

2009

Comparación de la recepción neonatal en la Clínica del Niño y la Madre, Clínica Colón y sanatorio central E.M.H.S.A. con las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación

Casco, Lorena

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/326>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CÁTEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL
DOCENTE: LAURA CELAYA

COMPARACIÓN DE LA RECEPCIÓN NEONATAL EN LA
CLÍNICA DEL NIÑO Y LA MADRE, CLÍNICA COLÓN Y
SANATORIO CENTRAL E.M.H.S.A. CON LAS
RECOMENDACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA
NACIÓN.

ESTUDIANTES:

CASCO, LORENA

CASTELLANOS, MARÍA

GONZÁLEZ KARINA

- 6 (sin)

MAR DEL PLATA, DICIEMBRE DEL 2009

ÍNDICE

Introducción.....	2
Formulación del problema.....	3
Justificación.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos particulares.....	4
Marco teórico conceptual.....	5
Diseño metodológico.....	14
Análisis de datos.....	17
Conclusiones.....	27
ANEXO N°1.....	32
Autorizaciones.....	34
Bibliografía.....	37

INTRODUCCIÓN

Al nacer, la atención de Enfermería ofrecida para lograr la transición al medio extrauterino es decisiva para que el nuevo ser, desarrolle sus potencialidades biológicas, psicológicas, intelectuales, espirituales y continúe con sus procesos de crecimiento y desarrollo hacia un ser maduro.

A pesar que no existe un protocolo de recepción estandarizado, el Ministerio de Salud de la Nación publicó normas como guía para la atención del parto, en el cual indica las acciones básicas y fundamentales para dicho proceso. Aún contando con estas pautas, hemos observado que en los servicios de recepción de las instituciones no se cuenta con esas normas como guía de protocolo, y funcionan, en este sentido, de acuerdo a pautas y costumbres personales, divergiendo con ello las acciones brindadas, según los conocimientos y experiencias previas del personal que lleve a cabo la recepción.

En el presente trabajo se evaluará la recepción neonatal por medio de la observación directa no participativa del personal de enfermería en la Clínica del Niño y la Madre, Sanatorio Central EMHSA y Clínica Colón, donde se desempeña dicha labor comparándolo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se evaluará el proceso de recepción del neonato a través de una observación directa no participativa al personal de enfermería de las instituciones: Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón y Clínica del Niño y la Madre comparándolo con las Recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación dictadas en el año 2004.

JUSTIFICACIÓN

Durante los años en los que trabajamos en la recepción del Recién Nacido, hemos observado diferencias en la recepción del neonato al nacer. Considerando que esto puede repercutir en la adaptación del mismo a la vida extrauterina, creemos que es importante conocer los procedimientos utilizados actualmente con el propósito de unificar criterios de acción en la recepción del neonato.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar comparativamente el proceso de recepción neonatal y las actividades realizadas por el personal de enfermería con las recomendaciones del Ministerio de Salud en la Clínica del Niño y la Madre, Clínica Colón y Sanatorio Central EMHSA.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Describir las recomendaciones del Ministerio de Salud en la recepción del recién nacido.
- Observar el proceder del personal de enfermería durante la recepción neonatal en la Clínica del Niño y la Madre, Clínica Colón y Sanatorio Central EMHSA.
- Cotejar el proceder del personal de Enfermería de recepción con lo propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Todo recién nacido atraviesa un “período de transición” que se define como el proceso que transcurre entre el nacimiento y las primeras horas de vida. Se caracteriza por cambios muy importantes que surgen, fundamentalmente, como resultado del paso de la dependencia materna del feto, a la independencia en la vida neonatal¹. La enfermera está en una posición única para ayudar al neonato en la estresante transición del ambiente cálido, oscuro y húmedo del útero al mundo exterior, lleno de ruidos, luces y un nuevo estímulo táctil, determinando si es capaz de adaptarse por sí mismo. Para que este proceso se lleve a cabo de forma adecuada es necesario contar con los conocimientos y acciones pertinentes que conduzcan a brindar una óptima atención².

Para garantizar la protección y mantenimiento de la salud de los recién nacidos, las actividades, procedimientos e intervenciones que conforman las normas básicas obligatorias deben ser garantizadas por las instituciones responsables de la atención del recién nacido, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud entrenado que garantice la atención humanizada y adecuada para lograr un recién nacido sano. Además, para minimizar los riesgos de la adaptación es preciso asegurar un adecuado control de embarazo y atención profesional del parto.

¹ FUNDASAMIN. Revista Enfermería neonatal. Año 1. Número 1. Noviembre 2006. Argentina. Pág. 2.

² www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/Aula_Virtual_Neonatos

En los primeros minutos de vida ocurren una serie de cambios funcionales muy complejos de todos los órganos y sistemas que permiten la adaptación del recién nacido de la vida intrauterina a la extrauterina. Minutos después del nacimiento se pueden detectar gran parte de los problemas de adaptación que este pueda presentar como alteraciones de la termorregulación, dificultad respiratoria, hipoglucemia y otros³.

Para ello, es importante llevar a cabo las acciones centradas en la Guía de Atención del Parto Normal diseñada por el Ministerio de Salud de la Nación⁴ el cual propone:

- Contar con recursos humanos capacitado en la Sala de Partos (médicos, obstetras, neonatólogos, obstétricas, enfermeras, etc.), quienes deben estar siempre disponibles. La actitud básica que debe primar es la de organización contra la improvisación.
- Contar con el Equipamiento necesario, completo, en condiciones de funcionamiento y listo para ser usado (incubadora de transporte prendida y caliente, tubos de oxígeno llenos, aspiración central funcionando). A la verificación y control de los equipos, se tiene que agregar la preparación de los sistemas de aspiración, conexión de sondas, instalación de tubuladuras de oxígeno, encendido del laringoscopio, medicación para la reanimación, TET accesibles, etc.

³ <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNAnamPerinat>

⁴ Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina, 2004. Capítulo 3. Pág. 47.

