modelo de Adaptación de Callista Roy, menciona que la adaptación es el concepto clave que vincula los cuatro conceptos del meta paradigma de enfermería: persona, salud, ambiente y cuidado. El concepto de adaptación asume que las personas son sistemas abiertos, los cuales responden a estímulos desde adentro y desde afuera. La persona entonces es conceptualizada como un sistema adaptativo involucrado con el medio ambiente. La adaptación por lo tanto se ve como la respuesta positiva a estímulos, mientras que la respuesta negativa se ve como mala adaptación.

En el origen del Modelo de adaptación de Roy se puede identificar la mención que hace al trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarcaba desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana. Helson desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy (13) redefinió en el campo de la enfermería para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de las personas. En la teoría de adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación (14). El estímulo es un factor que provoca una respuesta. Helson con su trabajo, desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno.

El Modelo de Adaptación de Roy desarrolla tres conceptos abstractos: El estímulo ambiental, los procesos de afrontamiento y los modos adaptativos; los estímulos ambientales están relacionados directamente con los procesos de afrontamiento, los cuales a su vez se relacionan tanto de forma directa como indirecta con los modos de adaptación. La relación indirecta entre los estímulos ambientales y los modos de adaptación está mediada por los procesos de afrontamiento. Los individuos usan los dos procesos de afrontamiento para filtrar el estímulo ambiental, los cuales son llamados regulador y cognitivo.

Los procesos de afrontamiento del subsistema regulador son innatos (determinados genéticamente y procesados automáticamente) y responden a través de los canales básicos neurológicos, químicos y endocrinos, que procesa el estímulo de una forma automática e inconsciente. Los procesos de afrontamiento del subsistema cognitivo son adquiridos (respuesta deliberada de aprendizaje) y responden a través de cuatro canales: procesamiento de la información/percepción, aprendizaje, juicio y emoción

Roy considera que "el recién nacido nace con dos modos adaptativos, el fisiológico y el de interdependencia. Fuera de las interacciones que son principalmente afectivas o de cuidado, el surgimiento natural del comienzo del auto-concepto (modo auto-concepto) y finalmente roles (modo función de rol) son aprendidas"(15).

Los mecanismos de afrontamiento innatos del recién nacido prematuro son indeterminados al nacer con ninguno o pocos mecanismos adquiridos ya aprendidos. Un factor de complicación importante es el funcionamiento neurológico inmaduro del recién nacido prematuro. La inmadurez de este subsistema regulador limita las respuestas autonómicas del recién nacido a la vida extrauterina a través de los medios neurales y químicos y de esta manera puede interferir con la adaptación. Actualmente la respuesta del aprendizaje cognitivo del

recién nacido está influenciada principalmente por el aprendizaje intrauterino (si el aprendizaje ocurre durante la vida intrauterina) o por aprendizaje en respuesta a la gran cantidad de estímulos nocivos en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Los signos específicos de la adaptación inefectiva vistos en el modo fisiológico del recién nacido prematuro incluyen: inestabilidad en la frecuencia cardíaca, inestabilidad en la saturación de oxígeno, inapropiados patrones de sueño, disminución de la actividad motora, aumento de comportamientos de estrés y disminución en la ganancia de peso.

Este Modelo es importante como modelo de cuidados en el recién nacido con depresión severa, puesto que durante el nacimiento sufre cambios ambientales y fisiológicos desde un ambiente intrauterino hacia el extra uterino que desencadenan una serie de cambios en diferentes sistemas corporales principalmente en el aparato cardio pulmonar, por lo que el recién nacido debe adaptarse a este cambio siendo totalmente dependiente de su cuidado, por lo que la labor de enfermería es trascendental proporcionando las condiciones térmicas ambientales necesarias para favorecer la adaptación autonómica del recién nacido, el estímulo necesario para inducir las reacciones tales como el llanto que provoca la salida del líquido bronquial y el consiguiente inicio de la respiración y la ventilación pulmonar autonómica, lo cual se ve afectada durante la depresión neonatal provocando hipoxia tisular.

2.2.4 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden

comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (16).

Teoría de los sistemas de Enfermería

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado(17) se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, puesto que la teoría de déficit de autocuidado Orem es una relación entre las propiedades

humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, por ejemplo, en caso de los neonatos con depresión severa por su estado crítico, por esta razón se ha seleccionado ésta teoría para el presente informe.

Salcedo-Álvarez y colaboradores(18) plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Los profesionales de Enfermería juegan papel importante en el cuidado que estos brindan a neonatos con compromiso de salud, es allí en donde estos deben poner en práctica todos sus conocimientos a fin de identificar factores que puedan poner en riesgo. La salud de los neonatos con asfixia perinatal y de esta manera poder planificar cuidados oportunos y de calidad que permitan mejorar en el estado de salud de este, utilizando el proceso de Enfermería, en cada una de sus etapas y sustentado en la teoría de Dorothea Orem, destacando que su teoría parte del cuidado de Enfermería, en donde los cuidados deben concentrarse en “ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta” (19)

2.2.5 LA DEPRESIÓN SEVERA Y LA ASFIXIA NEONATAL

Frecuentemente se usan ambos términos como sinónimos, siendo este un error, el término Depresión neonatal se refiere a una puntuación de Apgar baja inicialmente con recuperación posterior, Apgar al minuto menor igual a 6 con aumento, 7 o más a los cinco minutos y posterior, con evolución neurológica neonatal normal. En cambio, la Asfixia perinatal asume: hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica (20)

Durante el nacimiento, al primer minuto de vida y luego a los 5 min, se evalúan las condiciones físicas del niño mediante el test de Apgar (tabla 2.1). Este método evalúa cada signo clínico y acorde con el grado que esté presente, recibe una calificación de 0,1 ó 2 puntos, al final se suman las puntuaciones de cada signo para obtener una calificación final. Una calificación de 7 a 10 indica que es un RN vigoroso, que las condiciones son buenas; una calificación de 4 a 6 significa una depresión ligera o moderada, por lo que necesita administración de oxígeno y una calificación de 0 a 3 denota una depresión severa y es necesaria la resucitación inmediata.

El Apgar es una evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1º y 5º minuto de vida. La evaluación del 1er minuto, tiene valor diagnóstico y el que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más baja es la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal. Si la puntuación es ≥ 8 (niño normal) se mantiene junto a la madre. Se inicia el Apego Precoz.

La interpretación del puntaje APGAR se da de la siguiente forma: depresión severa (0-3), depresión leve-moderada (4-7), y normal (8-10).

