

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE RECIÉN
NACIDOS CON SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO ALA MATERNO
NEONATAL”**

Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, realizado durante los meses de
enero a diciembre del año 2015.

ARELI ELIZABETH TUBAC ZET
Carné: 200817167

ASESOR: Dra. Wendy Yamileth Palala Virula
REVISOR: M.A. Enma Judith Porras Marroquín

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –USAC-
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2016



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail direccioneneg@gmail.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON
 SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
 CHIMALTENANGO ALA MATERNO NEONATAL"

Presentado por la estudiante: *Arelí Elizabeth Tubac Zet*
 Camé: 200817167
 Trabajo Asesorado por: *Dra. Wendy Yamileth Palala Virula*
 Y Revisado por: *M.A Enma Judith Porras Marroquín*

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los veintidós días del mes de Septiembre del año 2016.

[Firma]
 Licda. Enma Judith Porras Marroquín
 DIRECTORA



Vo.Bo.

[Firma]
 Dr. Mario Herrera Castañeda
 DECANO



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Unidad de Tesis



Guatemala, 21 de Septiembre de 2016.

Enfermera Profesional
Arelí Elizabeth Tubac Zet
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:


**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON
SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
CHIMALTENANGO ALA MATERNO NEONATAL"**

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. María Eugenia De León Joaquín
Coordinadora
Unidad de Tesis

c.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 21 de Septiembre 2016.

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

Areli Elizabeth Tubac Zet

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

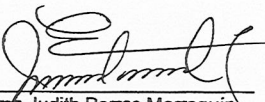
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON
SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
CHIMALTENANGO ALA MATERNO NEONATAL"

Del cual el autor se hace responsable por el contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Wendy Yamileth Palala
Ginecóloga y Obstetra
Col. 12,900

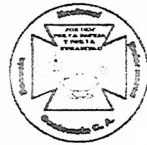
Dra. Wendy Yamileth Palala Virula
ASESOR


AUTOR


M.A Enrya Judith Porras Marroquin
REVISOR



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS MSPAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA



RESPONSABILIDAD

Solamente el Autor es responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Agradezco a Dios, por el don de la vida, por ser mi fortaleza, guiarme con amor, e iluminarme con sabiduría para culminar con éxito.

A MIS PADRES: Efrain Tubac Jacobo y Carmen Zet Tubac por su amor, paciencia y apoyo en todo momento de mi carrera profesional.

A MIS HERMANOS: Mirna Nohemí Tubac, Daniel Samuel Tubac, Sonia Esther Tubac, Jose David Tubac, por estar siempre presentes apoyarme y que sea su ejemplo a seguir.

A MIS COMPAÑERAS: Norma Chipix, Leticia Chicop, Julia Cojti, Estela Chiroy, Irma Abaj, Juanita Xocop. con las que comparti alegrías, logros y emociones.

A MI ASESORA Y REVISORA:

Doctora Wendy Yamileth Palala Virula

M.A. Enma Judith Porras Marroquín

Con agradecimiento por su apoyo incondicional, orientación, tiempo y paciencia brindada en la elaboración de mi tesis

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS Y UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Por brindarme la formación académica y permitir el crecimiento personal y profesional.

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO:
Licda. Vilma Curruchich, Licda. Lea Sirin por su apoyo incondicional durante la realización del estudio.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
1.	ANTECEDENTES	2
2.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	7
3.	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	7
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	8
IV.	OBJETIVO	11
V.	REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA	12
1.	Factor.	12
1.1	Tipo de factores	12
1.2	Factores culturales.	12
1.3	Factores de accesibilidad geográfica.	14
1.4	Factores relacionados con los servicios de salud.	15
1.5	Edad de la mujer como un factor de riesgo	15
1.6	Factor relacionado con la paridad	16
1.6.1	Primípara	16
1.6.2	Multipara	16
1.6.3	Gran Multipara	17
2.	Incidencia	17
3.	Factor de riesgo embarazo.	17
3.1	Embarazo	19
3.1.1	Etapas del embarazo.	19
3.1.2	Primer trimestre del embarazo.	19
3.1.3	Segundo trimestre embarazo.	19
3.1.4	Tercer trimestre del embarazo.	19
3.2	Factores que influyen en la no asistencia al control prenatal:	20
3.2.1	Atención prenatal.	21
3.2.2	Control prenatal.	22
3.2.3	Objetivos del control prenatal.	23
3.2.4	Señales de peligro durante el embarazo.	23
3.3	Las Cuatro Demoras	24

3.3.1	Primera Demora en el reconocimiento del problema o signos de peligro.	24
3.3.2	Segunda Demora en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención sanitaria.	25
3.3.3	Tercera Demora en el acceso a un servicio de salud digno.	26
3.3.4	Cuarta Demora en recibir una atención oportuna y de calidad.	27
3.3.5	Plan de emergencia familiar.	29
3.4	Factores que influyen sobre el parto.	30
3.4.1	Parto.	30
3.4.2	Trabajo de parto.	31
3.4.3	Fases del trabajo de parto.	32
3.4.4	Control del trabajo de parto	33
3.4.5	Tipos de parto.	34
3.4.5.1	Parto espontáneo.	34
3.4.5.2	Parto inducido.	34
3.4.5.3	Parto inmaduro	34
3.4.5.4	Parto pre término o prematuro.	34
3.4.5.5	Parto a término	34
3.4.5.6	Parto pos término.	35
3.5	Uso de partograma	35
3.5.1	Objetivos del partograma	40
3.5.2	Ventajas del partograma	41
3.6	Cesárea	41
3.6.1	Emergencias obstétricas y neonatales	42
4.	Factores relacionado con el recién nacido	42
4.1	Síndrome de aspiración de meconio.	42
4.2	Causas.	44
4.3	Tratamiento.	45
4.4	Cuidados del recién nacido con aspiración de meconio.	45
4.5	Intervención de enfermería	46
4.5.1	Que es lavado gástrico	46
4.5.2	Positivo	46
4.5.3	Negativo	46
4.6	Acciones dependientes.	47

4.7	Acciones independientes.	48
4.8	Atención inmediata del recién nacido.	49
4.9	Test de APGAR	50
4.10	Recién nacido a término	51
4.11	Recién nacido pos término	51
4.12	Edad gestacional.	51
4.	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	57
5.	Descripción detallada de técnicas y procedimientos.	61
6.	Alcances y límites de la investigación	61
6.1	Criterios de inclusión	61
6.2	Criterios de exclusión	61
7	Aspectos éticos de la investigación	61
7.1	Permiso institucional.	61
7.2	Beneficencia.	62
7.3	Autonomía.	62
7.4	Justicia	62
VII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
VIII.	CONCLUSIONES	79
IX.	RECOMENDACIONES	81
X.	BIBLIOGRAFIA	82
	ANEXO.	88

RESUMEN

La presente investigación titulada "factores que influye en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal". Se realizó con el objetivo de identificar los factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial. Para lo cual se revisaron los libros de ingreso donde se incluye para el estudio 64 historias clínicas de neonatos con síndrome de aspiración meconial.

Es descriptivo por que se describen los factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, con enfoque cuantitativo porque expresa datos numéricos de la información obtenida, retrospectivo porque se realizó en un período determinado, para recolectar la información se utilizó los expedientes clínicos y la boleta de recolección de datos, basado en los indicadores de la variable, elaborado por la investigadora, se utilizó la población de 64 recién nacidos con síndrome de aspiración meconial.

No se cuenta con estudios previos en la institución, relacionados a los factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal. Los resultados del presente estudio evidencian factor de riesgo la edad de mujer, la paridad como un factor de riesgo, factores de accesibilidad geográfica, factores culturales, factores relacionados con los servicios de salud. Los datos obtenidos se tabularon en forma de paloteo se plasmaron los cuadros correspondientes y se analizaron en base a la revisión bibliográfica. El procesamiento de la información se efectuó utilizando datos estadísticos los cuales se presentan en cuadros descriptivos.

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de aspiración de meconio, ocupa un lugar importante como causa de morbi-mortalidad en los pacientes ingresados en el servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal. Es una enfermedad grave causada por varios factores y su gravedad puede ir desde leve hasta potencialmente mortal. Debido a su magnitud e importancia fue tomada como tema de investigación.

Este estudio es descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, porque se cuantificaron hechos del pasado, en un período de tiempo, el año 2015. Dentro de los resultados obtenidos se puede mencionar que los factores que influyeron los principales hallazgos indican que la edad de la mujer como un factor de riesgo, la paridad es un grave problema ya que la ausencia de cultura que le permita limitar su gran fertilidad, otro factor que influye en la no asistencia al control prenatal que la paciente que no asiste a su control de manera precoz y periódica o recibe un control deficiente tiene mayores posibilidades de morbilidad y mortalidad, materna neonatal, factor de accesibilidad geográfica influye para acceder a los servicios de salud, factores culturales que fueron pacientes manipuladas por comadrona, factores relacionados a los servicios de salud, factor en la atención del parto y del recién nacido.

Se recomienda que la información que se presenta en este estudio, deba darse a conocer a las autoridades correspondientes de la institución, con la finalidad de disminuir y prevenir factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal y llevar un control estadístico de las mismas. Es deber de todos los que laboran en el campo salud, garantizar buen manejo de los pacientes para mejorar la calidad de sobrevivencia de los mismos.

necesidades de cuidado y quien las satisface, para ello debe contar con las competencias necesarias que le permitan brindar un cuidado integral.

El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas (ONU) con base en Nueva York, recomiendan que por cada medio millón de personas haya cuatro centros que ofrezcan cuidados obstétricos esenciales básicos y uno con cuidados obstétricos integrales, que incluyan mayor complejidad tecnológica, entre los Principales tipos de asistencia a proveer son:

- Control prenatal oportuno y programado, a cargo de personal entrenado.
- Tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia)
- Procedimientos manuales al momento del parto no complicado, para prevenir y tratar infecciones hemorragias y parto obstruido.
- Atención neonatal básica.