- Mantener una Temperatura Ambiental adecuada para evitar la injuria por frío en el RN. Se encenderá la fuente de calor radiante sobre la mesada de reanimación o cuna térmica de manera que la temperatura sobre la misma sea de 37° C⁵. En el área de Recepción/Reanimación la temperatura ambiental será de 28° C. Se verificará la temperatura de Sala de Partos o quirófano que deberá estar por encima de los 24° C. Se debe evitar especialmente la hipotermia del recién nacido, pero también tener en cuenta que se debe evitar la hipertermia ya que se asocia con depresión respiratoria.

- Recepción (según necesidad o parto inminente): Con una compresa o toalla estéril abierta (idealmente precalentada) se espera el nacimiento del niño, se lo recibe y sujeta, a través de la compresa, por la nuca y por las extremidades inferiores. Sostener al RN en un plano igual o ligeramente inferior al periné materno, envolviéndolo con la compresa, apoyándolo sobre una mesa auxiliar o manteniéndolo en brazos. Mientras se está pinzando y cortando el cordón se procede a realizar la evaluación inicial del niño por observación.

- Realizar una Reanimación Cardiopulmonar adecuada en aquellos casos que sea necesario.

- **RECIÉN NACIDO VIGOROSO:** Se lo seca con la compresa/toalla y se cambia ésta húmeda por otra seca, preferentemente precalentada y limpia. Se entrega a la madre, permaneciendo en sus brazos unos minutos estimulando la interacción entre ambos y el padre, que idealmente debe

⁵ Op Cit 4. Pág 50.

estar presente. Si es posible realizar la primera puesta al pecho. Mientras esto sucede se continúa la observación del niño. Recién después se traslada a la mesa de recepción/reanimación donde se realizan los procedimientos de rutina desarrollados a continuación.⁶

- Realizar un Examen Físico breve y sistematizado que posibilite la detección precoz de factores de riesgo neonatal.
- Clampeo del cordón umbilical: Se recomienda tardío, con un retraso de 30 a 120 segundos. Según estudios, se asocia con una menor necesidad de transfusión y una menor incidencia de hemorragias intraventriculares⁷.

Durante el tercer estadio del trabajo de parto, la respiración placentaria (o persistencia de la circulación fetomaterna) continúa durante un tiempo. El recién nacido recibe una transfusión- la cuál podría ser llamada más adecuadamente, "redistribución" de dicha sangre placentaria hacia el feto o recién nacido- que optimiza su volumen sanguíneo. El cierre fisiológico de los vasos del cordón umbilical determina el cese de dicha transfusión. Cuando el cordón es clampeado antes del mismo, la cantidad de transfusión placentaria es usualmente menor, en algunos casos en forma muy marcada, particularmente si los pulmones del recién nacido no han sido aún ventilados. Un niño de término sano en la mayoría de los casos puede adaptarse a esta situación. La insuflación inicial de los pulmones ocasiona la dilatación refleja de las arteriolas pulmonares y un incremento masivo de flujo sanguíneo pulmonar. Permitir una transfusión placentaria normalmente

⁶ Op Cit. 4. Pág 52.

⁷ <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab003248.html>

aporta parte de ese volumen necesario. Clampear después de que los vasos del cordón han cerrado garantiza una adecuada transición a la vida extrauterina, a la vez que optimiza el llenado de los vasos pulmonares y su dilatación para adecuarse al volumen extra que le aporta la transfusión placentaria⁸.

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla y perímetro cefálico.
- Realizar Profilaxis de enfermedades frecuentes en el recién nacido (enfermedad hemorrágica, oftalmía gonocócica, infecciones, etc.).

HEPATITIS B⁹

Todo RN debe recibir la primera dosis de la Vacuna antihepatitis B niños dentro de las 12 hs. de nacido por vía intramuscular, por lo que sería una buena práctica aplicarla en Sala de Recepción. Cumplir esta indicación es de fundamental importancia para los casos de mujeres positivas o en aquellas que se desconoce la serología para Hepatitis B al ingresar a la Sala de Partos.

ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RN

La enfermedad hemorrágica del RN produce sangrado debido a la actividad inadecuada de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K. Debe ser administrada dentro de las primeras 6 horas después del nacimiento, luego de la estabilización del RN y la interacción con su

⁸ <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/maternoinfantil/clampeo.pdf>

⁹ Op Cit. 4. Pág 71.

madre por lo que puede aplicarse en la Sala de Recepción. Se aplica una dosis intramuscular única (de preferencia vasto externo, debido al desarrollo y vascularización del mismo) de 0,5 mg para RN con peso de nacimiento menor a 1500 gr y de 1 mg para pesos de nacimiento mayores a 1500 gr.

La vitamina K oral no es recomendable para su uso por las siguientes razones:

- No se absorbe tan bien como por vía intramuscular.
- Es necesario el suministro de varias dosis en las primeras semanas.
- No se dispone de una forma oral cuya eficacia haya sido establecida.
- La forma tardía de la enfermedad hemorrágica se previene mejor con la administración intramuscular.

PROFILAXIS GONOCÓCCICA

Debe ser realizada en todos los RN, aunque hayan nacido por cesárea. Sin esta prevención, la oftalmía puede ocurrir en el 30 al 42% de los RN expuestos al contacto con *Neisseria gonorrhoea* durante el parto. Puede progresar rápidamente hacia la ulceración de cornea y la alteración visual permanente.

Se recomiendan los siguientes agentes profilácticos:

- Solución de nitrato de plata al 1% (método de Credé). Su bajo costo y amplia disponibilidad justifican su elección como primera opción. No es el más recomendable ya que ocasiona una conjuntivitis química transitoria en el 50 al 90% de los RN a los que se les administra.

- Ungüentos que contengan 0,5% de eritromicina base o 1% de hidrocloreuro de tetraciclina producen una protección equivalente.

Los ojos no deben ser irrigados con una solución líquida luego de la aplicación de un agente profiláctico. Este procedimiento puede reducir la eficacia de la medicación y no disminuye la incidencia de conjuntivitis química debida al nitrato de plata. Si bien esta profilaxis debería ser administrada lo más pronto posible después del parto, demorarla hasta una hora, probablemente no altere su potencial de protección.