Tabla N° 2.1
Puntuación APGAR

Signos	0	1	2
Color de la piel	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado
Frecuencia cardíaca	Ausente	FC<100 lpm	FC>100 lpm
Respuesta ante (irritabilidad refleja)	Sin respuesta a la estimulación	Mueca	Estomudos, llanto vigoroso
Tono muscular (actividad)	Flácido	Alguna Flexión	Movimiento activo
Respiración o llanto	Ausente	Llanto débil, respiración irregular	Llanto fuerte, respiración normal

Fuente: Norma técnica Atención Integral de la Salud Neonatal R.M. N° 828 – 2013/MINSA. 2015

2.2.7 FACTORES DE RIESGO PERINATAL

2.2.7.1 Factores de riesgo maternos (21)

En un estudio desarrollado por Rodríguez, Balestena, y Pagarizabal (2003) se determinó que los factores de riesgo maternos que influyen en la depresión neonatal en recién nacidos con Apgar<7pts a los cinco minutos de vida extrauterina son (1):

- La adolescencia
- La gestante mayor de 35 años
- La nuliparidad
- La multiparidad
- Las embarazadas que tuvieron alguna enfermedad propia de la gestación
- El embarazo prolongado
- La cesárea como vías de terminación de la gestación fueron variables que resultaron muy significativas.

2.2.7.2 Factores de riesgo Intraparto:

- Cesárea urgente
- Parto instrumental: ventosa o fórceps
- Presentación anómala
- Parto prematuro o precipitado
- Corioamnionitis materna
- Rotura prolongada de membranas (> 18 horas previas al parto)
- Parto prolongado (> 24 horas o expulsivo > 2 horas)
- Bradicardia fetal o patrones de frecuencia cardiaca fetal anómalos Administración de narcóticos a la madre en las horas previas al parto Líquido amniótico teñido de meconio
- Prolapso de cordón
- Desprendimiento de placenta o placenta previa

2.2.8 LA ASFIXIA PERINATAL

La asfixia perinatal es la causa principal que condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido (RN) en el momento del parto. Aproximadamente un 10% de los recién nacidos, porcentaje que se eleva hasta alcanzar el 80% en los niños prematuros, precisan reanimación en los minutos inmediatos al nacimiento. En un número importante de niños se consigue una adecuada reanimación con procedimientos sencillos, sólo un 1% precisan intubación endotraqueal y en menor porcentaje la administración de drogas y/o líquidos.

La asfixia es una situación de hipoxia que si se mantiene en el tiempo puede producir la muerte del feto o del recién nacido. En experimentación animal se ha visto, que en situaciones de anoxia el feto inicialmente incrementa la frecuencia respiratoria, posteriormente entra en apnea que se acompaña de bradicardia y de un aumento

transitorio de la tensión arterial (apnea primaria). En este caso la estimulación puede desencadenar la respiración. Si la asfixia se prolonga en el tiempo, tras un periodo de movimientos respiratorios irregulares (respiración en boqueadas o "gasping") se inicia la apnea secundaria, con descenso de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. En esta situación el feto está más comprometido y puede requerir maniobras de reanimación más complejas. En el momento del nacimiento no es posible distinguir si un recién nacido está en apnea primaria o secundaria, ya que en ambos casos el niño está apneico y su frecuencia cardíaca puede ser inferior a 100 lpm. Cuanto más tiempo transcurra entre el inicio de la apnea secundaria y el comienzo de las maniobras de reanimación, más tardarán en reiniciarse las respiraciones espontáneas. Por eso, cuando un niño nace en apnea, el reanimador debe asumir que se encuentra en apnea secundaria y no demorar las medidas de reanimación.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cuidado de enfermería:** Se refiere a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo, generalmente asociado a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.
- **Recién nacido:** Es la etapa del ser humano que comprende desde el nacimiento hasta los 28 días (22)
- **Recién nacido Inmediato:** comprende al recién nacido desde el nacimiento hasta las primeras 12 horas de vida.
- **Depresión al nacer:** Catalogado como la presencia de APGAR menos del 7 al primer minuto de vida (22)
- **Depresión severa:** se refiere a una puntuación de Apgar baja inicialmente con recuperación posterior, Apgar al minuto menor igual a 3 (6)

- **Asfixia Neonatal:** es un síndrome que comprende: la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica (5)
- **Muerte fetal:** Ausencia de latido cardiaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completo del cuerpo de la madre

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCION DE DATOS:

Para la recolección de datos del presente informe, se utilizó como metodología el análisis documental y como instrumento una guía de análisis documental (anexo N°4) para la revisión de registros: libros e historias clínicas, así mismo se realizó una ficha como base de datos para el registro de los casos de depresión severa neonatal basada en el libro de nacimientos del servicio de neonatología del Hospital Marino Molina Scippa y para la presentación del caso los datos recolectados se realizaron a través de la historia clínica del paciente, en esta se hallan la entrevista de enfermería, el examen físico, los exámenes auxiliares, notas de enfermería, evoluciones médicas y terapéuticas.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional en el servicio de neonatología del Hospital Marino Molina Scippa en Comas de Essalud, inicia en el año 2003, desempeñándome como enfermera asistencial, en el servicio de pediatría y neonatología. Mi inclinación fue hacia el servicio de Neonatología en sus comienzos cuando tenía un espacio físico para cuidados básicos de atención a una cantidad mínima de neonatos con patologías de baja complejidad con grado de dependencia II acorde con la capacidad de atención de nivel I al que corresponde nuestro hospital. Sin embargo, ante el incremento de los nacimientos y los partos complicados, los ingresos hospitalarios también iban en aumento, la referencia a neonatos de dependencia III hacia Sabogal, cada vez se hacía difícil al no encontrarse disponibilidad de camas. Por lo que se fue implementando la atención a éste tipo de pacientes por necesidad más no por la capacidad de atención

logística y de recursos, sin ser reconocida como unidad de cuidados intermedios.

El año 2009 tras la inauguración del “Nuevo complejo hospitalario Marino Molina”, se creó un espacio físico con equipos médicos necesarios para el funcionamiento de una unidad de cuidados intermedios, lográndose incrementar el personal de enfermería profesional y técnico, aunque insuficiente necesaria para las áreas del servicio.

En el año 2014, finalmente se logró mejorar las condiciones del servicio considerándose como unidad crítica con una gestión independiente del servicio de hospitalización, lo cual permitió un mejor gestionamiento de materiales, equipos y de los procesos de calidad. Se logró contar con 01 enfermera exclusiva para la recepción del recién nacido implementándose la unidad de atención inmediata. Actualmente la mayoría de enfermeras cuenta con estudios de especialidad y certificación institucional en reanimación neonatal.

Durante estos años, he podido apreciar una evolución del servicio de Neonatología donde todo el equipo de enfermería contribuyó en el mejoramiento del servicio. Las funciones que desempeño en el área asistencial, están basadas en el tipo de unidad de neonatología, los cuales son: alojamiento conjunto, atención inmediata, tamizaje neonatal y la unidad de cuidados intermedios.

