

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON APGAR
BAJO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL CENTRO DE
SALUD LA LIBERTAD I-4, HUANCAYO-2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN
NEONATOLOGIA**

IVONNE MELINA CHUQUILLANQUI BONIFACIO

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 66-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Marzo del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCION	2
I. DESCRPCION DE LA SITUACION PROBLEMATICA	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Marco Conceptual o Referencial	15
III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA	22
3.1 Valoración	24
3.2 Diagnóstico de Enfermería	31
3.3 Planificación	33
3.4 Ejecución y Evaluación	36
IV. CONCLUSIONES	38
V. RECOMENDACIONES	42
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
ANEXOS	44

INTRODUCCION

El presente Trabajo Académico denominado “Cuidados de Enfermería en recién nacidos con Apgar bajo en el servicio de Hospitalización del Centro de salud la Libertad I-4, Huancayo-2020”; fue motivo de estudio ya que el APGAR bajo al nacer representa un serio problema en la salud neonatal, así también de acuerdo a las prioridades nacionales de investigación para el periodo del 2015 al 2021, es importante por ser la prioridad número uno: la Salud materna, perinatal y neonatal.

La experiencia laboral para el desarrollo de este trabajo fue en el Centro de Salud La Libertad I-4 cuya jurisdicción abarca el Distrito de Huancayo, Pariahuanca y otros de la Provincia de Huancayo, debido a su nivel de “I-4” se atienden partos no complicados y recién nacidos a término en su mayoría; sin embargo, ha habido casos de gestantes que acudieron en periodos expulsivos, gestantes sin controles previos, otras tuvieron partos prolongados.

Y a pesar del nacimiento de neonatos a término con buen peso se han presentado casos de neonatos con Apgar Bajo al Nacer. Hace 3 años que vengo laborando en el área de sala de partos brindando atención inmediata de Recién nacidos y área de Hospitalización donde se realiza el alojamiento conjunto de los neonatos.

Se han presentado nacimientos con Apgar bajo donde se hace imprescindible las competencias y capacidades del profesional de enfermería para brindar cuidados especializados en los recién nacidos ya que la probabilidad que se produzcan secuelas neurológicas se aumenta entre 2 y 5 veces, cuando se presentan además convulsiones neonatales.

(3)

Los recién nacidos a término con una adaptación cardiopulmonar normal deberían obtener un puntaje de 8-10 al 1er minuto y los 5 minutos. Puntajes de 4-7 requieren una atención y observación cercana para determinar si el status del bebé mejorará y para determinar si alguna condición patológica 10 resultante del parto o intrínseca del infante con la que haya nacido, están contribuyendo para el bajo puntaje de Apgar.

En tal sentido el presente trabajo académico tiene como objetivos describir y mejorar los cuidados de enfermería, prevenir complicaciones y /o secuelas asociadas al Apgar bajo; otro objetivo también es coadyuvar el marco de conocimientos referente a los cuidados de enfermería en recién nacidos con Apgar bajo e incentivar a crear protocolos de aspectos importantes en el cuidado de los recién nacidos mejorando la calidad de atención en el Centro de Salud La Libertad I-4.

I. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida; aproximadamente 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y cerca de 1 millón en los 6 días siguientes. El hecho aislado que un recién nacido tenga un Apgar bajo es un evento muy serio que de no mediar una adecuada y oportuna reanimación lo pone en riesgo de muerte o secuelas neurológicas y/o de otros órganos.

En la actualidad a nivel mundial, el APGAR bajo es uno de los problemas que está generando la morbilidad neonatal y deterioro neurológico, el cual presenta diferentes cifras según el desarrollo de los países y de los regímenes en el área de salud integral y educación (5).

La problemática de APGAR bajo al nacer en los últimos 20 años ha disminuido considerablemente en países desarrollados, por lo tanto, en el 2011 según la OMS se reportaron tasas tales como 2,31 % en Singapur, 2,75 % en Suecia, 2,79 % en Japón, 3,25 % en Islandia y 3,33 % en Francia por 1.000 nacidos vivos (6). Además en el 2013 se observaron cifras alarmantes de APGAR bajo al nacer lo que contribuye significativamente a la morbilidad en países en vías de desarrollo de Latinoamérica por ende según el MINSA de Bolivia reportaron tasas de 27%, Brasil de 10,8% y Ecuador de 9%. Asimismo en el Perú según el MINSA en el 2012, informó que la mortalidad neonatal, ligada al embarazo y parto constituyó la primera

causa de muerte neonatal y representa un 10 %. Por ello según el Instituto Nacional Materno Perinatal en su boletín del 2013 reportó que la incidencia de APGAR bajo al nacer en recién nacidos fue de 3,7% (7)

En el Departamento de Junín durante el 2010-2018 las provincias que notifican la mayor proporción de muertes neonatales son: Huancayo con el 41% de las defunciones neonatales, Satipo con el 29% y Chanchamayo con el 15%. (8)

En el Centro de Salud La Libertad I-4 en el año 2019 se atendió 642 recién nacidos, según el reporte HIS (Información Estadística) y el Libro de Atención de Partos de los cuales los neonatos con Apgar bajo al nacer fueron 23. En el presente 2020 de enero a febrero hubo 128 neonatos, 4 con Apgar bajo.

El cuidado crítico neonatal debido a puntajes de APGAR bajo al nacer si bien ha mejorado en las tasas de supervivencia, aún no se consigue controlar completamente la aparición de la serie de secuelas generadas en el neurodesarrollo en una parte significativamente elevada de sobrevivientes. Tales secuelas incluyen parálisis cerebral, retardo mental, epilepsia, trastornos en la alimentación, déficit auditivo, visual, de la atención, hiperactividad y labilidad emocional, con fracasos posteriores en el aprendizaje, además en APGAR con puntaje bajo al nacer es suficiente como para causar encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) como también acidosis metabólica significativa y persistente elevando así la mortalidad

neonatal y dejando secuelas neurológicas severas (9).

Es necesario la mejora en la calidad de los cuidados prenatales, la detección precoz de los factores asociados con APGAR bajo al nacer. Es muy importante mejorar la atención en los establecimientos de salud de nivel I-4 que involucra tanto a los profesionales de salud como a los usuarios. En la actualidad la atención del parto institucional debe ser imprescindible respetando los derechos de la madre y su hijo; con un acompañamiento respetuoso, responsable y competente de los profesionales del equipo de salud que tienen a su cargo atender la atención de la madre y su recién nacido., asimismo es necesario disponer de personal entrenado en reanimación neonatal, además del equipamiento apropiado y así continuar con esfuerzos destinados a reducir el APGAR bajo al nacer (10). En este contexto el APGAR bajo al nacer se ha configurado como un serio problema y genera una preocupación creciente para la salud pública del país.