Es importante que los servicios de salud cuenten con adecuadas redes que permitan la referencia en casos de necesitarse atención materno neonatal más compleja "(como intervenciones quirúrgicas, transfusiones, atención del recién nacido con problemas)".¹

En el Hospital Nacional de Chimaltenango del ala materno neonatal, en el servicio de recién nacidos la morbilidad por síndrome de aspiración meconial de enero a Diciembre de 2014, fueron de 76 casos y la mortalidad fue de 50 casos en ese mismo período.

¹ http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf gobierno de Chile consultado 12 de febrero 2015.

"El meconio es un líquido constituido por secreciones gastrointestinales, de color verde y consistencia viscosa, con moco, jugo pancreático, desechos celulares, líquido amniótico, vermic caseosa, lanugo y sangre deglutida"². Se ha podido clasificar mediante inspección visual en claro, verdoso y verde en el caso de que exista tinte de meconio, en cuanto a la intensidad esta se clasifica como: leve, moderada e intensa o denso, aunque la clasificación en algún momento se puede volver subjetiva ya que depende de la observación que realice la persona encargada de la evaluación clínica, manifestara algún trastorno fetal actual o anterior.

El recién nacido que nace bañado en meconio y luego desarrolla el síndrome de aspiración de meconio tiene algunas características entre ellas se puede observar a un neonato cubierto en su mayoría de veces por meconio, con dificultad respiratoria ya que sus bronquios se llenan de meconio por la aspiración, para verificar la gravedad del síndrome de aspiración de meconio se clasifican a los neonatos de la siguiente forma:

Leve: el meconio es semilíquido, habitualmente el APGAR al minuto es mayor que 7 y la dificultad respiratoria es leve o moderada.

Grave: antecedente de sufrimiento fetal y la expulsión de meconio intraparto es verde oscuro y espeso, el APGAR al minuto es menor que 6, la dificultad respiratoria es mayor.

Sol Ajbai, Martha Silvia³, en su estudio titulado "Conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas que asisten a control prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt De Guatemala" llego a las conclusiones:

² LOPEZ R. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, estudio de investigación descriptivo, características epidemiológicas y clínicas de los recién nacidos con síndrome de aspiración meconio. octubre 1988.

³SOL AJBAL. Martha Silvia (Tesis de Enfermería) Conocimientos Sobre el Trabajo de Parto y Parto, que poseen las embarazadas que asisten a control prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt De Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.2013. p. 51.

En cuanto a la atención prenatal el 63% de las madres en su tercer trimestre del embarazo conoce que, es atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante su período de gestación, pero es alarmante saber que el 87% no sabe que las cuatro demoras son; los retrasos en la atención de la mujer embarazada, y solo el 57% considera que un plan de emergencia familiar; son acciones que se deben seguir a la hora de una emergencia durante el embarazo. Aunque el porcentaje es elevado aún no se cuenta con la información necesaria para tomar las medidas de prevención y evitar futuras complicaciones en la madre y el recién nacido.

Riveiro Nuila, Sheila Karina⁴, en su estudio titulado “Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término” llego a las conclusiones siguientes:

- Se evidenció el poco conocimiento que tiene el personal de enfermería en cuanto a la clasificación de un recién nacido con síndrome de aspiración de meconio, el no distinguir los factores de riesgo, tener conocimiento de los signos, síntomas y las acciones que deben de realizar cuando nace un recién nacido limita la atención pronta y de calidad cuando se presenta un caso de esta índole.
- De acuerdo a los datos proyectados por la investigación se constató como las causas para que se desarrollara el síndrome de aspiración de meconio las siguientes: pacientes multíparas, donde el sexo femenino fue el más afectado y en neonatos a término según reportes del expediente clínico, cabe mencionar que a pesar de que se reportó con más frecuencia el

⁴RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

meconio espeso, el APGAR reportado en el partograma fue en su mayoría de 8 puntos al primer minuto de nacimiento y de 9 puntos al quinto minuto de nacimiento.

- Entre los factores de riesgo más sobresalientes según el expediente clínico se encontraron las contracciones uterinas anómalas, sufrimiento fetal agudo, presentación anómala y estrechez pélvica llama la atención ya que fueron partos que de desarrollaron en su etapa de labor por más de 5 horas en el servicio, tiempo necesario para poder prevenir o diagnosticar oportunamente la defecación del feto y así evitar padecimientos respiratorios importantes en el recién nacido.
- La incidencia de neonatos que nacieron bañados en meconio leve o severo fue de un 24.11% de los nacimientos de enero a junio del año 2013, por lo que aunque se una incidencia vista desde los datos estadísticos mínima es relevante ya que una atención pronto y oportuna salvara no solo la vida del neonato si no su crecimiento, desarrollo y futuro del mismo.

Durante las rondas de supervisión del cuidado de enfermería, la investigadora ha observado en el servicio de labor y partos, pacientes ingresadas al servicio de labor y partos, pacientes manipuladas por comadrona y completas que al nacer los recién nacidos nacen bañados con meconio, pacientes embarazadas que por la falta de interés de no acudir al centro asistencial lo más pronto posible para la atención de parto los recién nacidos nacen bañados de meconio, pacientes que al preguntar que si llevaron control prenatal y refieren que no llevaron control prenatal y que ni sabían la fecha de parto, la cual llegan dos semanas después de la fecha de parto la cual los recién nacido nacen con este síndrome de aspiración meconial.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala ha elaborado un manual de normas de atención en el primer y segundo nivel de los servicios de salud, estableciendo lineamientos claros para atención prenatal principalmente para la reducción de muerte materna y neonatal. A través de este estudio se determinarán los factores que influyen en la incidencia de recién nacido con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal, ya que a pesar de existir una guía de atención que podía evitar este problema, la incidencia es alta.

Este estudio se realizó en el Hospital Nacional de Chimaltenango del ala Materno Neonatal en el servicio de recién nacidos.

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Ámbito Geográfico: Departamento de Chimaltenango.

Ámbito Institucional: Hospital Nacional De Chimaltenango ala Materno Neonatal.

Ámbito Temporal: Enero a Diciembre del 2015.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyeron en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal, durante los meses de Enero a Diciembre del 2015?

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El síndrome de aspiración meconial es un síndrome que ocurre cuando el feto aspira una mezcla de meconio y líquido amniótico hacia los pulmones cerca del momento del parto, en algunos casos, el feto elimina meconio mientras aún está dentro del útero. Esto sucede cuando el feto está "bajo estrés", dado que el suministro de sangre y oxígeno disminuye, con frecuencia se debe a problemas placentarios. Una vez que el meconio ha pasado hacia al líquido amniótico circundante, el feto puede bronco aspirar el meconio. "Esto puede suceder mientras el feto aún está en el útero o aún está cubierto por líquido amniótico después del nacimiento. El meconio también puede bloquear las vías respiratorias del recién nacido inmediatamente después del nacimiento"⁵.

El meconio es la primera secreción intestinal del recién nacido y está compuesto por células epiteliales, pelo fetal, moco y bilis. El feto puede aspirar el líquido amniótico teñido de meconio cuando el bloqueo o los movimientos respiratorios profundos de este se estimulan por la hipoxia. La presencia de meconio en tráquea puede producir obstrucción y una respuesta inflamatoria de las vías aéreas, lo que genera dificultad respiratoria grave. La presencia de meconio en el líquido amniótico es un signo de alarma de sufrimiento fetal, pero no es un marcador independiente sensible de sufrimiento fetal. "Debe controlarse en forma estrecha a las madres con líquido amniótico teñido de meconio durante el trabajo de parto"⁶.

Esta afección se denomina aspiración de meconio y puede causar problemas respiratorios debido a la hinchazón (inflamación) en los pulmones del recién nacido, después del nacimiento, es un problema que amerita se le ponga atención ya que en el año 2014 en el Hospital Nacional de Chimaltenango en el

⁵ <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001586.htm>, página consultada 14 de mayo 2016

⁶ ANDRES, Anselmo. Neonatología enfermedades pulmonares p. 605

servicio de recién nacidos, hubo 76 casos de los cuales, 50 tuvieron un desenlace fatal. "En el año 2015 se presentaron 64 casos morbilidad de los cuales 15 finalizaron con el fallecimiento del recién nacido"⁷.

A los recién nacidos que presentaron síndrome de aspiración meconial en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal, en su mayoría se les practica procedimientos invasivos de carácter emergente, (intubación endotraqueal, línea arterial, colocación de sondas oro gástricas, vesical, catéteres periféricos y centrales) con el objetivo de brindar atención inmediata, porque su estado general y la gravedad del problema lo ameritan lo anterior este estudio se considera muy importante, ya que a través de él se identifica los factores que influyen en la incidencia de recién nacido con síndrome de aspiración meconial.

En el servicio de recién nacidos no se cuenta con ningún estudio relacionado al tema por lo que este estudio se convierte en novedoso y es trascendental porque sus resultados pueden emplearse para buscar estrategias que permitan disminuir la morbi-mortalidad causada por el síndrome de aspiración meconial.

El presente estudio es posible porque se tiene el apoyo de las autoridades del Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal, al permitir el acceso a la fuente de información, los expedientes de las pacientes cuyos hijos hayan presentado el problema.

La trascendencia del estudio radica en que los resultados podrían extrapolarse a otras instituciones en donde los factores que influyen en la incidencia de recién nacido con síndrome de aspiración meconial sean altos.

⁷HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO ALA MATERNO NEONATAL, Datos estadísticos del servicio de recién nacidos SIGSA.WEB. .