Las funciones que desempeño como enfermera asistencial en el servicio de alojamiento conjunto son:

- Control de signos vitales
- Control de peso
- Traslado de neonatos
- Baño de inmersión
- Curación umbilical
- Valoración al neonato

- Observación de signos de alarma
- Supervisión de la lactancia materna
- Educación individualizada sobre técnica de amamantamiento
- Asistencia a las madres de cesárea inmediata para la lactancia materna
- Sesión demostrativa grupal
- Educación al alta individualizada y/o grupal
- Elaboración de censo diario
- Cursar exámenes de laboratorio, Rayos X, etc.
- Evaluar examen de laboratorio
- Acompañar la visita médica Control y cita para vacuna del RN
- Información y cita para Tamizaje neonatal y control niño sano
- Coordinación con otros servicios
- Supervisión de personal técnico

En la Unidad de Atención Inmediata:

- Recepción del recién nacido en sala de partos y sala de operaciones
- Contacto piel a piel
- Estabilización cardio respiratoria
- Manejo de RCP neonatal
- Valoración al neonato
- Observación de signos de alarma
- Supervisión de la lactancia materna
- Educación individualizada sobre técnica de amamantamiento

En la Unidad de Cuidados Intermedios:

- Monitoreo de signos vitales
- Valoración al neonato

- Administración de medicamentos
- Administración de fototerapia
- Canalización de vía periférica
- Manejo de hidratación parenteral
- Alimentación al neonato por sonda oro gástrica o vía oral
- Manejo de oxigenoterapia
- Estabilización cardio respiratoria
- Manejo de RCP neonatal
- Control de peso diario
- Observación de signos de alarma o complicaciones
- Supervisión de la lactancia materna
- Consejería en la extracción de leche

En el Programa de Tamizaje Neonatal:

- Toma de muestra de talón:
 - Solicitud y registro de consentimiento informado del procedimiento a la madre, explicación del procedimiento, importancia y de los resultados (por paciente y/o grupal), entrega de tríptico:
 - Llenado de filtro por neonato:
 - Toma de muestra:
 - Ingreso de datos en el Sistema (por computadora): se digita todos los datos consignados en cada filtro paciente por paciente:
- Envío de muestras, informe de resultados e identificación de casos sospechosos y positivos:
 - Creación de carta, revisión y ordenamiento de filtros según lista de carta (orden alfabético decreciente):

- Entrega de carta y sobre a administración, responsables del envío al Hospital Rebagliati (responsable del procesamiento y publicación de resultados al sistema)
- Revisión semanal, registro y evaluación de resultados publicados en el sistema carta por carta
- Llamada telefónica y cita a casos sospechosos para 2da muestra
- Reporte de casos confirmados, referencia a pediatría para el tratamiento oportuno.
- Coordinaciones bimensuales para el envío de materiales desde el Hospital Rebagliati
- Informes mensuales

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:

Sobre los procesos involucrados durante la atención inmediata a un recién nacido con depresión severa donde el papel de cada profesional en especial de enfermería cumple un rol importante.

El Grado de cumplimiento de las funciones de enfermería en este proceso es de un 80%, puesto que existían algunas dificultades durante el proceso de comunicación previa para conocer anticipadamente el riesgo perinatal por los conflictos con otros profesionales, además de que se desconocían los protocolos o guías internacionales de Reanimación Neonatal actualizados lo que generaba descoordinaciones y dificultades durante el manejo del neonato con depresión severa al nacer.

En relación a los logros y avances de enfermería tras el reporte de los casos de depresión severa y las dificultades analizadas por el servicio de neonatología se logró optimizar la atención y desempeño profesional de enfermería durante su intervención al recién nacido con depresión severa puesto que toda intervención rápida y sistemática protocolizada unificando

criterios y logrando una adecuada comunicación interdisciplinaria bajo nuestro liderazgo.

Este logro fue realizado en colaboración de todo el equipo de enfermería motivándonos inicialmente a través de exposiciones y experiencias de enfermeras especialistas de otros hospitales como la Maternidad de Lima y Hospital Rebagliati con el objetivo de optimizar la atención inmediata al recién nacido con depresión severa. Para lograrlo las enfermeras del servicio de neonatología nos propusimos las siguientes intervenciones:

- Según la cantidad de nacimientos el año 2015 se atendieron 3460 nacimientos con una simultaneidad de nacimientos del 30% y a pesar de ello no se contaba con una enfermera exclusiva para la atención inmediata. Luego de realizarse la sustentación técnica, se logró contar con 01 enfermera exclusiva las 24 horas, actualmente los días operatorios se cuentan con 02 enfermeras durante el día.
- Se realizaron capacitaciones sobre la atención inmediata al recién nacido basados en la norma técnica neonatal.
- El 70% de enfermeras y el 50% de médicos lograron la certificación en Reanimación Neonatal por la Escuela de Emergencias y Desastres de Essalud, lo que permitió tener en claro los protocolos de atención inmediata y reanimación neonatal, así como la participación de los reanimadores (enfermeras y médicos) durante el proceso optimizando la comunicación y uniformidad de criterios.

Durante los años 2015 – 2017 se atendieron un total de 71 casos de depresión severa al nacer, condición que expone al recién nacido a una alta probabilidad de sufrir asfixia neonatal y a complicaciones asociadas. Entre ellos un caso resaltante, que motivo el presente informe: Un recién nacido femenino a término de 38 semanas de gestación en aparente evolución perinatal favorable, madre segundigesta de 37 años, se prolongó el tiempo de expulsivo, durante el alumbramiento el recién

nacido presentó triple circular de cordón ajustado, con líquido amniótico espeso; al nacer se encontraba totalmente flácido sin esfuerzo respiratorio, inmediatamente procedieron a cortar el cordón umbilical, el neonato fue trasladado a la servocuna e inmediatamente se procedió a la aspiración con ayuda del laringoscopio, lográndose la aspiración parcial del líquido meconial, luego se inició ventilación a presión positiva. Los minutos pasaban y el neonato había alcanzado un Apgar al primer minuto de 2, los latidos bajaban a menos de 100 latidos por minutos, por lo que se vivieron minutos de tensión. Se decidió la Intubación Endotraqueal y el inicio del masaje cardíaco con administración de adrenalina por tubo. Al segundo minuto el neonato alcanzó 5 puntos de Apgar y 7 a los 10 minutos. El neonato fue trasladado luego de estabilizarse en incubadora de transporte con ventilación a presión positiva e intubado a la unidad de cuidados intermedios para los cuidados correspondientes.