LACTANCIA

Incluir el apoyo necesario para el inicio de la lactancia precoz en la primera hora de vida. La primera puesta al pecho en los RN normales debe ser inmediata o dentro de la primera hora de vida. En ese período la madre está muy sensible y atenta respecto a su hijo y el RN está en su estado de máximo alerta.

IDENTIFICACIÓN MADRE-HIJO

Identificar correctamente al binomio madre-hijo de acuerdo a las leyes vigentes. Es recomendable identificar al recién nacido en presencia de la madre antes de salir de la Sala de partos mediante la colocación de tres brazaletes (pulseras) con códigos numerados de identificación, de ser posible del mismo color, en la muñeca de la madre, y muñeca y tobillo del recién nacido. Se incorpora, además, por ley, el uso de un clamp de cordón con el mismo código numérico. La huella o impresión plantar por sí sola no

asegura la identificación pues la dificultad de obtenerlas en forma correcta condiciona que sólo sean útiles en menos del 30 % de los casos y además no permite una permanente identificación del binomio.

- Informar a los padres/ familia del niño cuándo se produjo el nacimiento y sus características (salud, enfermedad, sexo, peso, etc.).
- Completar la Historia Clínica Perinatal y todos los registros institucionales, lo que permitirá el registro adecuado, el procesamiento de la información y la posterior toma de decisiones de acuerdo a los resultados.

ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA HORA DE VIDA

Recién Nacido Normal: Si es un RN de término, de peso mayor al percentil 10, vigoroso, con examen físico normal y sin antecedentes de riesgo (como son la mayoría de los niños recién nacidos), se vestirá con la ropa provista por la madre, y si ésta se halla en condiciones, aunque aún permanezca en una camilla, se colocará al neonato en sus brazos donde recibirá el calor necesario para mantener una temperatura adecuada, para luego iniciar la lactancia con apoyo del Equipo de Salud.¹⁰

Sólo si la madre no está en condiciones inmediatas de recibir al niño, este puede quedar, por muy poco tiempo, en el mismo Sector de reanimación en una cuna, siempre que sea controlado. Posteriormente, ambos se internarán en el Sector de Internación Conjunta Madre-Hijo.

¹⁰ Op Cit.4. Pág 73.

El cuidado del recién nacido normal tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. Hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién nacido que abarca funciones biológicas, psicológicas y espirituales. El impacto existencial que tiene el nacimiento de un hijo en los padres es uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

- Investigación descriptiva, evaluativa, comparativa.
- Investigación transversal.
- Observación no participativa

Población

Enfermeras/os de Neonatología y Nursery del Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón y Clínica del Niño y de la Madre que realizan recepción neonatal, partiendo del mes de agosto - noviembre de 2009.

Unidad de Análisis

Las prácticas que realizan las enfermeras de Neonatología del Sanatorio Central EMHSA y Nursery de la Clínica Colón y Clínica del Niño y la Madre.

Número de enfermeros observados

Sanatorio Central EMHSA: 12 enfermeras de Neonatología.

Clínica Colón: 8 enfermeras de Nursery.

Clínica del Niño y la Madre: 6 enfermeras de Nursery.

La cantidad de recepciones observadas son 26.

Técnicas de recolección de datos

Observación directa no participativa en la recepción neonatal de Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón y Clínica del Niño y la Madre, basada en el resumen de las Recomendaciones del Ministerio de Salud. Ver anexo N° 1.

Instrumentos

Guía de observación (Anexo N°1: Resumen de las recomendaciones del Ministerio de Salud).

Termómetro ambiental.

Lápices o lapiceras.

Esquema de variables

- Recursos humanos.

Enfermera: Presencia durante la recepción neonatal.

Neonatólogo: Presencia durante la recepción neonatal.

Pediatra: Presencia durante la recepción neonatal.

- Verificación y control del equipo.

Fuente de calor: Encendido de servocuna, radiador y/o incubadora de transporte.

Disponibilidad de oxígeno: Tubo de transporte cargado, disponibilidad de oxígeno central y aspiración, funcionamiento de laringoscopio, tubos endotraqueales accesibles, presencia de medicación para reanimación, conexión de sondas K-29.

- Temperatura ambiental.

Menos de 24°C: Temperatura inadecuada.

Más de 24°C: Temperatura óptima.

- Control de material previo a la recepción.

Presencia de compresa o toalla estéril caliente, equipo para clampeo de cordón umbilical y equipo para aplicación de profilaxis.

- Procedimientos durante la recepción.

Colocación sobre la madre inmediatamente, secado en sala de recepción y cambio de primera compresa, clampeo cordón umbilical, control Apgar, medidas antropométricas, aplicación de profilaxis, identificación del recién nacido con pulsera y huella plantar, puesta al pecho dentro de la primera hora de vida.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analizó el proceder del personal de Enfermería en la recepción del recién nacido en el Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón y Clínica del Niño y la Madre desde septiembre hasta noviembre del año 2009, a través de una planilla de observación compuesta por ítems extraídos de las recomendaciones del Ministerio de Salud (ver ANEXO 1). Se toma para análisis columna SI de guía de observación.

Se observaron 26 recepciones neonatales, 12 en Sanatorio Central EMHSA, 8 en la Clínica Colón y 6 en la Clínica del niño y la Madre.