La presente investigación se considera novedosa, ya que no se ha realizado ningún estudio de síndrome de Aspiración Meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal.

Guatemala es uno de los países con más altos niveles de morbi-mortalidad neonatal, ocupando un séptimo lugar en América latina, por lo que la atención de Tercer nivel es de suma importancia para lograr disminuir estas estadísticas.

Esta investigación se basa modelo de enfermería: de Florencia Nightingale,⁸ cuya teoría, afirma que el entorno es capaz de prevenir, limitar o contribuir a la enfermedad, los accidentes y la muerte, representa todas las condiciones e influencias externas que pueden afectar a la vida. Para ello considera que la enfermera tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación y algunas veces a una muerte digna.

⁸ MARRINER TOMEY, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. 3ra ed. Mosby, doyma libros. Madrid España. 1994. p.73.

IV. OBJETIVO

Describir los factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango al Materno Neonatal durante el período de enero a Diciembre 2015.

V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

Para fundamentar el presente estudio, se abordaron los siguientes temas y subtemas.

1. Factor.

Se entiende por "factor aquel elemento que puede condicionar una situación"⁹ volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos; un "factor contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación de los cambios"¹⁰. Hace referencia a la acción, cosa o actividad, que influyen en el actuar de las personas.

Los factores entonces son el conjunto de características y atributos que se presentan asociados a un evento, pueden convertirse en obstáculos o facilitadores para que ocurra un suceso determinado. Son condicionantes que pueden producir cambios en un individuo de forma positiva o negativa en su propio estilo de vida y su medio.

1.1 Tipo de factores

Se clasifican en diferentes estructuras como lo son: factores culturales, factores de accesibilidad geográfica, factores relacionados con los servicios de salud, edad de la mujer como un factor de riesgo, factor relacionado con la paridad, factor de riesgo el embarazo.

1.2 Factores culturales.

Los factores culturales son una mezcla de creencias y prácticas, de un grupo de personas, los cuales condicionan su estilo de vida.

⁹ <http://www.definicionabc.com/general/factor.php> consultado 28 de mayo 2015

¹⁰ <http://www.definicionabc.com/general/factores.php> Definición de factores Concepto en Definición ABC, consultados 29 de mayo 2016

“Es importante definir el significado de la palabra cultura, siendo el conjunto de elementos de índole material o espiritual, organizados lógicamente y coherentemente que influyen los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, los usos, costumbres, hábitos y aptitudes adquiridos por los hombres en su condición de miembros de una sociedad”¹¹.

“Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar (evitar o esquivar una dificultad) en los estudios de las comunidades”¹².

“Tanto las madres como las comadronas saben de los riesgos asociados al parto, siendo estos físicos y sociales. Uno de los riesgos físicos más importantes detectado por las comadronas es la posición del feto, ya que en algunos casos el feto vienen atravesados y este riesgo lo minimizan con masajes para colocar al feto en su lugar, si no lo lograra, refieren a la paciente al Hospital”¹³.

“Las comadronas hicieron ver la importancia de contar con el apoyo del servicio de salud, ya que en caso de alguna complicación refirieron que de inmediato mandaban a la paciente al centro, puesto de salud, hospital, para que los médicos se hicieran cargo, recalcaron que ellas atienden todo parto media vez este no sea complicado, ya que refieren que ellas no están capacitadas para la atención de partos complicados”¹⁴.

¹¹ DE GISPERT, Carlos et al. Diccionario enciclopédico color. Nuevo Océano Uno. Edición 2007. Barcelona, España. p.473.
¹² <http://www.eumed.net/librosgratis/2011c/985/factores%20culturales%20y%20desarrollo%20cultural.html> Factores Culturales Y Desarrollo Cultural. consultado 30 de mayo 2015

¹³ ORTIZ LOPEZ, Sergio Ivan (tesis medico y cirujano) “Factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional. Santa Catarina Ixtahuacan, Sololá, Guatemala, Septiembre 2014”. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias De la Salud. p.30

¹⁴ ORTIZ LOPEZ, Sergio Ivan (tesis medico y cirujano) “Factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional. Santa Catarina Ixtahuacan, Sololá, Guatemala, Septiembre 2014”. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias De la Salud. p.30

Por lo que se considera que los factores culturales son aquellos patrones que influyen en los estilos de vida de las personas, se continúa de generación en generación, los conocimientos los hábitos, las creencias, el estatus social, los valores, el modo de pensar, crear y sentir.

Ya que existe el hábito de consultar primero con la comadrona para hacer atendidas para el parto. Al ver la situación de la paciente que se complican, las comadronas refieren a las pacientes ya manipuladas por ellas antes solicitar la atención de los servicios de salud, como también que la convivencia conyugal representa estar sujeta en las decisiones de la pareja y de la familia.

La cultura y creencias de las familias o propias de la comunidad, hacen que la mujer embarazada consulte al servicio de salud, solo cuando se le presenta alguna complicación y que requiere de tratamiento para ella.

1.3 Factores de accesibilidad geográfica.

Los factores de accesibilidad geográfica se refieren a los medios que permiten la factibilidad o dificultad de hacer uso de un bien o un servicio.

“Una de las características y a la vez una demora de los servicios de salud son los medios de desplazamiento de la población para ser capaz de proporcionar una atención desde todos los puntos territoriales. Incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que implica al paciente recibir la atención”¹⁵. El departamento de Chimaltenango cuenta con dieciséis municipios las cuales son: San José Poaquíl, San Martín Jilotepeque, San Juan Comalapa, Santa Apolonia, Tecpán Guatemala, Patzún, Pochuta, Patzicía, Santa Cruz Balanyá, Acatenango, San Pedro Yepocapa, San Andrés Itzapa, Parramos,

¹⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/economía>. consultado 17 de mayo 2015

Zaragoza, y El Tejar¹⁶. El Hospital de Chimaltenango llegan las pacientes de todos los municipios y también de las aldeas, caseríos, colonias.

1.4 Factores relacionados con los servicios de salud.

Los sistemas de salud desde una perspectiva de los derechos humanos, deben cumplir condiciones básicas como disponibilidad, accesibilidad física, económica y cultural. Se debe brindar servicios de calidad, sin discriminación alguna, con ética y profesionalismo, respetando la dignidad humana y el ciclo de vida. Uno de los factores que hace vulnerable a las mujeres a mayor riesgo de mortalidad, es la falta de atención de calidad o culturalmente pertinente¹⁷.

Entre los factores que condicionan la aceptación o rechazo de los servicios de salud están: accesibilidad de atención médica, disponibilidad para las pacientes en tiempo, espacio, calidad de atención, modalidad de prestación de servicios, comunicación y otros. Por lo que es importante que el sector salud incremente los recursos asignados a la salud. La falta de suministros, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, medicamentos, adecuado equipamiento, para atender las pacientes embarazadas, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para atención de la demanda. La calidad de la atención en los servicios de salud es otro factor importante, ya que la atención inadecuada a menudo contribuye a que ocurran defunciones evitables.

1.5 Edad de la mujer como un factor de riesgo

"La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la

¹⁶ [https://es.wikipedia.org/wiki/Chimaltenango_\(departamento\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Chimaltenango_(departamento)) consultado 16 de mayo 2015

¹⁷ www.cidh.org/women/saludmaterna10Sp/SaludmaternaCap2.sp.htm consultado 05 de mayo 2015

mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. El embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera un situación de riesgo para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países¹⁸.

1.6 Factor relacionado con la paridad

Número de partos que la paciente ha tenido. La paridad (número de partos previos) ha sido descrita, como uno de los factores de riesgo para muertes y problemas de salud de madres y/o recién nacido. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) puede aumentar al doble el riesgo.

1.6.1 Primípara

“Cuando tiene un hijo por primera vez. Etimológicamente, este calificativo viene del latín parere que significa “parir”. El término “partum” que significa “dar a luz”¹⁹

“Una mujer que ha completado un embarazo con un feto que ha alcanzado vitalidad”²⁰.

1.6.2 Múltipara

“Una mujer que ha dado a luz más de una vez se denomina múltipara”²¹.

“Una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta la etapa de la vitalidad fetal.”²²

¹⁸ DONOSO, Enrique, VERA, Claudio, POBLETE, José. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil 2014. p.68

¹⁹ <http://salud.ccm.net/faq/20955-primipara-definicion> consultado 6 agosto 2016

²⁰ • BRACE, Harcourt, Enfermería materno-infantil sexta edición, p.140

²¹ <http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/multipara.html> consultado 6 agosto 2016

1.6.3 Gran Múltipara

Si ha tenido números de partos (más de cuatro o cinco)²³

"Excesiva multiparidad, la mujer se expone a más peligros y son más fuertes, esos peligros, primero porque el organismo se va resistiendo, porque el embarazo y el parto representa un gran esfuerzo para ese organismo una sobre carga para todos los órganos pero especialmente para algunos, como el corazón, los riñones y especialmente la matriz o útero"²⁴.

2. Incidencia

La incidencia puede tomarse de dos formas. En primer lugar como el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada en un periodo de tiempo determinado, muestra la probabilidad de que una persona de cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.

"En el caso de esta investigación se tomará la incidencia como algo que se produce en el transcurso de un asunto o relato y que repercute en él, alterándolo o interrumpiéndolo.

Puede decirse también que es la influencia de determinado factor en un proceso modificado".²⁵

3. Factor de riesgo embarazo.

"Toda mujer embarazada se considera de riesgo, sin embargo se requiere mayor vigilancia cuando la mujer no está preparada para ser madre o cuando el embarazo es en adolescentes, ya que no solo puede afectar a la paciente y al

²² BRACE, Harcourt, Enfermería materno-infantil sexta edición, p. 140

²³ LOMBARDI J, FERNÁNDEZ M. Fundamentos de Ginecología y Obstetricia: Control Prenatal. 2ª edición. Barcelona: España: Editorial Panamericana; 2010:144-162

²⁴ GALLY, Esther, embarazo parto cuidado del recién nacido planificación familiar. p. 107

²⁵ Epidemiología y administración de servicio de Salud G.E ALAN deber P.H 1991

recién nacido. El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico.

Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido²⁶.

“El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal²⁷”

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas. Con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Un factor de riesgo se define como aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del recién nacido. Los estados maternos o ambos.

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

El embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. Hay muchos factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal.

²⁶ Herrear, Oliva, Domínguez. Riesgo reproductivo capítulo 11 p.114.

²⁷ DONOSO, Enrique, VERA, Claudio, POBLETE, José. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil 2014. p.168

sentido de maternidad hacen conocer incomodidades del embarazo, los cambios corporales son intensos antes del parto. Mientras el feto crece, el útero se expande ocupando casi toda la cavidad abdominal, algunas manifestaciones propias de esta etapa son el mayor aumento de peso, el cansancio y la posible hinchazón de manos, tobillos y pies³⁰.

3.2 Factores que influyen en la no asistencia al control prenatal:

“Existe una gran diversidad de factores en los cuales influyen de manera persistente en el diario vivir de la sociedad, dentro de los cuales se mencionan los siguientes.

- Educación.
- Ocupación en actividades inestables y de poco reconocimiento social.
- Desintegración familiar
- Embarazos no deseados.
- La práctica de un control prenatal despersonalizado.
- Falta de recursos económicos

El nivel educativo que tenga la persona influye en gran parte en su estilo de vida, porque si mayor es el nivel de educación que posee la persona, es mucho más accesible a recibir atención médica para su bienestar³¹.

“El tipo de trabajo u ocupación que tenga el individuo, obstaculiza su asistencia al control prenatal, porque de otra manera, impide su acercamiento al servicio de salud, mientras que la ocupación de ama de casa, ofrece mayores facilidades para acudir al centro asistencial. La inestabilidad de una relación de pareja es otro

³⁰SOLANO, María Inés. Guía práctica para padres, 1ª. Ed.; reimp. Buenos Aires. Albatros, 2004. p.15.

³¹ CUX VÁSQUEZ, Andrés “factores que influyen en la no asistencia al control prenatal en el centro de atención permanente de Chupol, Chichicastenango, El Quiche, Guatemala” Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Quetzaltenango 2013. p 16.

factor para que la mujer embarazada no acuda tempranamente a su control prenatal.

La falta de recursos económicos es otro de los factores más relevantes, porque si no cuenta con este recurso, no tiene como viajar para poder llegar a su destino. Falta de recurso económico para el pago de la consulta, el transporte, los exámenes de laboratorio, prenatales, lo cual se suma la pérdida de horas laborales³².

3.2.1 Atención prenatal.

“Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Se suele iniciar este tipo de atención cuando la mujer descubre que está embarazada³³.”

Pérez Pablo, Carmelina en su investigación menciona “Atención prenatal es la atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindarse a la mujer durante su período de gestación, identificando las señales de peligro que puede poner en riesgo la vida de la madre y el feto lo antes posible y para lograrlo se debe poner en práctica el auto cuidado juntamente con la ayuda de la familia para mejorar su estado de salud de la madre como del recién nacido³⁴.”

“Una vez confirmado el embarazo el médico tomará las medidas necesarios para que la madre reciba atención prenatal, lo cual dependerá del tipo de parto que

³² CUX VÁSQUEZ, Andres “factores que influyen en la no asistencia al control prenatal en el centro de atención permanente de Chupol, Chichicastenango, El Quiche, Guatemala” Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Quetzaltenango 2013. p. 16.

³³ https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_prenatal consultado 15 de mayo 2015

³⁴ PEREZ PABLO, Carmelina (Tesis de licenciatura) Satisfacción de la usuaria en la atención de enfermería en la clínica de pre consulta prenatal del centro de atención Materno Infantil de Cuitico, Huehuetenango. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.2011. p.13

deseo, la atención prenatal se presta en la consulta prenatal, en puesto de salud, centro de salud, hospitales, cantonales, clínicas particulares, pero ahora se cuenta con la asistencia comunitaria³⁵, algunos centros de salud del área de Chimaltenango presta sus servicios las 24 horas del día como los CAP (Centro de Atención Permanente) y algunos brindan atención 8 horas al día, al confirmar el embarazo es necesario que se inicie el control prenatal no importa el lugar lo importante es mantener la salud de la madre y el feto.

3.2.2 Control prenatal.

“El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la mortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el proceso del trabajo de parto y parto, el control prenatal debe ser eficaz y eficiente para evitar que en Guatemala mueran mujeres por problemas relacionados con el embarazo parto o puerperio, siendo esta la primera causa de muerte, estas son prevenibles y evitables. Pues a través de estas acciones se contribuye a cumplir el objetivo del milenio número cinco que dice mejorar la salud materna³⁶. Son los cuidados que se brindan a toda mujer durante el embarazo, incluyendo técnicas sobre cómo prevenir complicaciones durante la gestación o en el parto.

Es importante que la embarazada inicie su control prenatal en el primer trimestre es decir que a la falta de menstruación durante dos períodos consecutivos concorra al servicio de salud más cercano. El comienzo del control en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran importancia, ya que

³⁵BARRIOS, Mónica y CRASBOR, Caria. (Tesis de Licenciatura en Psicología) Factores Emocionales que afectan a la primigesta menor de 18 años del Área Urbana de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Ciencias Psicológicas. Centro Universitario Metropolitano-CUM-October 2009 p.29.
³⁶ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Temario Modelo de Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.178. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX.

pueden garantizar que el desarrollo del embarazo sea dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo.

3.2.3 Objetivos del control prenatal.

- Atender oportunamente a la gestante con signos generales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.
- Acordar con la paciente adonde debe acudir en caso de emergencia.
- Aplicar medidas preventivas durante la atención prenatal, vacunas, medicamentos, consejería en nutrición.
- Tratar problemas y molestias más comunes del embarazo.
- Atender a la paciente con parto normal o cesárea en el hospital.
- Brindar una atención inmediata al recién nacido.
- Orientar a la madre sobre los cuidados básicos para la mujer y el recién nacido, después del parto.
- Atender a la mujer y recién nacido, durante el puerperio.
- Orientar a la madre que regrese al hospital si observa señales de peligro en el recién nacido.
- Promover la lactancia materna exclusiva, como la mejor forma de alimentar al recién nacido.
- Estimular la participación del hombre, durante el embarazo, parto y puerperio.
- Promover el espaciamiento de los embarazos ofertando métodos anticonceptivos en seguida después del parto³⁷.

3.2.4 Señales de peligro durante el embarazo.

- "Hemorragia vaginal por pequeña que fuera.

³⁷MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guía de Atención Básica y uso de Medicamentos. Guatemala diciembre 2005.p.205.

- Cefalea intensa o continúa.
- Hinchazón de la cara o dedos de las manos.
- Visión difícil borrosa.
- Vómitos persistentes.
- Escalofríos y fiebres.
- Salida de líquido por la vagina.
- Dolor o ardor al orinar.
- Goteo de agua por vía vaginal.
- Fatiga aguda persistente³⁸.

3.3 Las Cuatro Demoras

“Son los retrasos en la búsqueda de ayuda que se tiene en la atención de la paciente embarazada, las cuales debe responder a las siguiente”³⁹.

3.3.1 Primera Demora en el reconocimiento del problema o signos de peligro.

La falta de conocimiento de las señales de peligro y la tardanza en reconocer que existe un problema y que necesita ser atendido por un servicio de salud con un nivel de atención mayor, hacen que las mujeres presenten riesgo durante el embarazo, parto y posparto.

“Promover el reconocimiento de los signos de peligro. Esta primera demora constituye la falta de reconocimiento de los signos de peligro puesto que la mujer embarazada, parturienta o puerpera y su núcleo familiar, generalmente no

³⁸ASOCIACION PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA, APROFAM. Departamento de Capacitación, “Manual de Educación Sexual”. 2ª. ed. Guatemala 2000.p.38.

³⁹ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS. Temario Modelo del Auto Cuidado. Guatemala, 2010. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. p.178.

identifican los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer y del recién nacido⁴⁰, es importante las siguientes intervenciones:

- “Conocer y aplicar las guías de educación sobre signos de peligro a nivel comunitario y de servicios primarios de salud.
- Establecimiento de un plan de comunicación que permita la coordinación con líderes sociales y locales.
- Establecer sistemas de información de persona a persona y por medios masivos de comunicación.
- Mantener procesos sistemáticos de capacitación para personal voluntario, entre ellos a la comadrona tradicional y al institucional sobre “señales de peligro” las intervenciones anteriores son importantes implementar con el inicio de un proceso de promoción de la Maternidad Saludable y el uso de la información, comunicación, educación y establecer planes de comunicación que permitan orientar la organización comunitaria e ir fortaleciendo la maternidad saludable⁴¹
- Las mujeres embarazadas y sus familias generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de la mujeres y de los recién nacidos. A esta falta de reconocimiento se le conoce como la primera demora.

3.3.2 Segunda Demora en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención sanitaria.

Apoyar la toma de decisión para la búsqueda de atención. Luego de reconocida la complicación, es necesario tomar la decisión de actuarlo más pronto posible. Esta

⁴⁰KESTLER, Edgar. Donde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala. Guatemala agosto 2012

⁴¹ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS. Temario Modelo del Auto Cuidado. Guatemala, 2010. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. p.178.

segunda demora si se cumple, evitara el retraso de actuar con rapidez en tomar de decisiones, lo que permitirá salvar una vida. Intervenciones: Divulgar, promover y promocionar con las mujeres, familias, líderes, comunidades, autoridades locales, los consejos de desarrollo, y las organizaciones sociales, creando los planes de emergencia, que les permita estar preparados por si se presentan complicaciones para la toma de decisiones sea oportuno. Apoyar y fortalecer las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos, basándose en información completa, confiable y con enfoque de género. Promover la paternidad y maternidad responsable, voluntaria y consciente.