Finalmente, los marcadores de asfixia salieron positivos y el recién nacido presentó un cuadro de SALAM: síndrome de aspiración de líquido meconial recuperándose gradualmente.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

**CASOS DE DEPRESIÓN NEONATAL EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA –
LIMA 2015/2017**

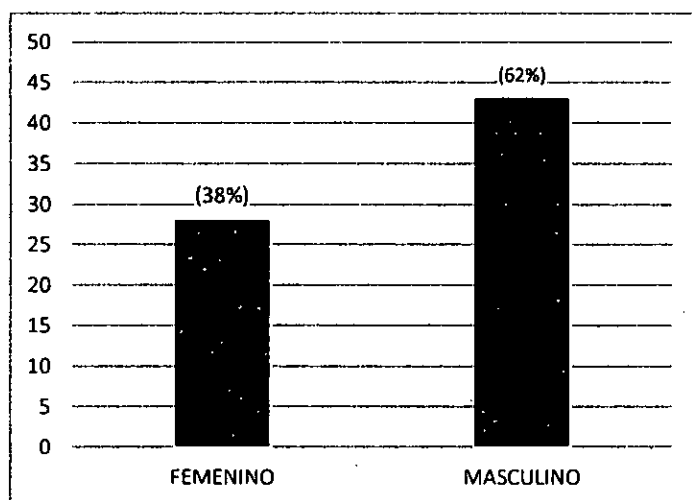
DEPRESIÓN NEONATAL	2015	2016	2017
Depresión Moderada	118	106	112
Depresión Severa	28	22	21
Total	146	128	133
N° Nacimientos Anuales	4367	3494	3172
% Depresión al Nacer	3.30%	3.6%	4.2%
% Depresión Severa/nacimientos	0.6%	0.6%	0.7%
Tasa de Depresión Severa	19.18%	17.19%	15.79%

Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el Cuadro N°4.1, respecto a los casos de depresión neonatal, tenemos que no existe diferencias significativas en el número de casos de un año al otro. Para el año 2015 se presentaron 28 casos de depresión severa que representan 0.6% del total de nacimientos para dicho año. En general el porcentaje de depresión neonatal (incluyendo todos los tipos), mientras que la tasa de depresión severa es del 19.18% considerando el total de casos de depresión al nacer, es decir que por cada 100 neonatos deprimidos 19 presentan depresión severa al nacer. Para el año 2016 se presentaron 22 casos de depresión severa que representan 0.6% del total de nacimientos para dicho año. En general el porcentaje de depresión neonatal (incluyendo todos los tipos), mientras que la tasa de depresión severa es del 17.19% considerando el total de casos de depresión al nacer, es decir que por cada 100 neonatos deprimidos 17 presentan depresión severa al nacer. Finalmente, para el año 2017 se presentaron

21 casos de depresión severa que representan 0.7% del total de nacimientos para dicho año. En general el porcentaje de depresión neonatal (incluyendo todos los tipos), mientras que la tasa de depresión severa es del 15.79% considerando el total de casos de depresión al nacer, es decir que por cada 100 neonatos deprimidos 15 presentan depresión severa al nacer.

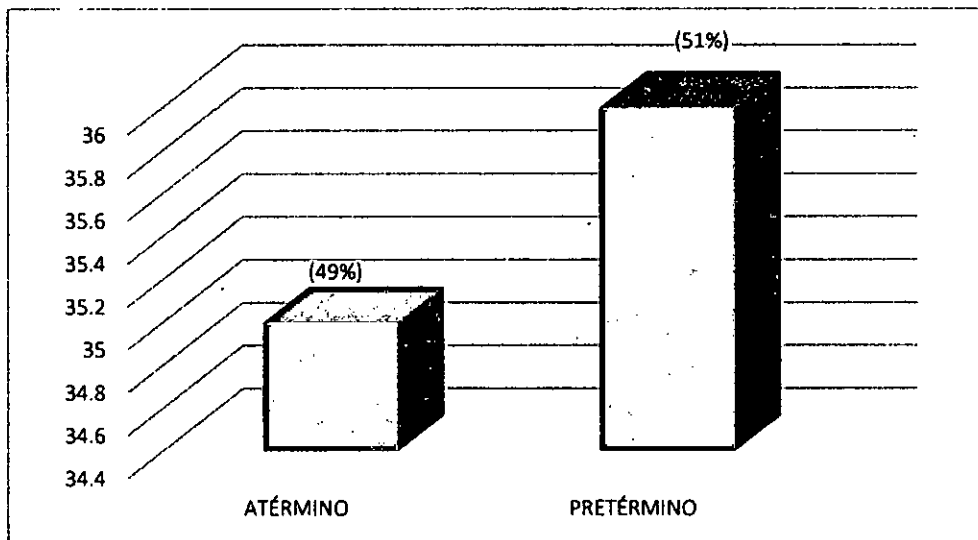
GRÁFICO N° 4.1
CASOS DE DEPRESIÓN SEVERA SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA 2015/2017



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el gráfico N°4.1, sobre los casos de depresión al nacer según el sexo, tenemos que del total de casos: 71 casos que representan el 100%, 28 casos (38%) corresponden al género femenino mientras que 43 casos (62%) que representa la mayoría de casos corresponde al género masculino, por lo que se concluye que este género presenta mayor vulnerabilidad a sufrir de depresión al nacer.

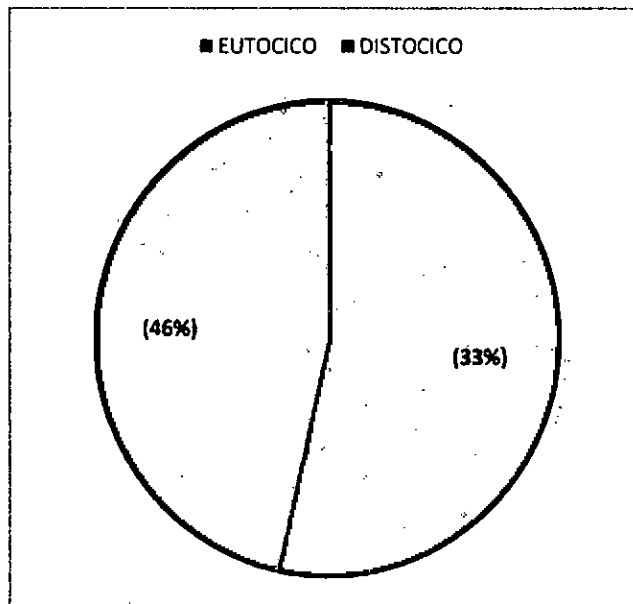
GRÁFICO N° 4.2
CASOS DE DEPRESIÓN SEVERA SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN
EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA 2015/2017



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el gráfico N°4.2 sobre los casos de depresión severa según edad gestacional tenemos que no existe diferencia significativa entre los grupos de neonatos según su edad gestacional: del total de casos: 71 casos que representan el 100%, 35 casos (49%) a término presentaron depresión severa al nacer, mientras que 36 casos (51%) fueron pretérminos.