Enfermería, forma parte del equipo multidisciplinario que se encarga de la recuperación del paciente, debido a su conocimiento. Experiencia, proximidad con el recién nacido y la capacidad para interpretar la información fisiológica y del comportamiento, para discernir la respuesta del recién nacido al tratamiento y al ambiente. Durante los años ochenta y principios de los noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la American Joint Commission on Accreditation of Hospital expresaban, que el proceso de enfermería

debe ser integrado a la práctica diaria, así como a los documentos propios de la disciplina. La enfermería como profesión de la salud cuyo objetivo es el cuidado de la vida de la salud del individuo, la familia y la comunidad ha buscado a través de su historia estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional. La aplicación de estas guías, permitirá no solo unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad de cuidar, sino que fundamentalmente contribuya a mejorar las condiciones de salud de nuestra población, logrando siempre cuidados más competentes, eficaces y humanizados. (11)

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

A nivel internacional:

- **CASTILLO CONTO, KANIETT JALONENSKY, 2017-Nicaragua** realizaron el estudio titulado: “Factores de riesgos maternos asociados a puntaje de Apgar bajo y moderado a los 5 minutos en recién nacidos provenientes del servicio de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque Managua, Nicaragua. Enero-junio 2016”, Se trata de un estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, realizado en el Hospital “Bertha Calderón Roque”, de perfil ginecoobstétrico, ubicado en la ciudad de Managua, Nicaragua. El universo estuvo conformado por 4, 919 partos atendidos en el hospital Bertha Calderón Roque entre enero-junio 2016. La muestra total fueron 23 casos y 45 controles que cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20, tomando en cuenta pruebas como valor de P y Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%. No se encontró asociación estadística con factores como edad, antecedentes médicos y patologías asociadas al embarazo. En cambio, se encontró asociación estadística con los siguientes factores: Edad gestacional menor a 37 semanas: (Valor de P 0,00. OR 4,03 IC95% 4,02-34.), Bajo peso al nacer (Valor de P 0,00. OR 2,99 IC95% 2,70-20,3 Expulsivo prolongado (Valor de P 0,03, OR

1,70 IC95% 1,55-58,0), líquido amniótico teñido de meconio (Valor de P 0,05, OR 2,76 IC95% 1,23-25,1). La prematuridad, el bajo peso al nacer, el expulsivo prolongado y el líquido meconial constituyeron factores de riesgo en esta población para un puntaje Apgar menor de 6.

- **LAI, FLATTLEY, & KUMAR, 2017, Australia** desarrollaron un estudio titulado “ Factores maternos y perinatales asociados a puntuación de Apgar baja o moderada en comparación con puntuación Alta”, fue un estudio con una población de 58429 bebés nacidos a término y nacidos en el Mater Mother’s Hospital en Birsbane, Australia, en 2007 – 2013, los factores obstétricos y los resultados de los nacimientos se compararon para los neonatos agrupados en tres categorías según su Apgar de cinco minutos: bajo menor igual a 3, moderado de 4 a 6 y algo mayor e igual a 7. Teniendo como resultados que: Solo el estado del seguro público materno (OR 2.1, IC 95% 1.5-3.1), presentación de nalgas (OR 2.4, IC95% 1.1-4.6), otra presentación no cefálica (OR 9.5 IC95%: 2.2-25.4), uso de narcóticos intramusculares (OR 2.3, IC95% 1.5-3.5) y presencia de meconio (OR 3.7, IC 95% 2.5-5.4) se asociaron significativamente con puntuaciones de Apgar bajas. Las variables asociadas significativamente con un puntaje de Apgar moderado fueron: estado de seguro público materno (OR 2.7 IC 95%: 2.2-.3.3), nuliparidad (OR 2.0 IC 95% 1.7- 2.5), parto por cesárea de

emergencia (OR 2.4, IC 95% 2.1-3.2), parto instrumental (OR 2.3, IC 95% 1.9-2.9) y presencia de meconio (OR 2.6, IC 95% 2.1-3.2). Se plantea como conclusión que los factores asociados con las puntuaciones de Apgar bajas y moderadas varían en tipo y grado de influencia. Las distinciones en el contexto perinatal pueden ayudar a predecir el compromiso del recién nacido y acelerar la prestación de atención.

- **ODD D, et al. 2013, Suecia,** investigaron " Los factores sociales según la evaluación de la ocupación materna, la educación con la mala condición de nacimiento y el Apgar por bajo", el estudio lo realizaron durante un período de 30 años en Suecia, en todos aquellos nacidos entre 1973 y 2002; encontrando que madres con ocupaciones no manuales o con mayor nivel educativo fueron menos propensas a tener un bebé nacido en mal estado que el grupo de referencia; y en la última década hubo menos evidencia de una asociación. (12)
-
- **SALUSTIANO E, et al. el 2012- Brasil,** " Asociación entre el Apgar de menos de siete a los cinco minutos y los factores pre y post natales", mediante un estudio de cohortes y de casos y controles retrospectivo en 27 252 recién nacidos a término en una población de bajo riesgo obstétrico entre enero de 2003 y diciembre de 2010; encontrando que después de un análisis de regresión múltiple se

repetieron desaceleraciones tardías en la cardiotocografía (OR: 2,4 , IC 95 % : 1.4-4.1) y se prolongaron en la segunda etapa del parto (OR : 3,3 , IC 95 % : 1.3 a 8.3) lo que a su vez se asoció con puntaje Apgar a los 5min < 7 . 10 Concluyendo que las desaceleraciones tardías repetidas y la prolongación de la segunda etapa del parto en la población de bajo riesgo son predictores de Apgar bajo a los 5 minutos < 7. (14)

- **FLORES, GONZÁLEZ, TORRES, 2012 En México** desarrollaron un estudio titulado “Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con APGAR bajo recuperado del Hospital Manuel Gonzales”, cuyo objetivo fue determinar la morbilidad neonatal que presentó un grupo de recién nacidos a término con APGAR bajo recuperado. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, y transversal. Durante el periodo de estudio, se registraron 5,287 nacimientos en el hospital, de los cuales 725 ingresaron a neonatología por algún padecimiento. De éstos, 120 (16.5%) se consideraron dentro del rubro de Apgar bajo recuperado y son los expedientes que se analizaron. Como resultado manifestaron que nacieron de parto eutócico 51 casos y por cesárea 69, durante su hospitalización se presentó morbilidad en 29 pacientes destacando: ictericia neonatal en 19 casos, conjuntivitis en cinco, fractura de clavícula en dos, policitemia en uno, cefalohematoma en uno y taquipnea transitoria en uno. Se concluyó

que ninguno de los pacientes con APGAR bajo recuperado que diagnosticado con asfixia al egreso y sólo en 24.1% del grupo se presentó morbilidad neonatal. Este antecedente de investigación colaboró con la realización del marco teórico. (15)

A nivel nacional:

- **VILCAPAZA YUCRA, Lisbeth, 2017-Lima**, “Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, julio 2015 - diciembre 2016”, Realiza un estudio analítico, de casos y controles. La población de estudio constituida por 166 neonatos según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin puntaje de Apgar bajo al nacer. Un total de 83 casos y 83 controles completan la muestra. Las variables que resultan asociadas son: la cesárea como vía de parto ($p = 0$, OR: 7.71 [3.06 -19.43]), líquido amniótico meconial ($p = 0$ OR: 11.89 [4.17-33.90]), presentación anómala ($p = 0$, OR: 2.88 [1.03 - 8.02]) y la educación materna inadecuada, entendida como secundaria incompleta ($p = 0$, OR: 4.76 [1.93 - 11.69]). La investigación concluye que la cesárea, líquido amniótico meconial, presentación anómala y secundaria incompleta son factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo al nacer.
- **TORRES, 2016-Lima**, “Los Factores de riesgo que se asocian a score de Apagar bajo en el servicio de Neonatología del Hospital de

Ventanilla”, se realizó una investigación analítica, 11 11 retrospectiva de tipo caso control en 160 recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla periodo de julio a diciembre del 2016 divididos en 2 grupos: 80 recién nacidos con Apgar <7 y 80 con Apgar ≥7. Proceso los datos mediante el paquete estadístico SPSS V 22.0 utilizando para el análisis OR con IC95%, y la prueba chi -cuadrado $p < 0.05$, encontrando como resultado que los factores de riesgo fueron el embarazo adolescente (OR=3.6 $p < 0.003$), ITU en gestantes (OR=4.0 $p < 0.000$), Preeclampsia (OR=4.5 $p = 0.015$), cesárea (OR=2.33 $p < 0.020$), prematuridad (OR=4.0 $p < 0.012$), bajo peso al nacer (OR=5.5 $p < 0.016$), líquido amniótico meconial espeso (OR=8.2 $p < 0.002$) circular de cordón (OR= 4.9 $p < 0.00$), control prenatal deficiente (OR= 4.5 $p = 0.00$), dando como conclusión que los factores de riesgo que se asocian a score de Apgar bajo al nacer fueron el embarazo adolescente, la Preeclampsia, ITU en gestante, el tipo de parto “Cesárea”, el líquido amniótico meconial espeso, la prematuridad, el bajo peso al nacer, el circular de cordón y la atención prenatal deficiente.

- **RAFAELO CONVERSO, FIORELLA SARA, 2016-Huánuco,** “Factores Maternos relacionados con el Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2016” El presente trabajo de investigación se

estudió con el objetivo de determinar la relación de los factores maternos con el APGAR bajo al nacer en neonatos atendidos en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco -2016. Se realizó un estudio relacional observacional, retro prospectivo, transversal y analítico. Para tal efecto se trabajó con una muestra de 500 historia clínicas neonatales, al total de historias clínicas se le aplicó la ficha de recolección de datos, lo que permitiendo medir y evaluar dichos factores maternos en los neonatos se realizó un análisis bivariado para el análisis inferencial con la prueba chi cuadrado. Los resultados indican que los factores maternos que se relacionan con el APGAR bajo al nacer fueron. Las características gineco-obstétricas: tipo de parto (cesárea), atenciones prenatales (sin atención prenatal), líquido amniótico (líquido amniótico meconial), sin monitoreo fetal, la duración de trabajo de parto (prolongado)). las enfermedades médicas maternas :(diabetes, hipertensión arterial, ITU) Al finalizar la investigación se llegó a la conclusión que los factores maternos: Guardan relación estadísticamente significativos con el APGAR bajo a lo que nos permite aceptar la hipótesis alterna.

- **ARANA, 2014, En Trujillo** desarrollaron un estudio titulado "Factores de riesgo asociados a puntaje APGAR bajo al nacer en neonatos del hospital Belén de Trujillo periodo enero 2009-diciembre

2013”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer en el Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 84 neonatos según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin puntaje Apgar bajo al nacer. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fueron: prematuridad, bajo peso al nacer, la preeclampsia, el periodo expulsivo prolongado, el líquido amniótico meconial y la cesárea. Concluyo que la prematuridad, el bajo peso al nacer, la preeclampsia, el expulsivo prolongado, el líquido amniótico meconial y la cesárea son factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer. (16)

- **RODRÍGUEZ, 2014-Lima, “Los principales factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término en el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima – Perú durante el año 2013”**, realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional analítico de tipo casos y controles. Comparó 200 recién nacidos a término que presentaron un puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos con igual número de recién nacidos a término con Apgar normal. Resultados: La incidencia de Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término fue 0.8%. Los principales

factores de riesgo para Apgar bajo a los 5 minutos fueron: parto podálico vía vaginal (OR 4.4), segundo gemelar (OR 4.12) y desprendimiento prematuro de placenta (OR 2.8). El tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, primiparidad, edad materna > 35 años, nacimiento nocturno, primer gemelar, bajo peso al nacer, macrosomía fetal, y sufrimiento fetal agudo también fueron factores de riesgo significativos para Apgar bajo a los 5 minutos. En este estudio el riesgo social, el parto por cesárea y la analgesia epidural no se asociaron con Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término. Conclusiones: Diversos factores obstétricos se asocian con Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término. (18).

2.2 Bases Teóricas

JEAN WATSON, “Teoría del cuidado humanizado”: El cuidar es la médula de la profesión de enfermería; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos centrar nuestra dedicación para preservarlo dentro de nuestra práctica asistencial, gestora, de formación y/o de investigación. Según Watson, la vehemencia de la enfermería reside en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, busca definir un resultado de actividad científica relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, afirma que tratando a los demás como personas únicas, el cuidador percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de único.

El principal fundamento conceptual para el presente trabajo académico se basa en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, donde se establece que el arte de enfermería incluye la disponibilidad de recibir al otro, al recién nacido, el cuidado está condicionado a factores de cuidado; el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar; un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial y permite al individuo elegir la mejor opción”; la práctica del cuidado es central en la enfermería; el cuidado genera más salud que curación; “el cuidado es el eje central de enfermería.

RAMONA T. MERCER "Teoría de adopción del rol maternal" La Teoría de Mercer se basa en una amplia investigación en los años 60 la cual proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora Reva Rubin en la Universidad de Pittsburgh. Rubin es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Ella expone dentro del planteamiento general de los sistemas La relación de Madre: Empatía- sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado- Relación con los padres en la niñez. Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud. Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño. Resultado en el niño: Desarrollo cognitivo, mental, conducta, salud, competencia social. Todos estos roles que atribuye Mercer los encierra en un microsistema,

este se encuentra dentro de un macrosistema que pueden estar determinados por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, entorno cultural determinando comportamientos de todo lo que este dentro de ellos.