“El involucrar a la comunidad mediante la organización de comités de emergencia para el apoyo en tomar decisiones, principalmente en la referencia oportuna a un servicio de salud (Implica desde la organización del plan de emergencia hasta el cumplimiento del mismo). Es importante mantener el proceso de sensibilización dentro de la comunidad para que la toma de decisiones sea oportuna al momento que se reconozcan las señales de peligro y que se actué de inmediato y así evitar una muerte materna y neonatal”⁴².

Aún cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer asumir su derecho y ejercer una toma decisión por sí misma en busca de atención adecuada y oportuna. Esto se conoce como la segunda demora

3.3.3 Tercera Demora en el acceso a un servicio de salud digno.

Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto, o post parto, y de tomar las decisiones de búsqueda de ayuda, puede existir retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser: vías de comunicación difícil o inexistente, alto costo de transporte, y servicios de salud muy lejanos. Esta

⁴²MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2003: p.4-10

demora incide en el deterioro de la madre, repercutiendo en aumentar el peligro en pérdida de la vida, al llegar tardíamente al servicio de salud apropiado. Es importante considerar las siguientes intervenciones:

- Asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia coordinando los recursos locales.
- Mantener la competencia técnica del proveedor institucional y principalmente el de la comadrona.
- Impulsar la participación activa de la comadrona en el comité de emergencia para operativizar el plan de emergencia comunitario.
- Organizar a las comunidades (comités de emergencia), y elaborar los planes de emergencia.
- Desarrollo de servicios con capacidad resolutive priorizados y en las comunidades.
- Mujeres, familias y comunidad deben planificar desde el embarazo.”⁴³

Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a medios de transporte para acceder a los servicios de salud, lo que constituye la tercera demora

3.3.4 Cuarta Demora en recibir una atención oportuna y de calidad.

Se refiere “una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado”⁴⁴.

⁴³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2008: p.4-10

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. “Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna –neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015.p. 28.

Esta demora enfatiza que es necesario otorgar una atención integral, oportuna y de calidad por parte de personal de salud con conocimientos, habilidades y buenas actitudes (competencia técnica), en un ambiente agradable.

Las acciones del personal deben dirigirse a la resolución de las mismas con competencia técnicas y las siguientes intervenciones:

- Capacitación sistemática al proveedor institucional que proporciona la atención para fortalecer y garantizar las competencias técnicas que les permita proporcionar a las madres una atención prenatal enfocada, un parto limpio y seguro, atención oportuna en el pos-parto y una detección temprana de signos de peligro. Propiciar el cumplimiento de la referencia oportuna.
- “Mantener actualizada a la comadrona en la aplicación de las intervenciones en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee, con énfasis en el período de control prenatal, y la atención del parto por ser el período de más riesgo, transporte, y servicios de salud muy lejanos. En la medida que dichas intervenciones se realicen se mejorara la calidad de los servicios y la aceptación de los mismos. Todas las acciones para enfrentar las cuatro demoras, debe formar parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, su derecho a decidir sobre su propia salud y su vida en general”⁴⁵.
- Poner en práctica los planes de emergencia familiar y comunitario lo cual contribuye a reducir los índices de mortalidad materna para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar la salud materna y neonatal.

⁴⁵MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ASISTENCIA SOCIAL, Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala.2006.pp.11,12 y 13

Finalmente, la cuarta demora consiste en una atención deficiente y retardada ya sea por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por la falta de insumos y equipo médico-quirúrgicos apropiado⁴⁶. Es importante conocer las cuatro demoras para poder solución al problema de la mortalidad materna y neonatal necesita una respuesta integrada e integral y efectiva.

3.3.5 Plan de emergencia familiar.

- "A dónde ir. (Hospital)
- Cómo ir. (Tipo de transporte)
- Cuánto dinero tenemos listo. (Efectivo)
- Cómo ayuda la comisión de salud
- Quién me acompaña. (Familia)
- Quién cuida mi casa e hijos. (Familia, vecinos)
- Qué debo llevar. (ropa para el recién nacido, DPI o certificado de nacimiento)
- Quién es el responsable. (Esposo u familia)"⁴⁷

"El plan de emergencia sirve para minimizar la ansiedad de la gestante el cual favorece su comodidad en el día del parto, razón por el cual es de suma importancia, orientar a la gestante en la creación de la misma"⁴⁸. A dónde acudir, como trasladarse, quien cuida los miembros de su familia cuando sea el parto y como cubrirá los gastos mínimos. Lo cual se establece en el plan de emergencia familiar.

⁴⁶file:///C:/Users/GENESIS/Downloads/PLAN_ESTRATEGICO_MORTALIDAD_MATERNA.pdf consultado 12 abril 2015
⁴⁷MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, en base al material originalmente elaborado por JHPIEGO/
Salud Materno Neonatal en Coordinación con el grupo técnico Interinstitucional de Información.
⁴⁸ Ibid.p.1.

3.4 Factores que influyen sobre el parto.

"Se han estudiado mucho, en particular en los países desarrollados, los factores que influyen sobre el desenlace del embarazo y que comienzan a intervenir o se manifiestan en el curso del parto. Se trata de factores mecánicos como desproporción feto-pelviana, presentación inestable, presentación desfavorable, prolapso del cordón, parto prolongado y parto traumático. Un feto que ha sufrido ya un estrés prenatal a causa de un medio intrauterino desfavorable será particularmente sensible a las dificultades adicionales del parto"⁴⁹.

"Tanto el feto antes de término, como el feto después de término, están expuestos a un riesgo mayor durante el parto. Los criterios modernos exigen que, cuando el feto corre riesgo elevado, el nacimiento se efectúa en las mejores condiciones posibles, con el máximo de ayuda durante el parto, aparatos de vigilancia adecuados, equipo que permita proceder inmediatamente a una cesárea. Presencia de especialistas en obstetricia, anestesia y pediatría, personal de enfermería, y acceso a un servicio de asistencia neonatal intensiva. En los países en desarrollo, el feto se halla frecuentemente expuesto a los riesgos del embarazo y el parto sin que exista la posibilidad de elegir un lugar apropiado para el nacimiento ni de contar con los servicios de personal experimentado"⁵⁰.

3.4.1 Parto.

"Es considerado una experiencia única y propia de la mujer, siendo el punto de partida entre el rol de la pareja, que da como inicio la vida de un nuevo ser. Científicamente es considerado como la expulsión del producto de la concepción culminado el tiempo de desarrollo intrauterino dando lugar al nacimiento de una

⁴⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe de un comité de expertos, prevención de la mortalidad y la morbilidad perinatales. Ginebra 1970, p.22
⁵⁰ *Ibid.*, p.22

nueva vida. El parto se inicia con la maduración suficiente del feto para afrontar las condiciones ambientales fuera del útero de la madre⁵¹.

"El parto es el proceso por el que el feto y la placenta, una vez finalizado el tiempo de gestación que oscila alrededor de las 37 semanas hasta las 42 semanas, sale desde la cavidad uterina al exterior a través de la vía vaginal, se llama parto eutócico aquel parto que se produce de forma natural cuando el feto se presenta en una posición cefálica en occipubica y sale al exterior por vía vaginal, para este momento la madre debe colocarse en la posición más cómoda para ella."⁵²

3.4.2 Trabajo de parto.

Conjunto de fenómenos mecánicos y fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. Períodos 1) borramiento y dilatación del cuello; 2) expulsión del feto; 3) período placentario o alumbramiento (salida de anexos)

"Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos"⁵³.

"Todos estos fenómenos están relacionados con las contracciones uterinas que progresivamente logran modificar el cuello uterino. El descenso del feto a través del canal de parto y el desprendimiento del cuerpo del recién nacido"⁵⁴.

"El trabajo de parto se divide en tres períodos: el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer período consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas)

⁵¹ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS. Temario Modelo del Auto Cuidado. Guatemala, 2010. p.178. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX

⁵² CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Ruiz Madruga. España. Editorial ARAN, S.L. 2009. p. 179.

⁵³ SCHWARCZ, Ricardo., FESCINA, Ricardo y DUVERGES, Carlos. Obstetricia. 6ta ed. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Julio de 2,005.p.433

⁵⁴ <http://www.planetamama.com.ar/nota/trabajo-de-parto>. consultado 28 de noviembre 2014. a las 17:00 pm.

y se lo denomina período placentario o de alumbramiento⁵⁵. Estos tres períodos son esenciales y básicos e importantes para poder diferenciarlos durante el trabajo de parto en la pacientes, para poder brindar un cuidado eficiente para la madre y del recién nacido.

3.4.3 Fases del trabajo de parto.

- Primer período (dilatación cervical) inicia con la contracción verdadera y termina con la dilatación completa del cérvix, las contracciones son cortas a intervalos de cinco a diez minutos y duran menos de 20 segundos. Se divide en dos fases: fase latente y fase activa.

Fase Latente: comprende de 0-4 centímetro de dilatación, menor de tres centímetros en nulíparas y duración del trabajo de parto puede ser de 12 a 14 horas. Y en multíparas la fase latente es de 4 centímetros y el trabajo de parto puede ser de 6 a 8 horas.