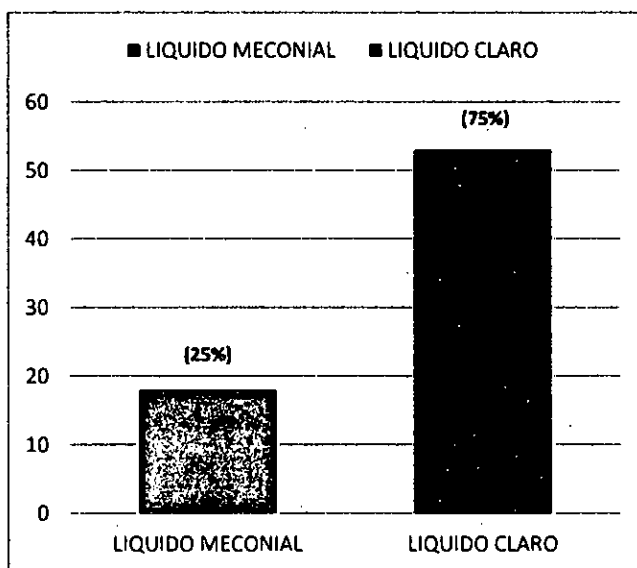
GRÁFICO N° 4.3
CASOS DE DEPRESIÓN SEVERA SEGÚN TIPO DE PARTO EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA
SCIPPA – LIMA 2015/2017



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el Gráfico N°4.3 sobre los casos de depresión severa según tipo de parto, se encontró que tampoco no existen diferencias significativas: del total de casos: 71 casos que representan el 100%, 33 casos (46%) de neonatos con depresión severa nacieron por parto distócico, mientras que 38 casos (33%) nacieron por parto eutócico

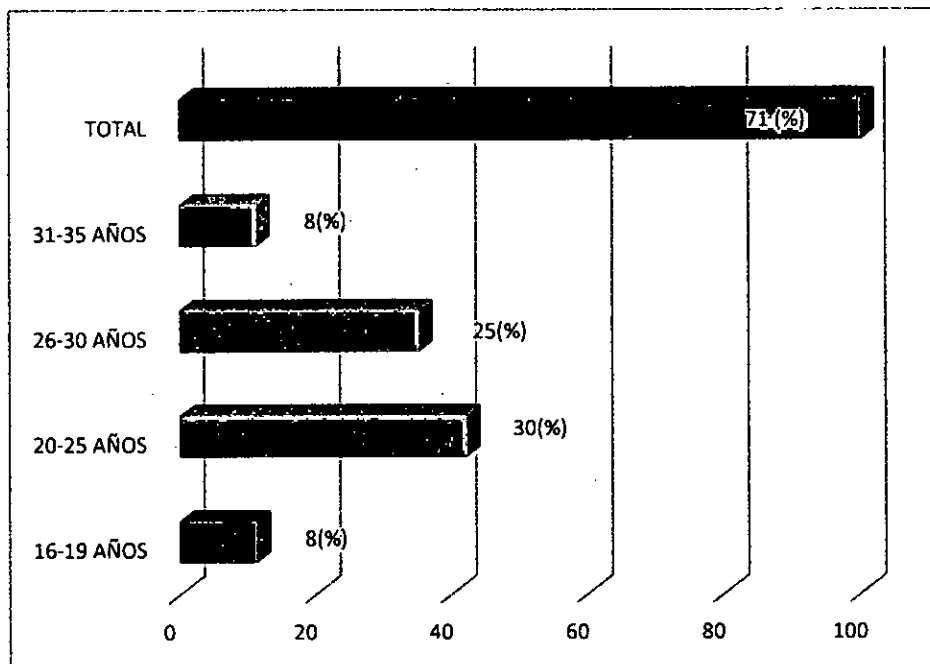
GRÁFICO N° 4.4
TIPO DE LIQUIDO AMNIOTICO AL NACER DE NEONATOS CON
DEPRESIÓN SEVERA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL MARINO MOLINA MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA
2015/2017



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el Gráfico N°4.4 sobre el tipo de líquido amniótico al nacer, se encontró que del total de casos: 71 casos que representan el 100%, 53 casos (75%) nacieron con líquido claro los cuales constituyen a la mayoría de casos, mientras que solo 18 caso (25%) presentaron líquido meconial al nacer. Por lo que se concluye que, a pesar que la presencia de líquido meconial es un factor de riesgo perinatal, su presencia y/o ausencia no determina o influye significativamente en la presentación de caso de depresión severa.

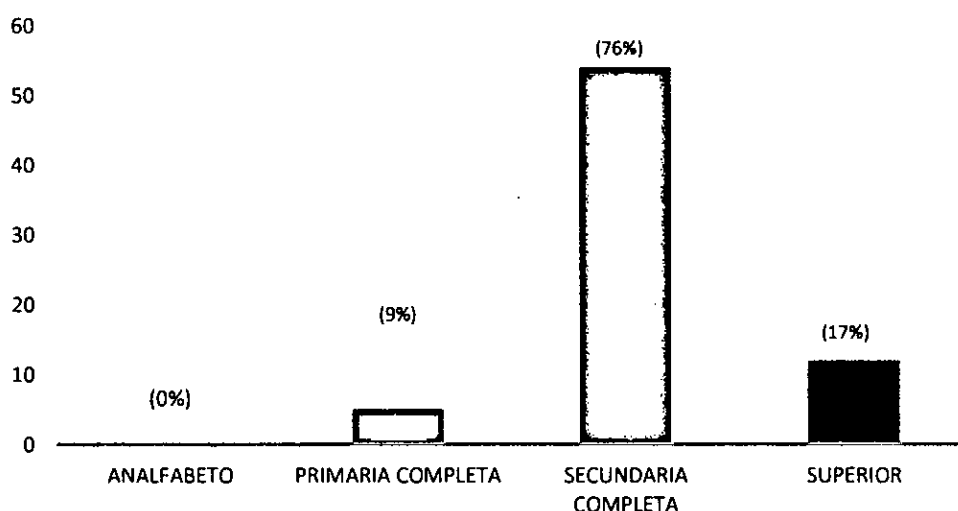
GRÁFICO N° 4.5
EDAD MATERNA DE NEONATOS CON DEPRESIÓN SEVERA DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA
MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA 2015/2017



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el Gráfico N°4.5 sobre la edad materna de los neonatos con depresión severa, se encontró que del total de casos: 71 casos que representan el 100%, la mayoría de edades corresponden al grupo etario de 20 a 25 años con 30 casos que representan el 42% y de 26 a 30 años con 25 casos (35%) un grupo poblacional de adultez joven, mientras que para el grupo etario de madres adolescentes y de 31 a 35 años se presentaron 8 casos para cada grupo que representan el 11%

GRÁFICO N° 4.6
GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA DE NEONATOS CON
DEPRESIÓN SEVERA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL MARINO MOLINA MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA
2015/2017