Esta teoría está relacionada con el trabajo académico ya que en su teoría habla de la importancia del cuidado de la enfermería, su capacidad para desarrollar estrategias de valoración más aun en recién nacidos con Apgar Bajo.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Historia del APGAR

En 1952 la Dra. Virginia Apgar, médico anestesista, propuso evaluar la vitalidad de los recién nacidos (RN) en el instante inmediato al nacer, a través de cinco signos clínicos objetivos y fáciles de describir y, relacionar el resultado con algunas prácticas anestésicas y obstétricas. Los signos clínicos que se establecieron fueron: frecuencia cardíaca, considerado el más importante en diagnóstico y de pronóstico, esfuerzo respiratorio, la irritabilidad refleja que se refería a la respuesta a estímulos, el tono muscular y el color era el signo más insatisfactorio en su evaluación y causaba muchas discusiones entre los observadores. Todos los niños eran e cianóticos al nacer y la desaparición de la cianosis dependía directamente de dos signos anteriores, de la frecuencia cardíaca y del esfuerzo

respiratorio. A pocos niños se le otorgaba puntaje dos en color y varios recibían cero. Muchos niños por razones misteriosas en esa época persistían con cianosis de manos y pies a pesar de una excelente ventilación y estar recibiendo oxígeno, cientos de niños al ser evaluados a los 5 y 10 minutos no lograban puntaje de diez por persistir con cianosis distal.

La mayoría de las muertes neonatales ocurría en las primeras 24 horas de vida. De tal manera el estudio de la Dra. Apgar consistió en estandarizar la evaluación de los RN a través de los signos descritos, se hizo además un análisis del efecto de algunos tipos de anestesia y se relacionó el resultado obtenido y las muertes neonatales, por tanto ingresaron 2096 neonatos, entre los RN de término hubo 65 niños con puntaje entre 0 a 2, de ellos fallecieron 14% y, entre los niños con puntaje 8 a 10, fallecieron 0,13%.La Dra. Apgar concluyó que el pronóstico del RN era bueno si obtenía puntaje sobre tres y era muy pobre si este puntaje era menor. Este trabajo fue publicado en la revista *Anesthesia and Analgesia* en 1953. Este sistema de evaluación propuesto por ella significó, tener una persona que atendiera a los neonatos en la sala de partos y fue rápidamente adoptado en todos los centros de EEUU y posteriormente en todo el mundo. Al principio Virginia Apgar propuso realizar la valoración un minuto después del nacimiento, como guía para la necesidad eventual de una resucitación, pero insistió en que los médicos no debían esperar el minuto completo para dar la puntuación y resucitar a un bebé que estuviera deprimido. Más tarde

decidió realizar la puntuación a intervalos más prolongados para valorar la respuesta de un recién nacido que hubiera requerido alguna maniobra de resucitación. Finalmente, se estandarizó la puntuación APGAR a los cinco minutos del nacimiento, la Dra. Virginia Apgar tuvo la intención que fuera medido por el anestesiólogo o por la enfermera circulante.

Esta puntuación se presentó en el Congreso Internacional de Investigación de Anestesia en 1952, inicialmente hubo resistencia para aceptarla, pero finalmente se aceptó y ahora se usa en todo el mundo.

2.3.2 Definición de APGAR

Es un examen clínico que se realiza al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, en donde los enfermeros realizan una prueba en la que se valoran cinco parámetros para obtener una primera valoración simple, y clínica sobre el estado general del neonato después del nacimiento.

2.3.3 APGAR bajo

Un APGAR bajo se define cuando se presenta un puntaje menor de 7 puntos, lo cual indica una condición anormal, pero sin relacionarse con alguna patología específica o en los eventos acontecidos durante el parto, puede deberse a diferentes factores.

2.3.4. La calificación de APGAR

Generalmente, la puntuación de APGAR se realiza dos veces: la primera

vez al transcurrir un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento, un valor de 7 o mayor indica que la condición del neonato es buena o excelente. De los 2 scores, el de los 5 minutos es considerado como el mejor predictor de supervivencia en la infancia. En ocasiones, si existen problemas graves relacionados con la condición del bebé y los primeros dos resultados de la prueba, puede realizarse una tercera vez a los 10 minutos después del nacimiento del bebé. Para dar el puntaje final de APGAR, consiste en evaluar cinco características del recién nacido en el momento del nacimiento definidas a continuación:

2.3.4.1. Color:

La coloración cianótica de un bebé al momento del nacimiento se debe a su alta capacidad para transportar oxígeno y su relativamente bajo contenido de saturación de oxígeno. En la vida intrauterina el feto respira por la placenta y la circulación fetal funciona para servir el intercambio gaseoso a través de la placenta. Aquí se preservará la sangre mayormente oxigenada a estructuras más vitales, corazón, cerebro, sistema nervioso central. Al momento del nacimiento con el inicio de la respiración pulmonar, se produce una readecuación de la circulación fetal que permite el intercambio gaseoso a nivel pulmonar, es por esto que los bebés nacen siempre cianóticos. El color al momento del nacimiento se valora mediante la observación, la cianosis puede presentarse en las extremidades. Es por eso que no existe APGAR

10/10, ya que el neonato pierde puntaje en el parámetro del color, ya que todos nacen con coloración cianótica por lo antes expuesto.

2.3.4.2. El esfuerzo respiratorio:

Considerando como el signo más importante del test de APGAR, es el segundo signo en desaparecer cuando el bebé sufre depresión respiratoria, marca el inicio de la respiración pulmonar y con ello el inicio del proceso de adaptación cardio-circulatoria neonatal. La forma de evaluación del esfuerzo respiratorio es mediante la observación de la ventilación del recién nacido, que puede ir desde apnea (cese de la respiración), ser muy irregular o regular. Es el parámetro que nos indicará o nos ayudará a decidir si iniciamos reanimación.

2.3.4.3. Tono muscular e irritabilidad:

Ambos constituyen los signos neurológicos del test de APGAR, que desaparecen en tercero y cuarto lugar respectivamente. Las alteraciones del tono muscular traducen los cambios metabólicos (acidosis mixta) y circulatorios (hipotensión) que afectan la función del músculo estriado esquelético. Por otro lado, la ausencia de irritabilidad refleja el agotamiento de los mecanismos de compensación hacia el cerebro por falta de aporte de oxígeno. El tono muscular se puede evaluar de varias formas, la más práctica es observar la postura del recién nacido, que normalmente se encuentra semiflexionado, realizar movimientos pasivos o cuando se observa totalmente extendido y flácido traduce a un tono

ausente. Podemos observar la regresión del miembro que puede ser lenta o rápida. La irritabilidad refleja se evalúa con el secado enérgico, en la espalda del bebé; el recién nacido puede responder presentando llanto, muecas o gesticulaciones o bien no dar ninguna respuesta.

2.3.4.4. Frecuencia cardíaca:

Esto es el último signo del test de APGAR en desaparecer en un recién nacido deprimido, ya que el recién nacido al igual que en el feto tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, gracias a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glicógeno del músculo cardíaco, lo que le permite mantener la función cardíaca por período más prolongados que el adulto.