Fase Activa: "Contracciones dolorosas y duren más de 40 segundos y se repitan regularmente a un intervalo de 3 contracciones en 10 minutos, cuando exista ruptura de la bolsa de membranas ovulares, caracterizada por la expulsión de líquido transparente, salida por la vagina el llamado tapón mucoso cervical, de aspecto sanguinolento, presente de 4 a 10 centímetros de dilatación, en esta fase es donde la madre puede ser ingresada a un servicio de salud para su atención necesaria."⁵⁶

- "Segundo período o expulsión del feto: comprende la dilatación completa, hasta el nacimiento del feto. Las contracciones fuertes y prolongadas, dura

⁵⁵ SCHWARCZ, Ricardo., FESCINA, Ricardo y DUVERGES, Carlos. Obstetricia. 6ta ed. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Julio de 2.005.p.434

⁵⁶ LLUSIA BOTELLA, JOSE Y CLAVERO NUÑEZ, José. Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción. 14°. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993.p.240.

de 40 a 60 segundos a intervalos de dos a tres minutos, este período se divide en dos fases, fase pasiva y fase activa⁵⁷.

- “Tercer período o alumbramiento,” comprende desde el nacimiento del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas ovulares, en general sucede de 3 a 5 minutos después de la expulsión fetal, las contracciones uterinas reducen rápidamente el área de la inserción placentaria con lo que la placenta comienza a desprenderse para luego terminar de desprenderse este órgano del endometrio⁵⁸.

“El período de alumbramiento comienza una vez ya nació el recién nacido y termina con la expulsión de la placenta, el tiempo es de 1 a 30 minutos”⁵⁹

3.4.4 Control del trabajo de parto

“Presencia de contracciones uterinas que producen dolor, borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino, no ayuda fácilmente al personal de salud a determinar cuando en realidad se ha iniciado el trabajo de parto, porque ese diagnóstico se confirma solo en retrospectiva. Se puede utilizar varios métodos para definir su inicio. Se cuantifica el principio como la hora a la que se hacen regulares las contracciones dolorosas. Infortunadamente, la actividad uterina causa molestias pero no representan un trabajo de parto real, este puede presentarse en cualquier momento del embarazo. El falso trabajo de parto suele detenerse de manera espontánea o pudiera avanzar rápido hasta la presencia de contracciones eficaces”⁶⁰.

⁵⁷ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS. Temario Modelo del Auto Cuidado. Guatemala, 2010. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX, p.178.

⁵⁸ Auxiliares de enfermería del consorcio sanitario de Tarrife España, Editorial Madrid, S.L. Temario Volumen 2. 2004. p. 158. ISBN 84-665-3184.

⁵⁹ PEREZ, Salvador y CAMPUZANO, Carolina. Manual de técnicos de transporte sanitario. 3ª. Ed. Editorial Aran S.L. Madrid. 2009, p.353.

⁶⁰ Ibid. p. 420

3.4.5 Tipos de parto.

3.4.5.1 Parto espontáneo.

“Es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El recién nacido nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas”⁶¹

3.4.5.2 Parto inducido.

“Cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil”⁶²

3.4.5.3 Parto inmaduro

“Él es que se presenta entre las 20 y las 28 semanas de gestación”⁶³.

3.4.5.4 Parto pre término o prematuro.

Es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación.

“Es definido medicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas”⁶⁴

3.4.5.5 Parto a término

Es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.

Nacido entre el comienzo de la semana 38 y 42 semana de gestación.

⁶¹ <http://www.lacted.com/0908espontaneo.html> consultado 6 agosto 2016

⁶² <http://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf> consultado 7 agosto 2016

⁶³ <http://www.embarazada.com/articulo/parto-prematuro> consultado 8 agosto 2016

⁶⁴ https://es.wikipedia.org/wiki/Parto_preterm%C3%A9mino consultado 9 de agosto 2016

3.4.5.6 Parto pos término.

“El que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir de la fecha de la última regla”⁶⁵.

3.5 Uso de partograma

En 1954 Friedman, introdujo el concepto del partograma al representar gráficamente la dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto. En 1972, Philpott y Castle desarrollaron el concepto de Friedman y lo transformaron en una herramienta para monitorizar el trabajo de parto al agregar al gráfico las llamadas líneas de “acción” y “alerta”. El partograma actual está diseñado para monitorizar no solo la evolución del trabajo de parto, sino también a la madre y al feto durante el trabajo de parto.

“El partograma diferencia entre la fase latente del trabajo de parto y fase activa durante la cual el cérvix se dilata a por lo menos 1 centímetro por hora hasta alcanzar la dilatación completa de 10 centímetros. Así, el partograma es capaz de diferenciar claramente el progreso normal del progreso anormal del trabajo de parto e identificar aquellas mujeres que muy probablemente requieren intervención”⁶⁶.

“La Organización Mundial de la Salud promueve su uso desde hace más de dos décadas, como una herramienta necesaria en el manejo del trabajo de parto y recomienda su uso universal durante el trabajo de parto”⁶⁷.

⁶⁵ https://www.ecured.cu/Embarazo_pos%C3%A9rmino consultado 10 de agosto 2015.

⁶⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,008). Guía del plan de acción para la atención calificada materna y neonatal normal y complicada en los servicios institucionales de atención del parto. Guatemala

⁶⁷ BLSONI. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud, consultado 28 de mayo 2015

Normas de uso de partograma según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala:

“Su uso es obligatorio en todo trabajo de parto. El uso del partograma es obligatorio para el personal de salud institucional en todo trabajo de parto independiente de posición que la usuaria elija. El registro gráfico en el partograma, empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 centímetro de dilatación. Se debe registrar lo siguiente en el partograma.

- Información sobre la paciente: Nombre completo, antecedentes obstétricos, gestas, abortos, cesáreas, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la ruptura de las membranas ovulares.
- Frecuencia cardíaca fetal: Registre cada media hora.
- Líquido amniótico: Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal: I: membranas intactas C: membranas rotas, líquido claro M: líquido con manchas de meconio S: líquido con manchas de sangre.
- Moldeamiento: -1: suturas lado a lado -2: suturas superpuestas, pero reducibles -3: suturas superpuestas y no reducibles.
- Dilatación del cuello uterino: evalúe en cada examen vaginal y marque con una equis cruz (X) Sobre la línea de alerta a partir de los 4 centímetro de dilatación, comience el registro en el partograma. línea de alerta: se inicia la línea a partir de los 4 centímetro de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperado, a razón de 1 centímetro por hora. Línea de acción: es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

- Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: Se refiere a la parte de la cabeza (divida en 5 partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (0) en cada examen vaginal. A 0/5, el sincipicio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis⁶⁸.
- Horas: Tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado)
- Tiempo: Registre el tiempo real.
- Contracciones: Se debe registrar gráficamente cada media hora, palpar el número de contracciones a los 10 minutos y la duración de las mismas en segundos. Menos de 20 segundos; entre 20 y 40 segundos; más de 40 segundos.
- Oxitocina: Cuando se utiliza, se debe registrar la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos, medicamentos administrados: se debe registrar cualquier medicamento adicional que se administre.
- Pulso: Registrar cada 30 minutos y marque con un punto Presión arterial: registrar cada 4 horas y marque con flechas.
- Temperatura: Registrar cada 2 horas.

⁶⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal. Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los servicios institucionales de atención del Parto. p. 15

- Proteína, acetona y volumen: Registrar cada vez que se produce orina; para determinar volumen de orina y obtener una muestra al ingreso para detectar proteinuria, glucosuria y acetonuria.

Progreso del primer período del trabajo de parto son.

“Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el primer período del trabajo de parto son:

- La contracción regulares, de frecuencia y duración que aumentan en intensidad progresivamente.
- Una dilatación del cuello uterino de al menos 1 centímetro por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma)
- El cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta.
- El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado.

Progreso del segundo período.

Los hallazgos del partograma sugieren un progreso satisfactorio cuando:

- El descenso constante del feto por el canal de parto.
- Inicio de la fase expulsiva (deseo de pujar)

Los hallazgos del partograma sugieren un progreso insatisfactorio cuando:

- La ausencia de descenso del feto por el canal de parto.

- La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva)⁶⁹

Signos de alarma. Se debe evaluar el partograma para detectar signos de sufrimiento materno y/o fetal, por ejemplo: Si el pulso de la mujer se está acelerado, puede estar deshidratada, fiebre o con dolor. Se deberá asegurar de que reciba una adecuada hidratación vial oral o intravenosa. Si la presión arterial de la mujer desciende, sospechar hemorragia sobre todo la presión sistólica menor de 90 mm Hg. Si hay acetona en la orina de la paciente, sospechar una nutrición deficiente o deshidratación, hidrate vial oral y/o administrar dextrosa intravenoso. Variaciones de frecuencia cardíaca fetal se encuentra por arriba de 160 latidos por minuto y fase taquicardia, y fase bradicardia, si la frecuencia cardíaca fetal se encuentra por debajo de 120 latidos por minuto⁷⁰.

Cuando el cuello uterino está totalmente dilatado y la paciente está en la fase expulsiva del segundo período, se debe alentar a la paciente para que adopte la posición que prefiera para que puje.

Expulsión de la cabeza. Pídale a la mujer que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del recién nacido.

Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del recién nacido para mantenerla flexionada (hacia abajo)

Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del recién nacido se expulsa.

⁶⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal. Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los servicios institucionales de atención del parto. p.16

⁷⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2,008). Guía del plan de acción para la atención calificada materna y neonatal normal y complicada en los servicios institucionales de atención del parto. Guatemala

Una vez que se ha expulsado la cabeza del recién nacido, pídale a la mujer que deje de pujar. Aspire y limpie flemas primeramente la boca y luego la nariz del recién nacido. Palpe con los dedos alrededor del cuello del recién nacido para verificar si encuentra el cordón umbilical. Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del recién nacido⁷¹.