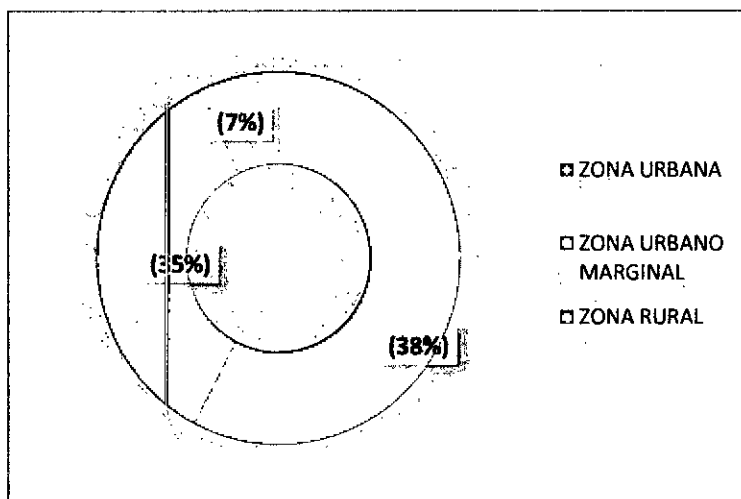


Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el Gráfico N°4.6 sobre el grado de instrucción materna de los neonatos con depresión severa, se encontró que del total de casos: 71 casos que representan el 100%, la mayoría de madres tiene un grado de instrucción de secundaria completa: 54 casos (76%), mientras que 12 casos (17%) corresponden a madres con grado de instrucción superior, 5 casos (9%) primaria completa y ningún caso (0%) es analfabeta.

GRÁFICO N° 4.7

PROCEDENCIA MATERNA DE NEONATOS CON DEPRESIÓN SEVERA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA 2015/2017

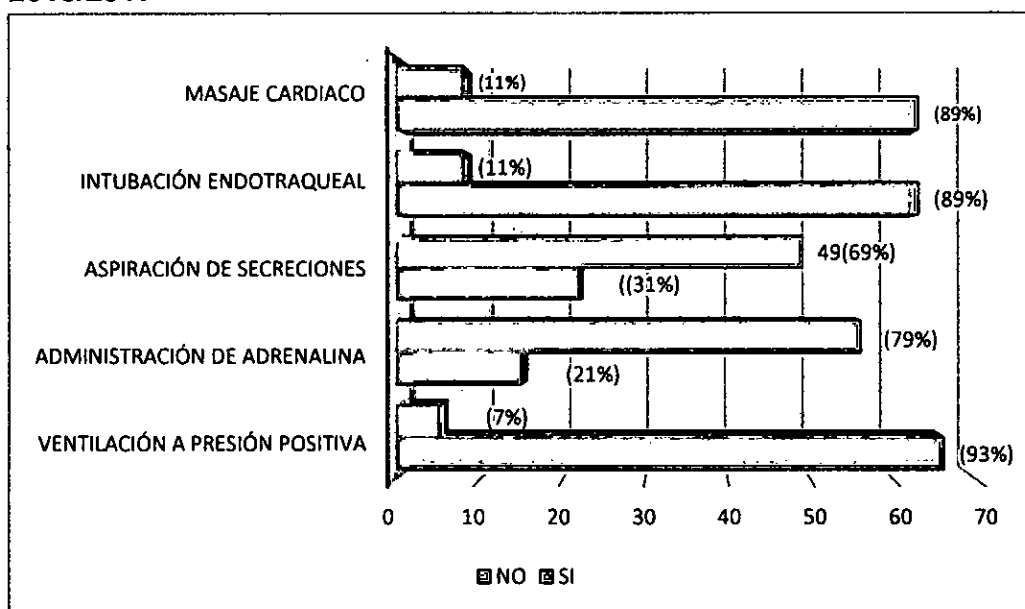


Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

En el Gráfico N°4.7 sobre el grado de instrucción materna de los neonatos con depresión severa, se encontró que del total de casos: 71 casos que representan el 100%, la mayoría de madres viven en zonas urbanas: 41 casos (38%), mientras que 25 madres viven en zona urbano marginal (35%) y solo 5 (7%) viven en zonas rurales.

GRÁFICO N° 4.8

PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN EFECTUADOS EN NEONATOS CON DEPRESIÓN SEVERA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA MARINO MOLINA SCIPPA – LIMA 2015/2017



Fuente: Libro de Virtual de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

El Gráfico N°4.8 sobre los procedimientos de reanimación efectuados en los neonatos con depresión severa, tenemos que la mayoría de casos han requerido de procedimientos tales como: Ventilación a presión positiva: 66 casos (93%), intubación endotraqueal y masaje cardiaco 63 casos (89%), mientras que los procedimientos de aspiración de secreciones y administración de adrenalina fueron los procedimientos menos realizados: 22 casos (31%) y 15 casos (21%) respectivamente

V. CONCLUSIONES

- a) La tasa de depresión severa en el Hospital Marino Molina ha ido disminuyendo gradualmente desde un 19.18% en el año 2015 hasta un 15.79% para el año 2017, la mayoría (63%) de sexo masculino. De total de recién nacidos con depresión al nacer un 93% necesitó reanimación básica con el uso de ventilación a presión positiva mientras que un 89% de los casos necesitó reanimación avanzada con intubación endotraqueal y masaje cardiaco.

- b) Se logró fortalecer los cuidados de enfermería para la atención inmediata al recién nacido con depresión severa, a través del abastecimiento y potenciamiento del recurso humano de enfermería, contándose con 01 enfermera exclusiva las 24 horas, actualmente los días operatorios se cuentan con 02 enfermeras durante el día, sustento según la cantidad de nacimientos anuales más de 3000 nacimientos con una simultaneidad de nacimientos del 30%.

- c) El 70% de enfermeras lograron la certificación en Reanimación Neonatal por la Escuela de Emergencias y Desastres de Es salud, lo que permitió tener en claro los protocolos de atención inmediata y reanimación neonatal, así como la participación de los reanimadores (enfermeras y médicos) durante el proceso optimizando la comunicación y uniformidad de criterios.

- d) Se realizaron capacitaciones sobre la atención inmediata al recién nacido basados en la norma técnica neonatal aprobado por el MINSA y la Guía técnica neonatal aprobado por Es salud.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer los programas de capacitación y entrenamiento anual en Reanimación Neonatal con certificación, dirigido a todo el equipo Neonatal.
- b) Fortalecer los programas de capacitación y entrenamiento anual en atención inmediata al recién nacido a término y pretérmino, dirigido a todo el equipo Neonatal.
- c) Fortalecer la capacidad de respuesta y del sistema de comunicación del equipo neonatal durante la atención al recién nacido prematuro con depresión severa.
- d) Fortalecer el sistema de transporte neonatal en coordinación con STAE para mejorar el sistema de atención al recién nacido crítico referido a un mayor nivel de complejidad.

VII. REFERENCIALES

(1) Moraes Mario, Silvera Jeffrey Fernando, Borbonet Daniel, Tournalles Alejandra, Vergara Adriana, Bustos Raúl. Atención neonatal del recién nacido deprimido severo de término. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2005 [citado 2018 Ene 30] ; 76(3): 202-209. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000300003&lng=es.