COMPARACIÓN ENTRE INSTITUCIONES PRIVADAS

Recursos humanos

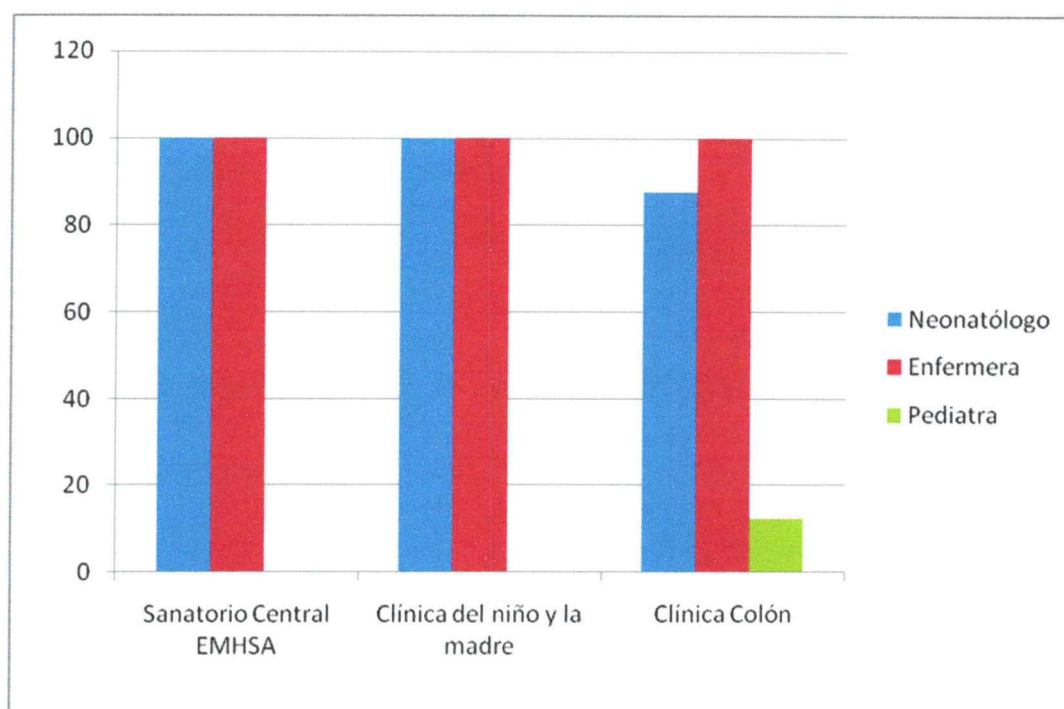
Tabla N°1: Presencia de recursos humanos durante la recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.

RECURSOS HUMANOS	Sanatorio Central EMHSA	Clínica del niño y la madre	Clínica Colón
Neonatólogo	100	100	87.5
Enfermera	100	100	100
Pediatra	0	0	12.5

Fuente: Casco,L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

En las recepciones observadas, la mayoría de los recursos humanos presentes eran: neonatología y enfermería.

Gráfico N°1: Presencia de recursos humanos durante la recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.



Fuente: Casco,L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Verificación y control del equipo

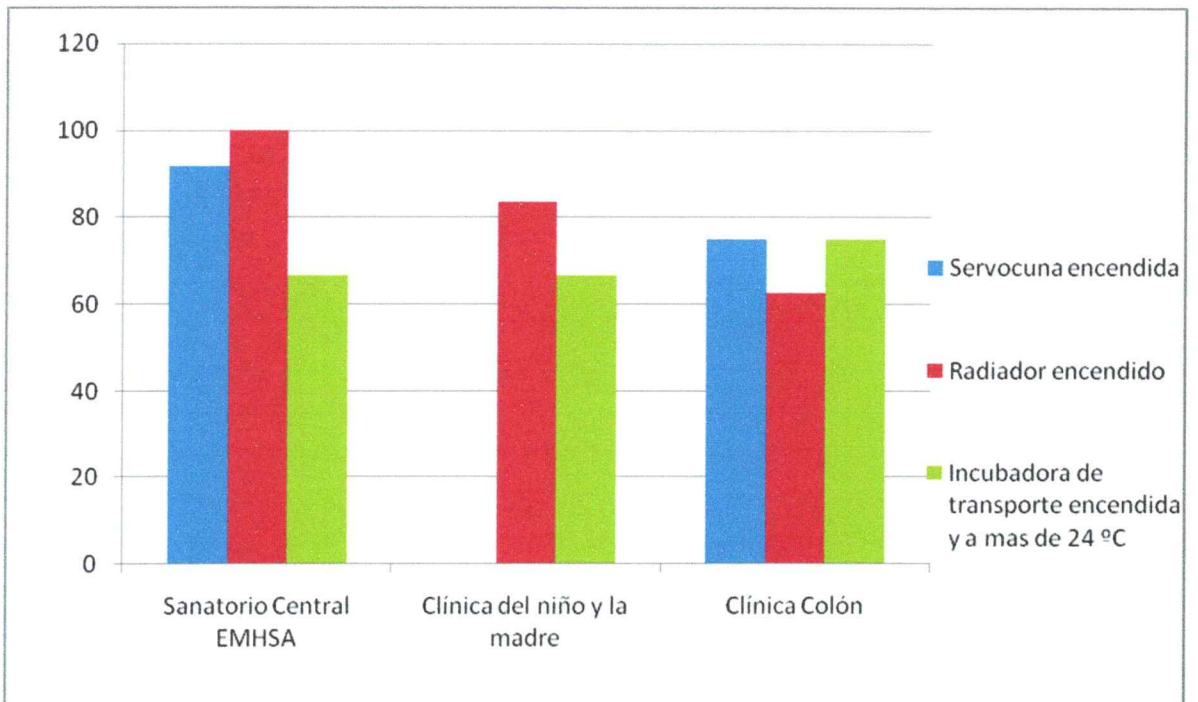
Tabla N°2: Control de fuente de calor previa recepción neonatal según institución en porcentaje(%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.

FUENTE DE CALOR	Sanatorio Central EMHSA	Clínica del niño y la madre	Clínica Colón
Servocuna encendida	91.7	0	75
Radiador encendido	100	83.3	62.5
Incubadora de transporte encendida y a mas de 24 °C	66.7	66.7	75

Fuente: Casco,L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Observaciones: La Clínica del Niño y la Madre no dispone de servocuna para la recepción del recién nacido, solo un radiador.

Gráfico N°2: Control de fuente de calor previa recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.



Fuente: Casco, L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Tabla N°3: Control de disponibilidad de oxígeno previa recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.