Representación gráfica del trabajo de parto, con base en dilatación-tiempo y dilatación –descenso. Se realiza para evitar complicaciones tanto para la madre como el recién nacido, en mujeres primíparas puede ser diferente a las multiparas; se realiza durante el trabajo de parto, por el personal de salud a cargo.

Incluye: frecuencia cardíaca fetal, membranas y líquido amniótico, moldeamiento de la cabeza fetal, dilatación cervical, descenso de la presentación del feto, tiempo del trabajo de parto, contracciones uterinas: cantidad y duración, uso de medicamentos (oxitocina, antibióticos, sulfato de magnesio, etc.) y soluciones intravenosas, pulso y presión arterial maternos, temperatura materna, orina (proteínas y cetonas).

3.5.1 Objetivos del partograma

- “Disminuir la morbilidad y mortalidad materno perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
- Proveer a parteras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y accesible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.

⁷¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guía para la implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal. Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los servicios institucionales de atención del Parto. p. 17

- Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas⁷².

3.5.2 Ventajas del partograma

- "Disminuye la morbilidad y mortalidad materno perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
- Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del "intervencionismo" obstétrico.
- Constituye un método de lenguaje universal. ⁷³

3.6 Cesárea

"Una cesárea es un tipo de parto en el cual se realiza una incisión quirúrgica en el vientre (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas"⁷⁴

⁷² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA(2000). Acciones para un parto seguro. La Habana.

⁷³ Sheen PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. Clin Obstet Ginecol (México) 1987;1:31-8.

3.6.1 Emergencias obstétricas y neonatales

“Las emergencia obstétricas pueden ser maternas o fetales, en dependencia de su origen, sin embargo cualquiera que este sea, tanto la madre como el futuro recién nacido está en riesgo.

Las emergencias obstétricas constituyen una serie de eventos perinatales, de origen tanto materno como fetal y que se constituyen como un peligro inminente para la vida de uno de ambos, lo que requiere una conducta rápida del obstetra, técnico de anestesia, pediatra y personal de enfermería”⁷⁵.

4. Factores relacionado con el recién nacido

“La presencia de líquido amniótico meconial también influye en la morbilidad y mortalidad neonatal, constituyendo un factor de riesgo para el síndrome de dificultad respiratoria y la asfisia perinatal”⁷⁶. Líquido amniótico meconial es un factor de riesgo para los recién nacidos de términos y pos término. El síndrome de aspiración meconial puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto. El síndrome de aspiración de meconio se define como una enfermedad del recién nacido de termino y pos término

4.1 Síndrome de aspiración de meconio.

“Aspiración de meconio es una forma de dificultad respiratoria aguda neonatal producida por aspiración de líquido teñido por meconio. Suele guardar íntima relación con sufrimiento fetal y con asfisia”⁷⁷

⁷⁴ <https://es.wikipedia.org/wiki/Ces%C3%A1rea> consultado 29 julio 2016

⁷⁵ http://www.eured.cu/Emergencia_obst%C3%A9trica consultado 30 de julio del 2016

⁷⁶ Meritano J, Abrahan MS, Di Pietro S, Fernández V, Gerez G. Síndrome de dificultad respiratoria asociado a líquido amniótico meconial en recién nacidos a término y posttérmino: Incidencia, factores de riesgos y morbimortalidad. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2010; 29(3):113-9.

⁷⁷ https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_aspiraci%C3%B3n_de_meconio consultado 10 de mayo 2015

La aspiración de meconio se produce fundamentalmente en recién nacido pos término en pequeños para la edad gestacional y en recién nacido a término con hipoxia asociada. Clínicamente el cuadro puede presentarse con un compromiso respiratorio leve o tan grave que puede condicionar a la muerte del recién nacido. Clásicamente se consideraba que la aspiración de meconio se producía cuando el recién nacido realizaba sus primeros movimientos respiratorios. Los avances que se ha producido en el conocimiento de la fisiopatología de este síndrome revelan que en muchos de los casos cuando se desarrolla esta complicación no es un efecto directo la aspiración de meconio. Sino que más bien se produce como consecuencia de otros procesos patológicos que se producen durante la vida intrauterina, fundamentalmente relacionados con una situación de hipoxia-asfíxia alguna de las veces con procesos infecciosos. Los movimientos respiratorios tipo jadeo que puede realizar el feto como respuesta a la hipoxia facilitan en algún momento el paso de meconio a los pulmones fetales desde la tráquea, la hiperapnea fetal (aumenta la frecuencia de movimientos respiratorios profundos), Facilitando igualmente la aspiración de meconio en el recién nacido⁷⁸.

El líquido amniótico se ha podido clasificar mediante inspección visual en claro, verdoso y verde en el caso de que exista tinte de meconio, en cuanto a la intensidad esta se clasifica como: leve, moderada e intensa o denso, aunque la clasificación en algún momento se puede volver subjetiva ya depende la observación que realice la persona encargada de la evaluación clínica, la cual manifestara algún trastorno fetal actual o anterior⁷⁹

El recién nacido que nace bañado en meconio y luego desarrolla el síndrome de aspiración de meconio tiene algunas características entre ellas se puede observar a un recién nacido cubierto en su mayoría de veces por meconio, con dificultad respiratoria ya que sus bronquios se llenan de meconio por la aspiración, para

⁷⁸ PRESA J. Servicio de obstetricia y ginecología, hospital universitario Virgen de las Nieves Granada, residentes 2007.
⁷⁹ http://www.ivni.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.liquido_amniotico_meconial.pdf
consultado 01 de mayo 2015

verificar la gravedad del síndrome de aspiración de meconio se clasifican a los recién nacidos de la siguiente forma:

Leve: el meconio es semilíquido, habitualmente el APGAR al minuto es mayor que 7 y la dificultad respiratoria es leve o moderada.

Grave: antecedente de sufrimiento fetal y la expulsión de meconio intra parto es verde oscuro y espeso, el APGAR al minuto es menor que 6, la dificultad respiratoria es mayor.

Por lo que el cuadro clínico de este síndrome se caracteriza por: neonato deprimido al nacer según evaluación de APGAR, dificultad respiratoria, piel, uñas y cordón umbilical con meconio, taquipnea, cianosis, retracción torácica.

La existencia de un líquido amniótico teñido con meconio con lleva, además de la posibilidad de que exista o haya existido una situación de hipoxia fetal, y además exista el riesgo de que produzca un síndrome de aspiración de meconio.

La aspiración de meconio se puede definir por la presencia de líquido amniótico teñido por debajo de las cuerdas vocales. Desde la tráquea el meconio puede pasar a los pulmones, desarrollándose entonces el síndrome de aspiración de meconio.

4.2 Causas.

Las causas y factores de riesgo para un recién nacido con síndrome de aspiración de meconio se distinguen de las siguiente manera: neonatos a término, sobre en pos termino, estrés intrauterino, asfixia fetal, insuficiencia placentaria crónica crecimiento intrauterino retardado, la hipertensión arterial materna y la pre eclampsia.

4.3 Tratamiento.

Debe iniciarse en la sala de partos. la inmediata aspiración de las vías de aéreas superiores incluyendo la tráquea, permitirá eliminar gran parte del meconio aspirado. Ello debe realizarse antes del inicio de la reanimación con presión positiva (si es necesaria), y preferentemente antes de que se hayan puesto en marcha los primeros movimientos respiratorios espontáneos.

*Cuando se observa meconio en el líquido amniótico, el médico encargado del parto puede aspirar la rinofaringe y la faringe del recién nacido con una sonda. debería estar presente en la sala de partos personal entrenado para efectuar una aspiración endotraqueal. Se realiza inmediatamente la intubación con un tubo de 3.5 o 4 mm si se observa meconio espeso o si existe meconio fluido y el recién nacido no ha iniciado una respiración vigorosa espontánea. Se aspira en primer lugar el tubo endotraqueal con la sonda de mayor tamaño posible. Dado que es posible que los grumos grandes de meconio no pasen a través de una sonda de aspiración, en este caso se aplica un tubo de aspiración endotraqueal por boca (interponiendo una mascarilla facial) y se continúa la aspiración mientras se retira el tubo. Si se obtienen grandes cantidades de meconio, puede ser necesario repetir este procedimiento varias veces.

El siguiente paso es volver a intubar al recién nacido y administrar respiraciones con presión positiva con oxígeno, si el recién nacido se halla gravemente deprimido (cianosis, frecuencia cardíaca lenta) puede ser necesario proceder rápidamente a una reanimación con presión positiva⁸⁰.

4.4 Cuidados del recién nacido con aspiración de meconio.

La atención que debe de brindarse por parte del personal de enfermería debe de estar ligada a los conocimientos:

⁸⁰ RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

"Importancia de la atención de enfermería. El involucramiento del personal de enfermería al momento de que nace el recién nacido bañado en meconio es sumamente importante, ya que es la personal de enfermería idónea para realizar los cuidados necesarios para evitar patologías y la muerte del recién nacido"⁸¹.

4.5 Intervención de enfermería

En la intervención para realizar los cuidados de recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio es necesario realizar por parte de enfermería acciones dependientes e independientes.

4.5.1 Que es lavado gástrico

El lavado gástrico o irrigación gástrica es un procedimiento médico en el que se introduce una sonda en el estómago y se irriga este órgano con agua, solución salina normal 0.9% para eliminar un toxico sin absorber. "El procedimiento debe realizarse a la mayor brevedad posible, pero solo si las funciones vitales son adecuadas o se han ejecutado métodos de apoyo o sostén. El tóxico puede ser meconio que aspiró en dosis mayores que podrían poner en peligro la vida"⁸².

4.5.2 Positivo

Cuando se extrae meconio por la sonda de aspiración.

4.5.3 Negativo

Cuando no se extrae ningún material.

⁸¹RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

⁸²GARCÍA, Gerardo; Adriana Fonseca (febrero de 1987). «Procedimientos terapéuticos de urgencia». *Ensayos promédicos UANL* 68 (43): 17-18.