(2) Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 60a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008. Ops. Disponible en: http://new.paho.org/hss/dmdocuments/GRT_NeoNat_Estrategia_plan_accion_salud_recien_nacido-2008.pdf

(3) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

(4) Baisch MJ, Carey LK, Conway AE, Mounts KO. Perinatal depression: a health marketing campaign to improve screening. Nurs Womens Health [Internet]. 2010 [citado 8 Feb 2013];14(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20137040>

(5) José Alberto Correa, otros. Hipoxia Neonatal. Reanimación del recién nacido. Fundamentos de pediatría – generalidades y Neonatología. Editorial CIB. 2 edición, 1999.

(6) Pontificia Universidad Católica de Chile. Asfixia perinatal. Disponible en:

<http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Indice.html>

(7) Rodríguez Carballo Yordanka, Castillo Rodríguez Adonis A, López González Elizabeth C, Montes López Edith, Arenas Bautista Carmen M, Rodríguez Rubio Noemí. Morbilidad y mortalidad en recién nacidos con depresión. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Ene 30] ; 40(4): 358-367. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000400002&lng=es.

(8) CA, Álvarez -Gómez et al. Factores influyentes en la depresión neonatal en Santa Cruz del Norte. 2014. Revista de ciencias médicas la Habana. Vol. 20(3) pag.367- 378

(9) L. Pino-Ocampos et al. Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Neonatal. 2016. Rev. Inst. Med. Trop;11(1)22-34

(10) Atención del recién nacido en sala de partos. Reanimación Neonatal. CCAP. Módulo 1. Octubre de 2001.

(11) American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 15: Neonatal Resuscitation. Circulation. American Heart Association. 2016; 122 (suppl): S909-S919.

(12) Recomendaciones en Reanimación Neonatal 2011. 1a parte: Pasos Iniciales Evaluación posterior. Arch Argent Pediatr 2011; 109 (5):455-463/455 4

(13) Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007

(14) Fawcett J. The nurse theorist: 21st-century updates-Callista Roy. Nursing Science Quarterly,15, [periódico en la Internet]. 2002, [Consultado Enero, 2018] Disponible en, <http://nsq.sagepub.com/cgi/reprint/15/4/308>

(15) Díaz de Flores Leticia, Durán de Villalobos María Mercedes, Gallego de Pardo Patricia, Gómez Daza Bertha, Gómez de Obando Elizabeth, González de Acuña Yolanda et al . Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán [Internet]. 2002 Dec [cited 2018 Jan 30] ; 2(1): 19-23. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en.

(16) Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Ene 30] ; 36(6): 835-845. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.

(17) Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery[Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 14(3):611-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>

(18) Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos[Internet]. 2013[citado9 Jul 2014]; 24(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>

(19) Mariner y otros. (1999). Modelos Y Teorías De Enfermería. 4° Edición.

(20) Alan R. Spitzer. Perinatal Asphyxia and Hypoxic-Ischemic Brain Injury in the Full-Term Infant. Intensive Care the Fetus and Neonate. 2 editions. 2005

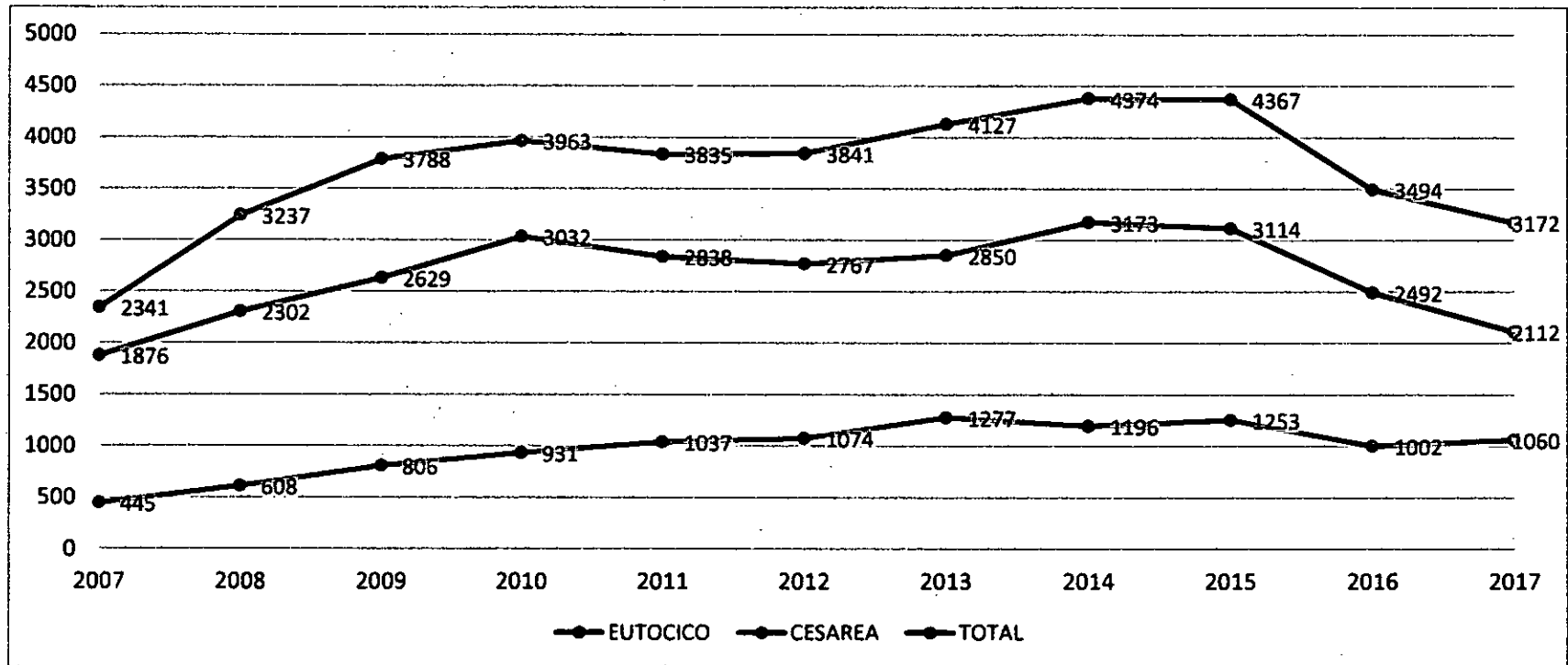
(21) Montero Vizcaíno Yuleimis, Balleste López Irka, Vizcaíno Alonso Maria del Carmen, Izquierdo Santa Cruz Mileydys. Depresión neonatal en el neonato a término relacionada con factores maternos. Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa, 2009. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Ene 30] ; 30(4): 471-477. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000400005&lng=es.

(22) Oraes Mario, Silvera Jeffrey Fernando, Borbonet Daniel, Turrelles Alejandra, Vergara Adriana, Bustos Raúl. Atención neonatal del recién nacido deprimido severo de término. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2005 [citado 2018 Ene 30] ; 76(3): 202-209. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000300003&lng=es.