El Test de APGAR se califica de la siguiente manera:

Tabla.01 Calificación de la escala APGAR

Factor de APGAR	2	1	0
Frecuencia cardíaca	Normal (superior a 100 latidos por minuto)	Inferior a 100 latidos por minuto	Ausente (sin pulso)
Esfuerzo Respiratorio	Normal	Respiración lenta e irregular	Ausente (sin respiración)
Irritabilidad (Respuesta refleja)	Lo evita, estornuda o tose tras la estimulación	Gesto o mueca facial tras la estimulación	Ausente (sin respuesta a la estimulación)
Actividad(Tono muscular)	Activo, movimientos espontáneos	Brazos y piernas flexionados con poco movimiento	Sin movimiento, tonicidad "blanda"

Apariencia (Coloración de la piel)	Color normal en todo el cuerpo (las manos y los pies rosados)	Color normal (pero las manos y los pies tiene un tono azulado)	Coloración azul-grisácea o palidez en todo el cuerpo
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Fuente: Cabero L, Rodríguez D. Capítulo Embarazo y Parto. Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Madrid 2007.

2.3.5. Parámetros del Test de APGAR

2.3.5.1. Puntaje de 7 a 10 (excelente

condición):

Un bebé con una puntuación de siete o superior en la prueba tras haber transcurrido un minuto después del nacimiento es considerado un bebé con buena salud y con un puntaje de APGAR normal. Son considerados neonatos vigorosos, con buen tono muscular, respiran espontáneamente y con una frecuencia cardiaca mayor a 100 por minuto, a este conjunto de neonatos no necesitan ningún tipo de reanimación neonatal después del nacimiento y por consiguiente procederán con los cuidados de rutina propios en un RN.

2.3.5.2. Puntaje de 4 a 6 (Moderadamente deprimido)

Con una puntuación entre cuatro y seis tras realizar la prueba de APGAR después de transcurrir el minuto indica que el bebé necesita atención inmediata, son neonatos que necesitan reanimación neonatal ya que necesitan despejar las vías respiratorias mediante la succión de los conductos respiratorios u oxígeno con mascara facial para ayudarlo a respirar y luego inicien con respiración espontanea, además de

presentar frecuencias cardíaca menor de 100 por minuto y es necesario realizar la estimulación.

2.3.5.3. Puntaje de 0 a 3 (Severamente deprimido)

Un recién nacido con una puntuación de APGAR inferior a tres, puede requerir una atención médica avanzada y medidas tales como administración de oxígeno, medicamentos son neonatos que se encuentran severamente deprimidos y presentan frecuencia cardíaca menor a 60 por minuto Son pálidos, sin esfuerzo respiratorio se requieren realizar reanimación con bolsa y tubo endotraqueal, masaje cardíaco y medicación y será necesario la observación en la unidad de cuidados intensivos. Estos neonatos tienen mayor probabilidad de mortalidad⁵³.

III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1 VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION

- Nombre del paciente: CAMASCA CONOZCO, Yeral Mateo
- Edad: 1 día
- Sexo: masculino
- Fecha de nacimiento:16/02/20
- Lugar de nacimiento: Huancayo
- Lugar de procedencia: Huancayo
- Servicio: Hospitalización
- N° de cama: 3
- Peso: 3585 gramos
- Talla: 50 cm
- Edad gestacional por Capurro: 39 semanas
- Apgar: 6-8
- Fecha de ingreso al servicio: 16/02/20
- Hora de nacimiento: 18:12 horas
- N° de historia clínica: 137617

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA

Recién nacido inmediato ingreso al servicio de hospitalización procedente de sala de partos, de parto eutócico, doble circular ajustado, presentación cefálica, Apgar 6 al minuto y puntaje de 8 a los 5 minutos, con presencia de líquido meconial fluido (se extrajo 25cc), se le realiza lavado gástrico, secado rápido, saturación de 82 % con oxígeno a flujo libre por campana.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Recién nacido con bajo Apgar al nacimiento.

3.1.4 ANTECEDENTES

3.1.4.1 ANTECEDENTES PERIANATALES

Nombre de la madre: CONOZCO ROJAS Elizabeth

Edad de la madre: 23 años

Gestaciones: 2

Intervalo intergenésico: 3 años

Controles de embarazo: 4

Peso de la madre: 79 kilos

Talla: 1.54 cm

Grado de instrucción: secundaria completa

Infecciones maternas: ITU en el tercer trimestre recibe tratamiento.

Parto: prolongado

Tipo de parto: eutócico

Líquido amniótico: meconial

Cordón umbilical: circular doble

Placenta: normal

3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES

Ninguno

3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES

Ninguno

3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS CULTURALES

Factor social y familiar: padres son convivientes, el padre es mayor por 7 años, tienen 2 hijos, la relación con la pareja es distanciada ya que él trabaja lejos y provee el dinero.

Factor económico: el proveedor del dinero es el varón, los recursos económicos con los que cuenta no son suficientes para la familia, el recién nacido, los hijos los gastos de la vivienda, vestido, alimentación.

Factor cultural: su madre y abuela tuvieron partos domiciliarios, razón por la cual realizó solo 4 controles prenatales. No tomo suplementos alimenticios ni siguió ninguna dieta alimenticia.

3.1.5 EXAMEN FISICO

a) Signos vitales T°: 36.3 FR: 62 x' FC: 158 X' SPO2 :

80%

b) Piel: Color cianosis distal

c) Cabeza:

- ✓ Fontanelas: normotensas
- ✓ Suturas: moldeadas.
- ✓ Orejas: simetría
- ✓ Nariz: presencia de secreciones
- ✓ Boca: normal
- ✓ Cuello: cilíndrico y móvil

d) Tórax: simetría, permeabilidad esofágica

e) Abdomen: 1 vena y 2 arterias, blando depresible.

f) Genito urinario: sexo masculino, permeabilidad anal

g) Columna vertebral: simetría de vertebras

h) Extremidades: simetría

i) Cadera: abducción total

j) Valoración neurológica: irritable

3.1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

Dominio I: Promoción de la salud

Clase 1 Toma de conciencia de la salud. No evaluable

Clase 2 Gestión de la salud. No evaluable

Dominio II: Nutrición

Clase 1 Ingestión: reflejo de succión débil.

Clase 2 Digestión: lavado gástrico se extrajo 25 cc liquido meconial

Clase 3 Absorción: no evaluable

Clase 4 Metabolismo: Riesgo de nivel de glucemia inestable, glucosa:

42

Clase 5 Hidratación: piel hidratada, no signos de pliegue

Dominio III: Eliminación

Clase 1 Función urinaria: presencia de orina en pañales

Clase 2 Función gastrointestinal: lavado gástrico se extrajo liquido meconial

Clase 3 Función tegumentaria: piel elástica.