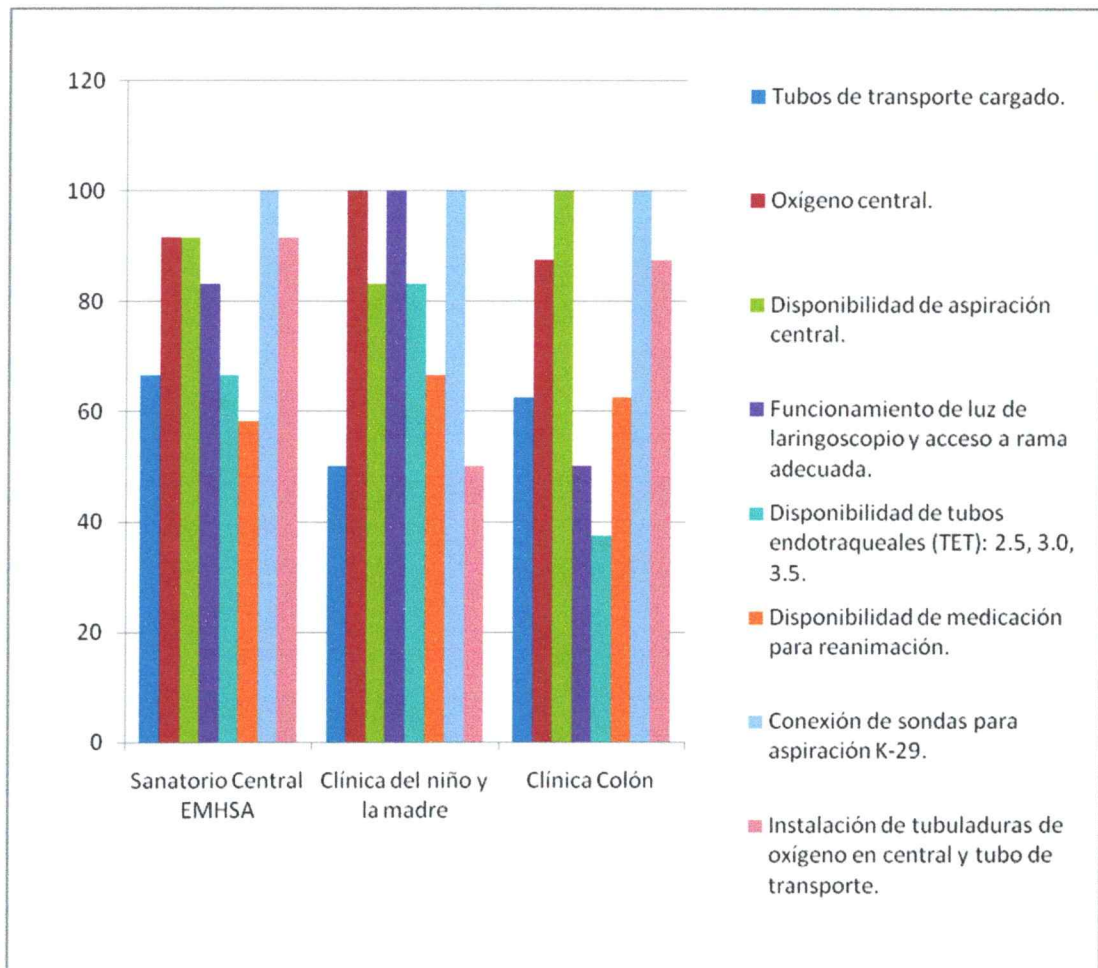
DISPONIBILIDAD DE OXÍGENO	Sanatorio Central EMHSA	Clínica del niño y la madre	Clínica Colón
Tubos de transporte cargado.	66.7	50	62.5
Oxígeno central.	91.7	100	87.5
Disponibilidad de aspiración central.	91.7	83.3	100
Funcionamiento de luz de laringoscopio y acceso a rama adecuada.	83.3	100	50
Disponibilidad de tubos endotraqueales (TET): 2.5, 3.0, 3.5.	66.7	83.3	37.5
Disponibilidad de medicación para reanimación.	58.3	66.7	62.5
Conexión de sondas para aspiración K-29.	100	100	100
Instalación de tubuladuras de oxígeno en central y tubo de transporte.	91.7	50	87.5

Fuente: Casco, L.; Castellanos, M.; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

La verificación de la disponibilidad de oxígeno durante la recepción neonatal realizada por enfermería fue óptima en la comprobación de disponibilidad de oxígeno central, conexión de sondas para aspiración e instalaciones de tubuladuras de oxígeno central y tubo de transporte.

Se encontraron omisiones en la verificación de los tubos de transporte cargado, funcionamiento y disponibilidad del laringoscopio, acceso a TET y medicación para reanimación.

Gráfico N°3: Control de disponibilidad de oxígeno previa recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.



Fuente: Casco, L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Temperatura ambiental

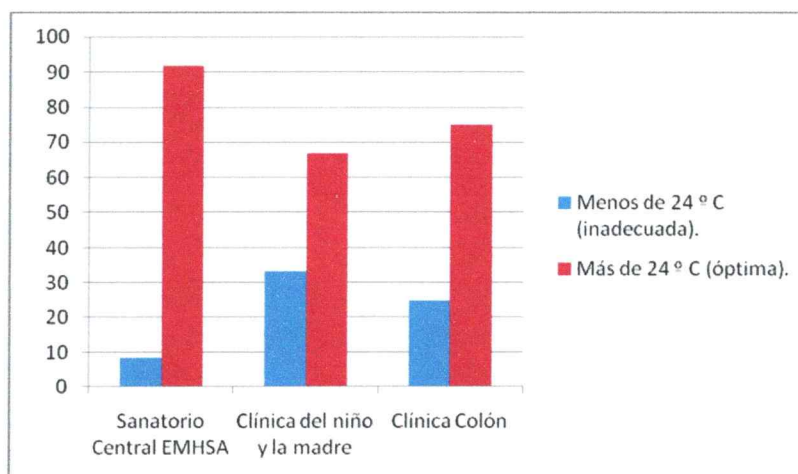
Tabla N°4: Control de la temperatura ambiental previa recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.

TEMPERATURA AMBIENTAL	Sanatorio Central EMHSA	Clínica del niño y la madre	Clínica Colón
Menos de 24 ° C (inadecuada).	8.3	33.3	25
Más de 24 ° C (óptima).	91.7	66.7	75

Fuente: Casco,L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Se observó que la temperatura ambiental era la óptima (más de 24 °C) en la mayoría de las recepciones neonatales.