ANEXOS

ANEXO N° 01

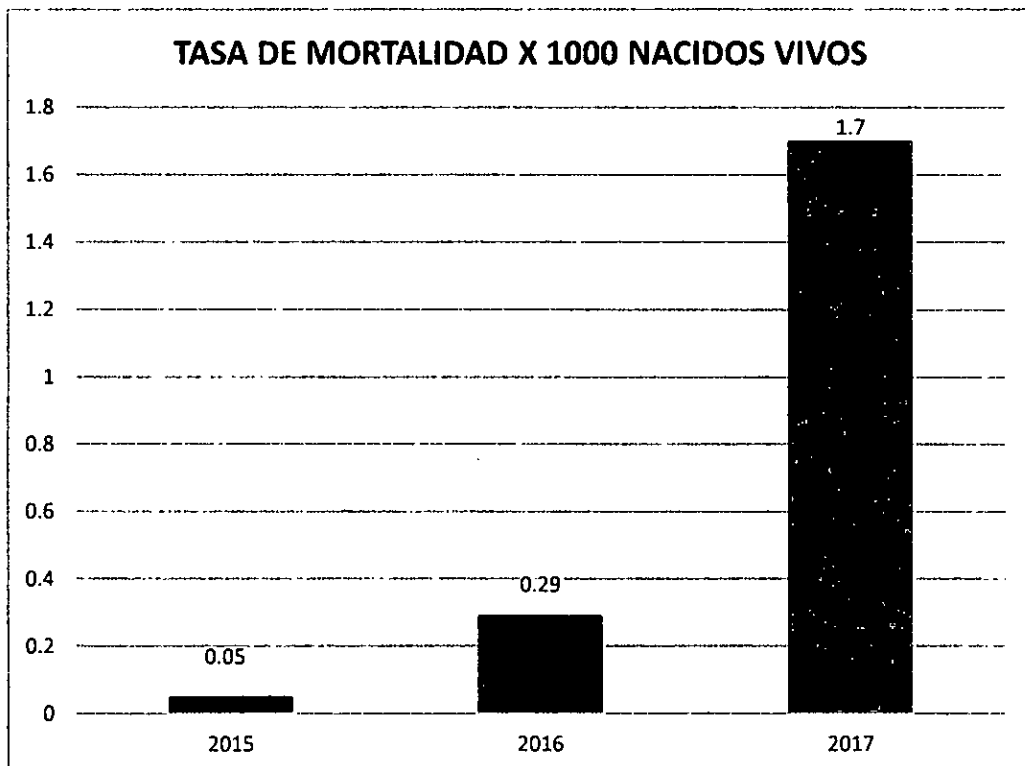
TENDENCIA ANUAL DE NACIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA 2007/2017



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

ANEXO N°2

**TASA DE MORTALIDAD ANUAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA/ 2015 – 2017**



Fuente: Libro de Nacimientos del servicio de neonatología del HMMS

ANEXO N°3

MORBILIDAD NEONATAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA 2017

PATOLOGÍAS	Total	%
Sepsis	174	17
Macrosomico	154	15
Depresion moderada	75	7
Deshidratacion	71	7
Ictericia	68	7
SDR	54	5
Prematuridad	41	4
Bronquiolitis SOBA	33	3
Depresion severa	24	2
SD Emetico	21	2
Otros	319	31
TOTAL	1033	100%

Fuente: Libro de Ingresos de la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales del servicio de neonatología del HMMS

ANEXO N°4

GUIA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

N° Ficha:

N° HC:

A. DATOS DEL NEONATO:

- 1.- Edad Gestacional: _____
- 2.- Sexo: H () M ()
- 3.- Apgar al 1' _____ 5' _____
4. Líquido Amniótico: _____
5. Tipo de Parto: _____

B. DATOS DE MATERNOS:

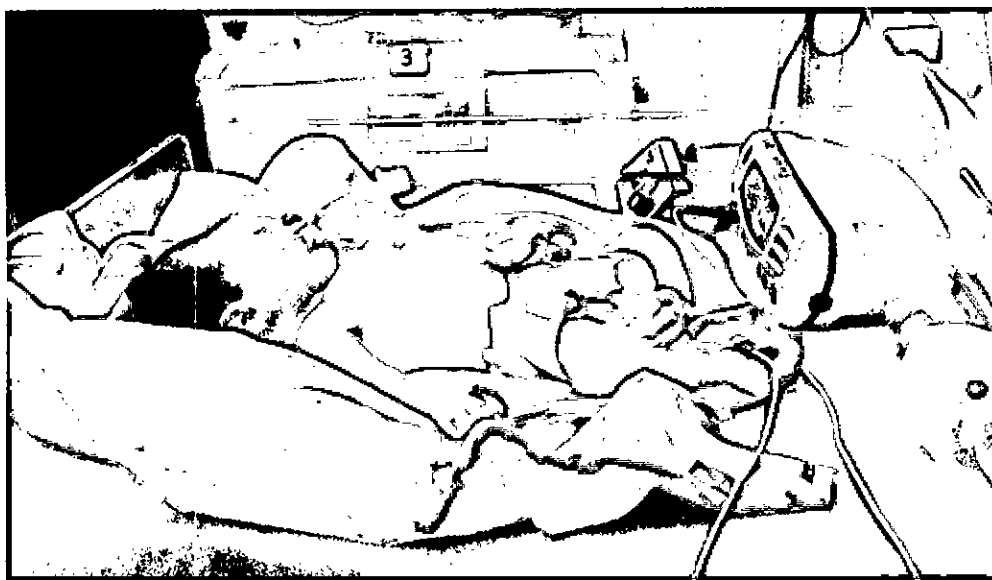
- 6.- Edad Materna: _____
- 7.- Procedencia: Rural _____ Urbano Marginal _____ Urbana _____
- 8.- Grado de Instrucción: _____

9. PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN NEONATAL:

PROCEDIMIENTOS	SI	NO
Ventilación a Presión Positiva		
Administración de Adrenalina		
Aspiración de Secreciones		
Intubación Endotraqueal		
Masaje Cardiaco		

ANEXO N°5

**FOTOGRAFÍAS DEL NEONATO CON DEPRESIÓN SEVERA
SELECCIONADO PARA EL CASO**



ANEXO N° 6

**RECOLECCION DE DATOS A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA A LA
MADRE GESTANTE**



ANEXO Nº 7

VERIFICANDO EQUIPOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INMEDIATA



ANEXO N° 8

**REALIZANDO LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PARA
PERMEABILIZAR VÍAS AÉREAS**



ANEXO Nº 9

**VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA AL RECIÉN NACIDO CON
DEPRESIÓN**



ANEXO Nº 10

ASCULTANDO AL RECIÉN NACIDO