Clase 4 Función respiratoria: saturación de 82 % con oxígeno a flujo libre por campana. Frecuencia respiratoria de 62 x´

Dominio IV: Actividad / reposo

Clase 1 Reposo / sueño: irritable

Clase 2 Actividad / ejercicio: hipoactivo

Clase 3 Equilibrio de la energía: no evaluable

Clase 4 Respuestas cardiovascular / pulmonar: **saturación de 82%**

Clase 5 Autocuidado: paciente completamente dependiente

Dominio V: Percepción / cognición

Clase 1 Atención: No evaluable

Clase 2 Orientación: No evaluable

Clase 3 Sensación – percepción: No evaluable

Clase 4 Cognición: No evaluable

Clase 5 Comunicación: No evaluable

Dominio VI: Auto percepción

Clase 1 Auto concepto: No evaluable

Clase 2 Autoestima: No evaluable

Clase 3 Imagen corporal: No evaluable

Dominio VII: Rol / relaciones

Clase 1 Roles de cuidador: No evaluable

Clase 2 Relaciones familiares: padres pendientes de las necesidades

Clase 3 Desempeño del rol: recién nacido en cerbocuna.

Dominio VIII: Sexualidad

Clase 1 Identidad sexual: no evaluable

Clase 2 Función sexual: no evaluable

Clase 3 Reproducción: paciente con embarazo no planificado, madre joven.

Dominio IX: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase 1 Respuesta postraumática: no evaluable

Clase 2 Respuestas de afrontamiento no evaluable

Clase 3 Estrés neurocompartimental: no evaluable

Dominio X: Principios vitales

Clase 1 Valores: no evaluable

Clase 2 Creencias: no evaluable

Clase 3 Congruencia de las acciones con los valores / creencias: no evaluable

Dominio XI: Seguridad / protección

Clase 1 Infección: afebril, no uso de catéter periférico, no uso de SNG.

Clase 2 Lesión física: no úlceras

Clase 3 Violencia: no evaluable

Clase 4 Peligros ambientales: temperatura adecuada, no corrientes de aire

Clase 5 Procesos defensivos: no evaluable

Clase 6 Termorregulación: temperatura adecuada

Dominio XII: Confort

Clase 1 Confort físico: adecuado, no facie de dolor.

Clase 2 Confort ambiental: adecuado

Clase 3 Confort social: adecuado

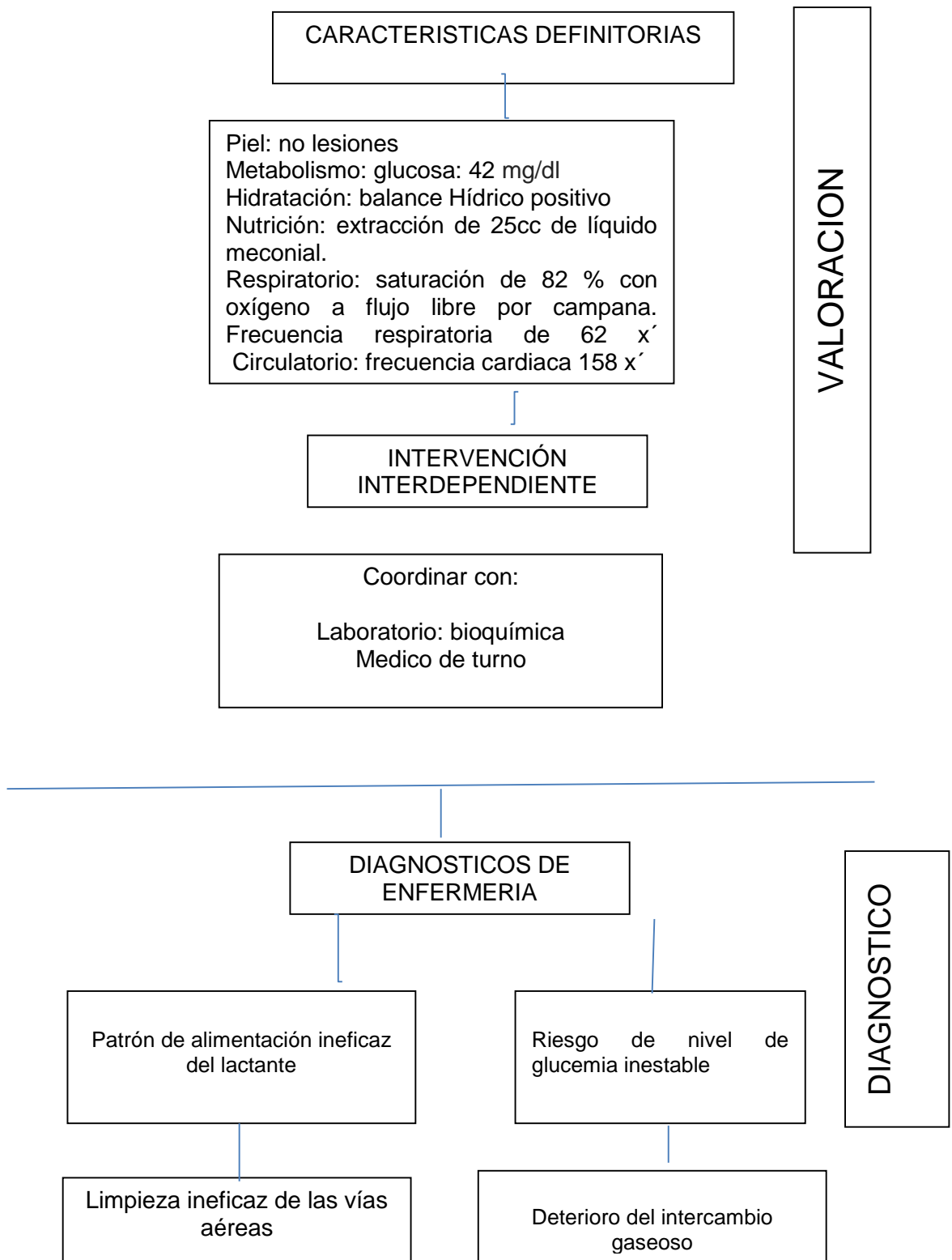
Dominio XIII: Crecimiento / desarrollo

Clase 1 Crecimiento: no evaluable

Clase 2 Desarrollo: no evaluable

3.1.7 ESQUEMA DE VALORACION

FLUJOGRAMA I



3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Recién nacido con saturación de oxígeno de 82%
- Presencia de secreciones nasofaríngeas
- Frecuencia respiratoria de 62 x´
- Cianosis distal
- Irritable
- Presencia de líquido meconial se extrajo 25 cc.
- Débil reflejo de succión
- Hipoactivo
- Glucosa: 42 mg/ dl

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- Riesgo de nivel de glucemia inestable