Gráfico N°4: Control de la temperatura ambiental previa recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.



Fuente: Casco,L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Control de material previo a la recepción

Tabla N°5: Control de material previo a la recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.

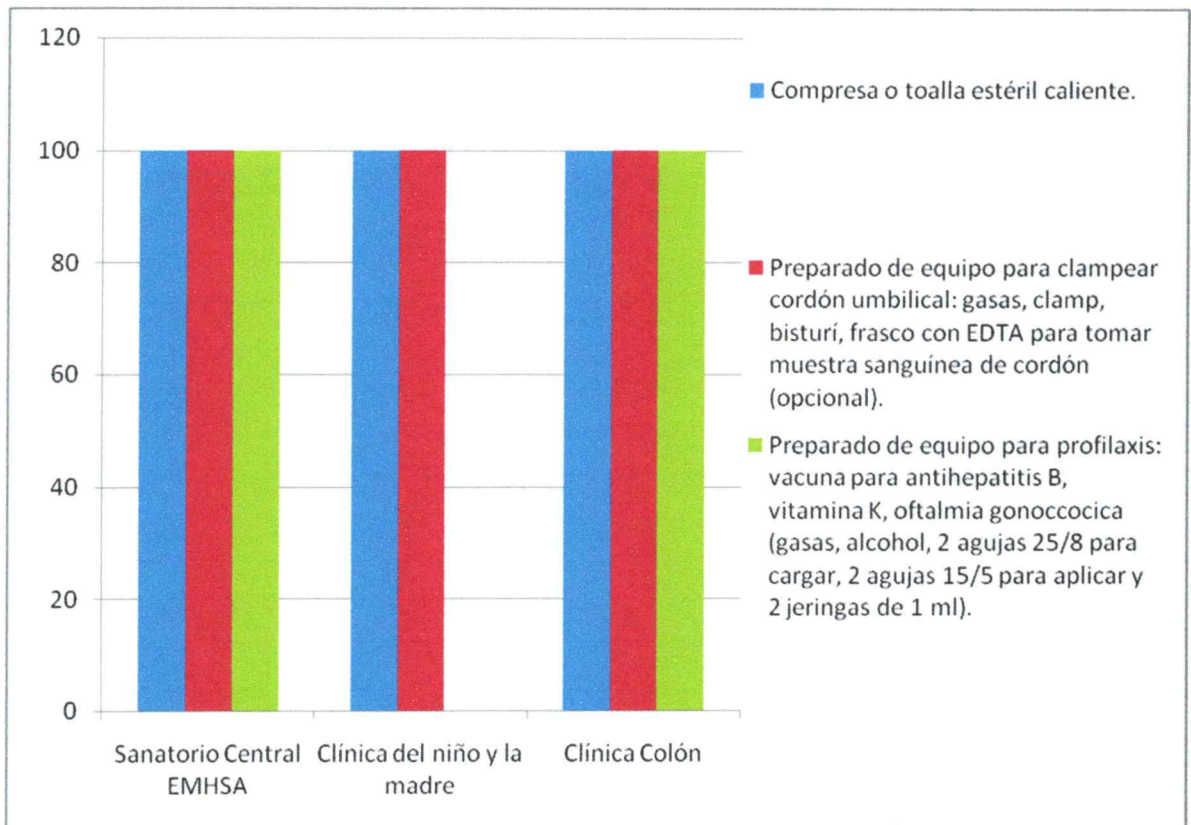
CONTROL DE MATERIAL PREVIO A LA RECEPCIÓN	Sanatorio Central EMHSA	Clínica del niño y la madre	Clínica Colón
Compresa o toalla estéril caliente.	100	100	100
Preparado de equipo para clampear cordón umbilical: gasas, clamp, bisturí, frasco con EDTA para tomar muestra sanguínea de cordón (opcional).	100	100	100
Preparado de equipo para profilaxis: vacuna para antihepatitis B, vitamina K, oftalmia gonocócica (gasas, alcohol, 2 agujas 25/8 para cargar, 2 agujas 15/5 para aplicar y 2 jeringas de 1 ml).	100	0	100

Fuente: Casco,L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Respecto del control de material previo a la recepción, se realiza en la mayoría de las observaciones.

Observación: En la Clínica del Niño y la Madre no se toma muestra de sangre de cordón umbilical y no se aplica triple profilaxis en recepción, se realiza en Nursery alrededor de 30 minutos después.

Gráfico N°5: Control de material previo a la recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.



Fuente: Casco, L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Procedimientos durante la recepción

Tabla N°6: Control de los procedimientos durante la recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.