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener la vía aérea permeable	retención de secreciones nasofaríngeas	Aumento de la frecuencia respiratoria	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones nasofaríngeas evidenciado por aumento de la frecuencia respiratoria.
Neonato irritable	Desequilibrio en la ventilación-perfusión	Saturación de oxígeno de 82% Cianosis distal	Deterioro del Intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 82%, cianosis e irritabilidad.
Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	Dificultad respiratoria	Reflejo de succión débil	Patrón de alimentación ineficaz r/c dificultad respiratoria evidenciado con débil reflejo de succión
Aporte dietético inadecuado	Utilización rápida de las reservas de glucógeno	Hipotonía	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c utilización de las

			reservas de glucógeno evidenciado con la hipotonía
--	--	--	----------------------------------------------------------

3.3 PLANIFICACION

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones nasofaríngeas evidenciado por aumento de la frecuencia respiratoria.	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (410)	<p>Manejo de las vías aéreas (3410)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales. - Realizar la aspiración endotraqueal o naso traqueal. - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. - Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o 	Recién nacido con permeabilidad de vías aéreas y frecuencia respiratoria de 48 ventilaciones por minuto.

		<p>ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</p> <p>- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación.</p>	
<p>Deterioro del Intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 82%, cianosis.</p>	<p>Estado respiratorio: ventilación (403)</p>	<p>Oxigenoterapia (3320)</p> <p>- Administrar oxígeno libre por campana.</p> <p>- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.</p> <p>- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.</p> <p>- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</p> <p>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial).</p> <p>- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno.</p>	<p>Recién nacido con equilibrio de la ventilación-perfusión.</p> <p>Saturación de oxígeno de 98%, color de piel rosado.</p>

		- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por oxígeno.	
Patrón de alimentación ineficaz r/c dificultad respiratoria evidenciado con débil reflejo de succión	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los signos vitales. - Alimentación con leche materna extraída. - Fomentar la succión estimulando el reflejo del instinto. - Vigilar peso del recién nacido a intervalos regulares. - Realizar el balance hídrico. - Iniciar lactancia materna una vez que haya superado la fase de peligro. - Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho. 	Recién nacido con adecuada ingesta alimentaria con buen reflejo de succión y deglución, sin dificultad respiratoria en alojamiento conjunto.
Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c utilización de las reservas de glucógeno evidenciado con	Mantener un nivel de glucosa en sangre adecuado	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de glucemia. - Monitorización de la presencia de signos de hipoglicemia. - Alimentar con leche materna. 	Neonato activo con niveles de glucemia normales.

la hipotonía		- Proporcionar a la madre el contacto con el recién nacido para que dé el pecho.	
--------------	--	----------------------------------------------------------------------------------	--

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMRIA: SOAPIE

- S** • No evaluable.
- O** • Recién nacido se encuentra en el servicio de Hospitalización del Centro de Salud La Libertad I-4 con retención de secreciones nasofaríngeas, frecuencia respiratoria de 62 x', saturación de oxígeno de 82%, Cianosis distal, Irritable, Débil reflejo de succión, Hipoactivo, Glucosa: 42 mg/ dl.
- A**
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones nasofaríngeas evidenciado por aumento de la frecuencia respiratoria.
 - Deterioro del Intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 82%, cianosis.
 - Patrón de alimentación ineficaz r/c dificultad respiratoria evidenciado con débil reflejo de succión.

- Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c utilización de las reservas de glucógeno evidenciado con la hipotonía.

P

- Recién nacido mantendrá la permeabilidad de las vías respiratorias y equilibrio de la ventilación-perfusión, Estado nutricional con adecuada ingestión alimentaria y de líquidos; y se conservará un nivel de glucosa en sangre adecuado.

I

- Se realizó la aspiración endotraqueal o naso traqueal, se mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Se Auscultó sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios, se Vigiló el estado respiratorio y la oxigenación. Administración de oxígeno libre por campana, monitorizó pulsioximetría, se comprobó la tolerancia a la suspensión del oxígeno.
- Monitorizó los signos vitales, se brindó alimentación con leche materna extraída, Fomentó la succión estimulando el reflejo del instinto, manejo del balance hídrico, Iniciación de la lactancia facilitando la comodidad y la intimidad en los

primeros intentos de dar el pecho, Monitorización de glucemia.

- E** • Recién nacido con permeabilidad de vías aéreas sin dificultad respiratoria y con frecuencia respiratoria normal.
- Mantiene el equilibrio de la ventilación–perfusión, piel rosada y respiración espontánea con 98% de saturación de oxígeno.
- Neonato con buen reflejo de succión y deglución en alojamiento conjunto, activo con niveles de glucemia normales.

IV. CONCLUSIONES

1. En los cuidados del recién nacido debe primar el bienestar del recién nacido y velar por sus derechos, en los procedimientos de los cuidados debemos aplicar la mayor evidencia científica.
2. Las identificaciones tempranas de los signos de alarma del recién nacido constituyen el primer paso de los cuidados enfermero eficaces.
3. Con la puesta en práctica del proceso de enfermería conseguimos mejorar la salud física y emocional de la madre y el bebé. Elaborando el plan de cuidados se facilita el trabajo de los profesionales de enfermería que ofrecen una continuidad de los cuidados ya iniciados.
4. Destacar la ayuda al establecimiento del vínculo afectivo padres-hijo y así el apoyo de la lactancia materna.

V. RECOMENDACIONES

- Impulsar la actualización, capacitación y especialización de las enfermeras (os) profesionales de la institución sobre todo las que laboran en el Área de Atención del recién nacido.
- Impulsar la investigación y la docencia para el desarrollo de nuevas generaciones de enfermeros especialistas, así mismo que los programas de educación continua toquen más los temas que afectan a los neonatos.
- Se requiere acceso expedito durante las 24 horas a unidades de apoyo: Laboratorio: Hematología, Bioquímica, Farmacia, Ambulancia.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva valorando e incorporando en los cuidados del recién nacido, tanto a la familia como al contexto sociocultural en el que se desarrollan.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Apgar V. A proposal for new method for evaluation of the newborn infant. Res Anesth Analg 1953;32:260. Disponible en:
<https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/cpbbkg.pdf>
2. BG. M. Factores maternos y neonatales relacionados a la asfixia perinatal en los recién nacidos del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Online].; 2013 - 2015 [cited 2017]. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4684>
3. Pérez J. Anoxia del recién nacido; tratado de Pediatría. T N° 1 editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 141-49.
4. León A, Ysidrón E. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Rev. Obstet Ginecol. 2011; 25 (3):123.
5. Ticona M, Huanco D .Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo .Rev. Chil. Obstet. Ginecol.2010; 70(5):313-317.
6. Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima .Boletín Estadístico año 2013.
7. Ministerio de Salud. Perú. Oficina General de Estadística e Informática. Boletín Estadístico de Nacimientos Registrados en línea en Marzo 2012- Marzo 2013.
8. Perú , Junín Boletín Epidemiológico Estadístico 2019
<file:///C:/Users/HP/Downloads/Bolet%20n%20No.1%202019.pdf>

9. Flores G, González N, Torres P. Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con Apgar bajo recuperado del Hospital General Manuel Gea González. *Pediatría de México*.2012; 14(3):113-116.
10. Bandera N, Goire M, Cardona O. Op Cit, p. 320
11. De Jesús, A. (2014). Implementación de plan de cuidados estandarizados en alteraciones respiratorias del paciente neonato, (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del estado de México. México.
12. Odd D, Lewis G, Gunnell D, Rasmussen F. Risk of low Apgar scores and socioeconomic status over a 30-year period. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014 Apr; 27(6):603-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23941368>
13. León P. Ysidrón E. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 36(1): 25-35.
14. Salustiano E. Campos J. Ibidi S. Ruano R. Zugaib M. LowApgar scores at 5 minutes in a lowriskpopulation: maternal and obstetricalfactors and postnatal outcome. *J ObstetGynecol, Brasil*, 2012; 58(5): 587-593.
15. Flores G, González N, Torres P. Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con Apgar bajo recuperado del Hospital General Manuel Gea González. *Pediatría de México*.2012; 14(3):113-116.
16. Arana L. factores de riesgo asociados a puntaje APGAR bajo al nacer en neonatos del hospital belén de Trujillo periodo enero 2009-diciembre 2013 [Tesis para Optar al Título profesional de médico cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego: Perú; 2014.
17. Melgarejo A y Morales B. Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal

- inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP periodo (setiembre -noviembre 2010). [Tesis de pregrado]. Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
18. Rodríguez Samanillo, Luis. Factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término: Instituto Especializado Materno Perinatal-año 2013. Tesis para optar el título de médico cirujano. UNMSM 2014.
 19. Carpio Ch. Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, 2014”. Publicado en 2016. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/97>
 20. American Academy of Pediatrics. Committe on Fetus and Newborn. Use and abuse of the Apgar score. Pediatrics. 2005; 28:1148-9.
 21. Mesa Riquelme L. Certezas e incertidumbres en la asfixia perinatal. Rev. Obstet. Ginecol. 2004; 25(3):123.
 22. Luna GA, Regueiferos PLA. Reanimación Cardiopulmonar en el niño; Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 9-24.
 23. Pérez González J. Anoxia del recién nacido; Tratado de Pediatría. t 1; Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 141-49.
 24. Pacheco J. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda edición. Lima: REP SAC. 2009
 25. Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. Rev. Pediatría. 2008; 55(3):18-24.
 26. Hegyi T, Carbone T, Anwar M, Ostfeld B, Hiatt M, Koons A, et al. The Apgar score and its components in the preterm infant. Pediatrics. 2008; 101:79-81.
 27. Irgens LM. The Medical Birth Registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. Acta Obstet Gynecol. 2010; 79:435-9. 48
 28. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the

- Apgar score for the assessment of newborn infants. *N Engl J Med.* 2011; 344: 467-71.
29. Catlin EA, Carpenter MW, Brann BS, Mayfield SR, Shaul PW, Goldstein M, et al. The Apgar score revisited: influence of gestational age. *J Pediatr.* 2010;109:865
 30. Pinheiro JM. The Apgar cycle: a new view of a familiar scoring system. *Arch. Neonatal Ed.* 2009; 94:70-72.
 31. Moster D, Lie RT, Irgens LM, Bjerkedal T, Markestad T. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: a population-based study in term infants. *J Pediatr.* 2011; 138:798-803.
 32. Mac Lennan A. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *BMJ.* 2009; 319:1054-9.
 33. González G, García A, Hernández A. La enfermedad hipertensiva gravídica y su influencia en algunos indicadores de morbilidad y mortalidad perinatal. *RCOG:* 2003; 29(2): 45 – 56.
 34. Cheng YW, Hopkins LM, Laros RK Jr, Caughey AB. Duration of the second stage of labour in multiparous women: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Jun; 196(6):585.e1-6.
 35. Oyelese Y, Culin A, Ananth CV, Kaminsky LM, Vintzileos A, Smulian JC. Meconium-stained amniotic fluid across gestation and neonatal acid-base status. *Obstet Gynecol.* 2009; 108:345-9.
 36. Wendy M, Harish M. Elective Cesarean Delivery, neonatal Intensive Care Unit Admission, and Neonatal Respiratory Distress. *Obstetrics and Gynecology* 2010; 111: 823-828.
 37. BOFF. Jonh. *Comportamiento del ser Humano* .Ed. EEUU.2005. 46
 38. Rüdiger, Mario; Küster, Helmut; Herting, Egbert; Berger, Angelika; Müller, Christoph; Urlesberger, Berndt; Simma, Burkhard; Poets, Christian F.; Wauer, Roland R.; Tschirch, Edda. *Variaciones en el*

Puntaje de Apgar asignado a Neonatos con muy Bajo Peso al Nacer en diferentes unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 29, núm. 1, 2010, pp. 10-15

39. Montse Guillaumet Olives, Isabel Fargues i García, Mireia Subirana i Casacuberta, Mont Bros i Serra. Metas de Enferm. Mar 2005; 8(2): 28-32.

ANEXOS

Figura 2. Registro de neonatos con Apgar Bajo del Centro de Salud

La Libertad

LIBRO DE REGISTRO

MES	DIA	HORA	NOMBRE	APGAR				LEUCOCITOS				PESO	CARGA	OTROS				
				1	2	3	4	1	2	3	4							
53	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 10"	50	33	32	40	X	
54	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 10"	50	33	33	33	X	
55	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	48	30	31	37	X	
56	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	49	30	33	40	X	
57	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	49	30	34	38	X	
58	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	50	30	34	40	X	
59	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	50	30	30	37	X	
60	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	51	30	34	40	X	
61	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 20"	51	30	36	40	X	
62	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	48	30	35	38	X	
63	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	50	30	31	33	39	X
64	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	46	30	32	33	32	X

LIBRO DE REGISTRO

MES	DIA	HORA	NOMBRE	APGAR				LEUCOCITOS				PESO	CARGA	OTROS				
				1	2	3	4	1	2	3	4							
53	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 10"	50	33	32	40	X	
54	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 10"	50	33	33	33	X	
55	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	48	30	31	37	X	
56	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	49	30	33	40	X	
57	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	49	30	34	38	X	
58	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	50	30	34	40	X	
59	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	50	30	30	37	X	
60	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	51	30	34	40	X	
61	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 20"	51	30	36	40	X	
62	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	48	30	35	38	X	
63	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	50	30	31	33	39	X
64	10/10	07:00	LOANER	X	X	X	X					3' 60"	46	30	32	33	32	X



Figura 3

Leyenda: Valoración del estado general del recién nacido



Figura 4

Leyenda: Limpieza de vías aéreas y aspiración de secreciones