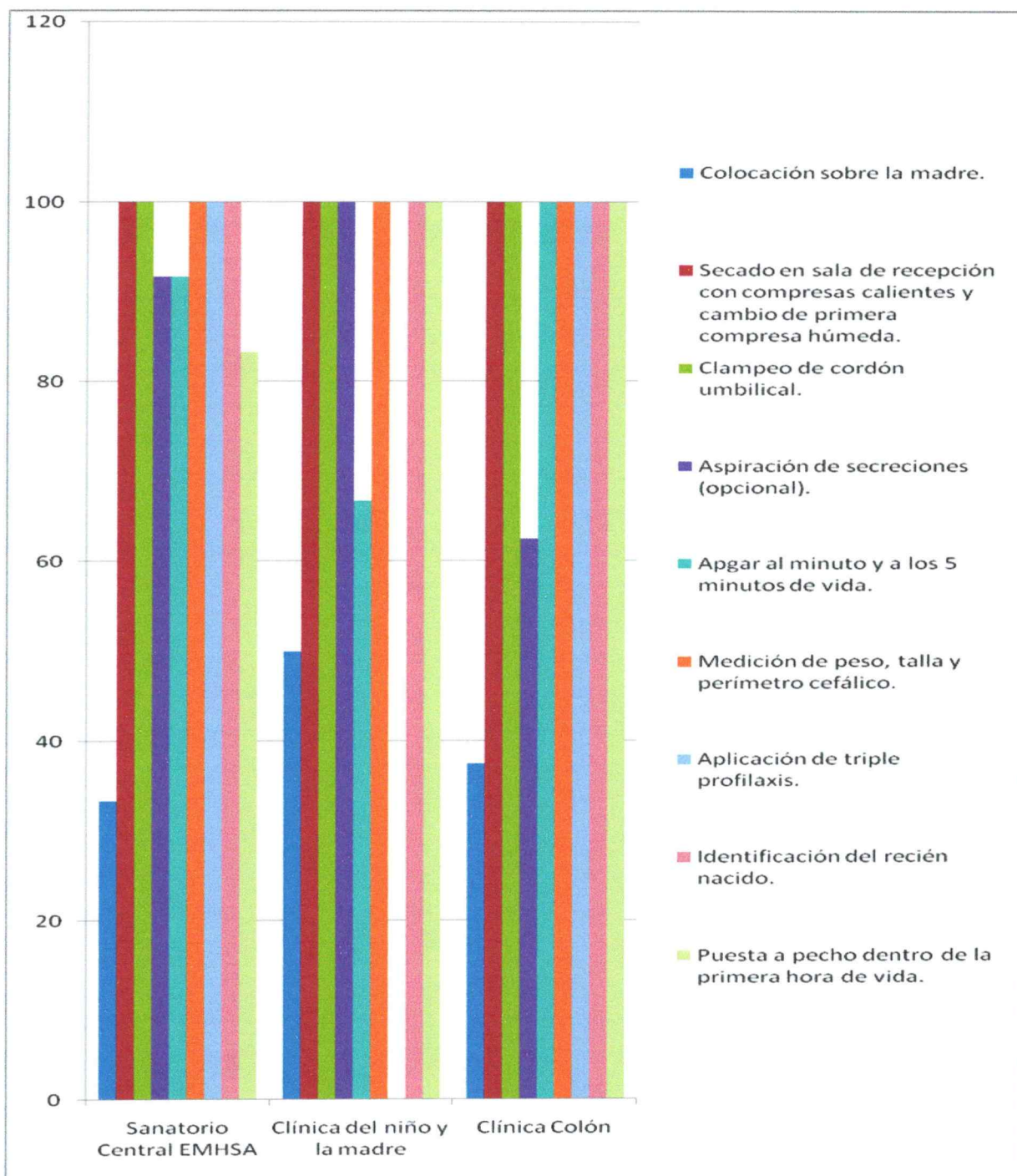
PROCEDIMIENTOS DURANTE LA RECEPCIÓN	Sanatorio Central EMHSA	Clínica del niño y la madre	Clínica Colón
Colocación sobre la madre.	33.3	50	37.5
Secado en sala de recepción con compresas calientes y cambio de primera compresa húmeda.	100	100	100
Clampeo de cordón umbilical.	100	100	100
Aspiración de secreciones (opcional).	91.7	100	62.5
Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida.	91.7	66.7	100
Medición de peso, talla y perímetro cefálico.	100	100	100
Aplicación de triple profilaxis.	100	0	100
Identificación del recién nacido.	100	100	100
Puesta a pecho dentro de la primera hora de vida.	83.3	100	100

Fuente: Casco, L; Castellanos, M; Gonzalez, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

Se observó que siempre se realiza el secado con cambio de primera compresa, el clampeo del cordón umbilical, se toman las medidas antropométricas, se aplica la triple profilaxis y se identifica al recién nacido.

También se observó que en algunos casos se aspiran secreciones, enfermería controla el apgar y la primera puesta al pecho es variable según el lugar y el tipo de parto (vaginal o cesárea).

Gráfico N°6: Control de los procedimientos durante la recepción neonatal según institución en porcentaje (%). Sanatorio Central EMHSA, Clínica Colón, Clínica del niño y de la Madre. Mar del Plata, septiembre de 2009.



Fuente: Casco, L; Castellanos, M; González, K. Guía de observación realizada por las autoras basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud para la recepción neonatal. Año 2009.

CONCLUSIONES

El estudio se realizó mediante la observación de 26 recepciones neonatales en Sanatorio Central EMHSA, Clínica del Niño y de la Madre y Clínica Colón. En las mismas se observaron diferencias respecto de las recomendaciones publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación que se detallarán a continuación seguidas de las complicaciones que esto puede ocasionar:

- Encendido de incubadora de transporte: El no tener la incubadora de transporte encendida dificulta el traslado del recién nacido a la UCIN, con riesgo de enfriamiento del mismo. Esto puede producir alteraciones en la termorregulación con hipoglucemia, hipoxia, etc.
- Control de tubo de transporte: El oxígeno durante el transporte es indispensable en los neonatos que presentan dificultad respiratoria u otras patologías que requieran tratamiento. La falta del mismo puede derivar en otras complicaciones respiratorias (Hipertensión pulmonar, hipoglucemia, acidosis respiratoria, encefalopatías, etc).
- Funcionamiento de luz del laringoscopio y rama adecuada disponible: El mal funcionamiento puede retrasar, en la urgencia, la intubación endotraqueal y la ventilación adecuada del paciente. Es indispensable en casos de Membrana Hialina, malformaciones (Ej: Hernia diafragmática), neumotórax, etc.
- Disponibilidad de tubos endotraqueales: Se debe contar con las diferentes medidas (de 2 a 4 mm) ya que la falta de alguno, puede

derivar en escapes de aire por tráquea (si es más pequeño al requerido) o lesión (si es más grande) provocando a su vez una incorrecta ventilación.

- Control de medicación para reanimación: En algunos casos se omite el control de estas medicaciones (adrenalina, expansores de volumen, bicarbonato y naloxona)¹¹. Esto afectaría la reanimación ante un eventual paro cardiorrespiratorio.
- Colocación sobre la madre: Se observó que este procedimiento depende de varios factores:
 - Tipo de parto: En las cesáreas no se practica.
 - Vigorosidad del recién nacido.
 - Neonatólogo de guardia.
 - Experiencia o habilidad de la enfermera de turno.

La colocación sobre la madre favorece el vínculo de la díada (madre-hijo), la lactancia materna y además, ayuda en la termorregulación del recién nacido.

Motivos aparentes de las omisiones:

Se observó que en el 50% de los casos, las omisiones en el control y disponibilidad del equipamiento se produjeron por no apropiarlo a la rutina de recepción.

¹¹ AAP, AHA. Reanimación neonatal. EEUU, 1994. Lección 6. Pág. 10-27.

Curiosamente, la capacitación sobre dichas rutinas, fue por tradición: El entrenamiento de la enfermera de recepción la realiza otra más experimentada, pero no siempre actualizada con los procedimientos.

Hay que contemplar también, que sólo el 50% de todas las enfermeras observadas tienen realizado y aprobado el curso de reanimación neonatal.

En un sólo caso, la enfermera contestó que ignoraba el procedimiento de control adecuado.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Resumen de las recomendaciones del Ministerio de Salud

Recomendaciones del Ministerio de Salud	SI	NO	Observaciones
Recurso humano:			
Neonatólogo.			
Enfermera.			
Pediatra.			
Verificación y control del equipo:			
Fuente de calor:			
Servocuna encendida.			
Radiador encendido.			
Incubadora de transporte encendida y a más de 24°C.			
Disponibilidad de oxígeno:			
Tubos de transporte cargado.			
Oxígeno central.			
Disponibilidad de aspiración central.			
Funcionamiento de luz de laringoscopio y acceso a rama adecuada.			
Disponibilidad de tubos endotraqueales (TET): 2.5, 3.0, 3.5.			
Disponibilidad de medicación para reanimación.			
Conexión de sondas para aspiración K-29.			
Instalación de tubuladuras de oxígeno en central y tubo de transporte.			

Temperatura ambiental:			
Menos de 24 ° C (inadecuada).			
Más de 24 ° C (óptima).			
Control de material previo a la recepción:			
Compresa o toalla estéril caliente.			
Preparado de equipo para clampeo cordón umbilical: gasas, clamp, bisturí, frasco con EDTA para tomar muestra sanguínea de cordón (opcional).			
Preparado de equipo para profilaxis: vacuna para antihepatitis B, vitamina K, oftalmia gonocócica (gasas, alcohol, 2 agujas 25/8 para cargar, 2 agujas 15/5 para aplicar y 2 jeringas de 1 ml).			
Procedimientos durante la recepción:			
Colocación sobre la madre.			
<ul style="list-style-type: none"> • Secado en sala de recepción con compresas calientes y cambio de primera compresa húmeda. • Clampeo de cordón umbilical. • Aspiración de secreciones (opcional). • Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida. • Medición de peso, talla y perímetro cefálico. • Aplicación de triple profilaxis. • Identificación del recién nacido. • Puesta a pecho dentro de la primera hora de vida. 			

Mar del Plata, 14 de abril de 2009.


A jefe de Departamento de Enfermería del Sanatorio Central EMHSA.

Sr Alonso, Héctor.

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización para realizar una entrevista al personal del servicio de neonatología de esta institución con el fin de recaudar información necesaria para la elaboración de nuestra tesis de grado.

La misma no demandará tiempo laboral del personal antes mencionado. Es de carácter anónima y confidencial, sólo se mencionará la institución.

Aguardando una pronta respuesta, saludan atentamente:


HÉCTOR ALONSO
ENFERMERO M.N. 41086
JEFE DEPARTAMENTO ENFERMERÍA

AutORIZADO

Castellanos, María.

González Karina.

Mar del Plata, 14 de abril de 2009.

Clínica Colón

A Jefe de Departamento de Enfermería

Me dirijo a usted con el fin de solicitar autorización para realizar una entrevista al personal que realiza la recepción de recién nacido en esta institución con el fin de recaudar información necesaria para la elaboración de nuestra tesis de grado.

La misma no demandará tiempo laboral del personal antes mencionado. Es de carácter anónima y confidencial, sólo se mencionará la institución.

Aguardando una pronta respuesta, saludan atentamente:

Se autoriza

Dr. JORGE L. VILLEGAS
MÉDICO PEDIATRA
M.P. 91838

*Jefe Servicio NEONATOLOGÍA
Clínica Colón*

Septiembre 3 de 2009

Castellanos, María.

González Karina.

Casco, Lorena.

Mar del Plata, 14 de abril de 2009.

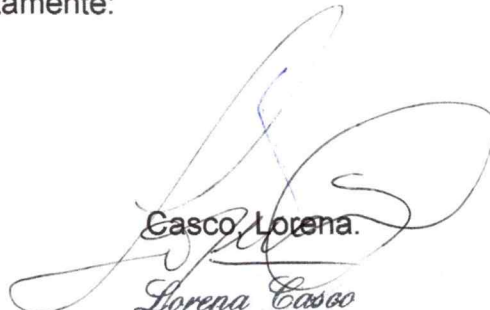
A Jefe de Departamento de Enfermería de la Clínica del niño y la Madre.

Sr Goñi, Hugo.

Me dirijo a usted con el fin de solicitar autorización para realizar una entrevista al personal del servicio de neonatología de esta institución con el fin de recaudar información necesaria para la elaboración de mi tesis de grado.

La misma no demandará tiempo laboral del personal antes mencionado. Es de carácter anónima y confidencial, sólo se mencionará la institución.

Aguardando una pronta respuesta, saluda atentamente:


Casco, Lorena.
Lorena Casco
ENFERMERA PROFESIONAL
M.P. 15470
M.N. 591-96

AUTORIZADO

Lic. Hugo Goñi
Dir. de Enfermería
Clínica del Niño y La Madre

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- FUNDASAMIN. Revista Enfermería neonatal. Año 1. Número 1. Noviembre 2006. Argentina. Pág. 2.
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina, 2004. Capítulo 3. Pág. 47.
- AAP, AHA. Reanimación neonatal. EEUU, 1994. Lección 6. Pág. 10-27.
- www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/Aula_Virtual_Neonatos
- <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNAnamPerinat>
- <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab003248.html>
- <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/maternoinfantil/clampeo.pdf>