4.6 Acciones dependientes.

“En estos pacientes el tratamiento más importante es la prevención, el diagnóstico y los cuidados oportunos del sufrimiento fetal. Una vez identificado el líquido con meconio, se aspiran las secreciones cuando la cabeza del recién nacido emerge durante el parto, antes de la primera respiración o realizar la colocación de laringoscopia directa y aspirar secreciones de la orofaringe y la tráquea cuando el neonato está deprimido, para retirar todo el meconio con el objetivo de que no pase a los bronquios.

- Se recomienda, en estos casos, que se canalice una vena hasta que el paciente se estabilice, para iniciar la hidratación parenteral y administración de antibióticos.
- En los recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio leve, el suministro de oxígeno debe ser según las necesidades del paciente, el personal de enfermería debe tener una observación estricta de las manifestaciones clínicas del recién nacido. Por si se agrava la dificultad respiratoria.
- Mientras que en los pacientes con síndrome de aspiración de meconio moderado y severo es conveniente el empleo de ventilación con presión positiva continua, para tratar la atelectasia y estabilizar las vías aéreas terminales colapsadas.
- El meconio favorece el desarrollo bacteriano, principalmente el estafilococo dorado y Escherichiacoli, por lo que la aplicación de antibióticos es recomendable.
- El personal de enfermería debe suministrar la dosis correcta de los antibióticos indicados por el médico⁸³.

⁸³RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

4.7 Acciones independientes.

- “El personal de enfermería se debe asegurar que las vías aéreas del paciente se encuentran permeables, que no exista presencia de líquido amniótico meconial.
- Se recomienda realizar fisioterapia no enérgica, para no expandir el meconio por los bronquios, colocarlo en posición de distrés y mantenerlo en una fuente de calor apropiada, pues la hipotermia agrava el cuadro clínico respiratorio.
- La evolución de estos recién nacidos está en dependencia de la eficacia en los cuidados durante y después del parto, por lo que el personal de enfermería debe estar muy atento a las manifestaciones clínicas del recién nacido, se recomienda medir e interpretar los signos vitales de manera rutinaria hasta que estos se estabilicen.
- Si es necesario, monitorizar para registrar, constantemente, sus parámetros vitales. De existir algún deterioro informar con urgencia al personal médico y registrar el evento en la nota de enfermería.
- El oxígeno se debe suministrar húmedo y tibio, para evitar la resequeidad de la mucosa y la hipotermia, cerciorarse que el oxígeno llegue correctamente al paciente y el flujo sea el prefijado, revisar los tramos que no tengan fugas y cambiar los depósitos de agua en cada turno de trabajo.
- Si el paciente se encuentra ventilado, verificar la colocación correcta de los tramos del ventilador, aspirar cuando sea necesario y, en un tiempo breve, vigilar que el paciente se encuentre acoplado al ventilador y que no existan escapes o fugas.

- Brindar calor en todo momento para evitar hipotermia. Mantener a los padres informados del estado de salud del recién nacido⁸⁴.

4.8 Atención inmediata del recién nacido.

Son los cuidados que se le brindan a recién nacidos después de nacer, los cinco cuidados inmediatos del recién nacidos son: aspirado, secado, abrigado, estimulado y posicionado.

Con el objetivo de evaluar cualquier anomalía que presente el recién nacido, teniendo siempre a la mano el equipo necesario para cualquier situación que se presenta.

También se necesita evaluar al recién nacido la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, prevención de la pérdida de calor, permeabilidad de la vías aéreas, evaluar color, ligadura del cordón, peso, talla, identificarlo adecuadamente con los datos de la madre, evaluar al APGAR fue diseñado en 1952 por la doctora Virginia APGAR, para verificar la estabilidad de los recién nacidos y establecer si en algún momento necesitan asistencia de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente⁸⁵. Al minuto y a los 5 minutos, los aspectos que se evalúan son: Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca, Tono muscular, Irritabilidad refleja, Color.

La calificación del APGAR de 7-10 indica que el estado del recién nacido es bueno, 4-6 indica que el recién nacido se encuentra en condición aceptable, 0-3 indica que estado del recién nacido es muy malo y se requiere de reanimación inmediata.

⁸⁴RIVEIRO, Shella Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

⁸⁵ SCHWARCS R, Obstetricia, Editorial el ateneo, 7ma edición.

4.9 Test de APGAR

Es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el pediatra, neonatólogo, comadrona certificada o enfermera realiza 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 parto.

Puede decirse también que es una evaluación del cuadro de vitalidad del recién nacido que se realiza al minuto de nacimiento y se repite a los 5 minutos, en él se valoran los parámetros siguientes:

1. Ritmo cardíaco, evalúa la frecuencia de los latidos del corazón
2. Respiración, se verifica a través de la auscultación si hay dificultad respiratoria.
3. Tono muscular, se evalúa la flacidez del recién nacido
4. Reflejos, se observa la respuesta refleja que el recién nacido tiene ante los estímulos
5. Coloración de la piel, para estimular la irrigación y oxigenación sanguínea

Utilizando los valores que aparecen en el cuadro siguiente⁸⁶

SIGNO	0	1	2
Latidos cardíacos por minuto	Ausente	Menos de 100	100 ó mas
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular o débil	Regular o llanto
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	muecas	Llanto vigoroso o tos
Color de piel y mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado completamente

⁸⁶RIVEIRO, Shella Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

4.10 Recién nacido a término

"Producto concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2500 gramos o más"⁸⁷.

"El síndrome de aspiración de meconial es una enfermedad que afecta al recién nacido término casi a término por la presencia de meconio en líquido amniótico."⁸⁸

4.11 Recién nacido pos término

"Producto de la concepción de 42 semanas o más gestación"⁸⁹.

Síndrome de aspiración meconial es causado por la inhalación de meconio ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos post maduros. El síndrome de aspiración meconial es a menudo una enfermedad del infante a término o pos término y se asocia con una morbilidad y mortalidad respiratoria significativa.

4.12 Edad gestacional.

Los índices de mortalidad neonatal tienen una relación inversamente proporcional a la edad gestacional; los estudios muestran que la edad gestacional ideal para el parto se encuentran entre las 37 y 41 semanas.

5. Hospital

"Es un lugar físico donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: Hospitales generales, geriátricos,

⁸⁷ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_43n2/influencia.htm 6 agosto del 2016

⁸⁸ ANDRÉS MARTÍN, Anselmo, VALVERDE, MOLINA, José, manual de neumología pediátrica p.144

⁸⁹ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_43n2/influencia.htm consultado 8 agosto 2016

materno-infantil, materno-neonatal y se clasifican de acuerdo al nivel de complejidad de servicios que brinda y capacidad de pacientes en hospitales del primer nivel, segundo nivel y tercer nivel⁹⁰.

Institución cuyo principal es proporcionar servicios a enfermos internados para el cuidado de sus problemas de salud. Ayudándolo a su recuperación y rehabilitación apoyado por servicio y atención medica como también cuidado por el personal de enfermería. Todo hospital cuenta con un equipo de salud, en el cual enfermería es parte fundamental, porque permanece las 24 horas del día con los pacientes y les ayudan a satisfacer sus necesidades tanto emocionales como espirituales, así mismo vela por el cumplimiento del tratamiento ordenado, brindado cuidado de calidad y calidez.

5.1 Hospital Nacional De Chimaltenango

“Se encuentra ubicado en la 14 calle de la alameda del Departamento de Chimaltenango. Cuenta con los servicios de Emergencia general, Sala de Operación, Encamamiento de hombres y de mujeres, Servicio de Pediatría.

5.2 Hospital Nacional Chimaltenango ala Materno Neonatal.

Cuenta el servicio de emergencia de la maternidad, servicio de labor y partos, sala de operaciones, servicio de recién nacidos, post parto y ginecología.

En el servicio de labor y partos se atiende a recién nacidos con síndrome de aspiración meconial inmediatamente luego es llevado al servicio de recién nacido para seguir con tratamiento establecido.

⁹⁰ <https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital> consultado es 6 agosto 2016

5.3 Servicio de recién nacido

Es el área del Hospital donde ingresa los recién nacidos críticamente enfermos, independiente de cuál sea el origen de esta situación. Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada, dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva, equipo médico, enfermeras, auxiliar de enfermería bien calificada y organización asistencial de cobertura continua durante las 24 horas del día⁹¹.

5.4 Quien atiende el parto en el servicio de labor y partos.

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades, que permitan establecer desde un inicio una relación temática con las pacientes en el trabajo de parto y familiares, propiciando un clima de confianza u seguridad. Es decir, además de las competencias y grados académicos la capacidad de hablar y comunicarse con la paciente.

La disponibilidad de recursos humanos para la atención, responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes. El parto debe ser atendido por un proveedor o proveedora a nivel institucional (obstetra, médico/a, enfermeras, auxiliar de enfermería y comadrona calificada) con las habilidades u destrezas para utilizar el partograma adecuadamente.

6. Niveles de personal de enfermería.

Enfermería es "ayudar a las personas enfermas o sanas en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación y que pueden efectuarla sin ayuda si tuvieran la fuerza como voluntad, conocimiento necesario, además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor

⁹¹ HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO

rapidez.⁹² Se refiere a la clasificación del personal que brinda cuidados de enfermería al paciente, familia o comunidad. Las instituciones de salud de Guatemala cuentan con los siguientes niveles de personal.

6.1 Licenciadas/os en enfermería:

“Es un profesional de la salud que a través del proceso de enfermería, promueve la salud e interviene en la solución de problemas del individuo, familia y comunidad, a fin de maximizar sus potencialidades para lograr el bienestar. Durante su ejercicio aplica el razonamiento crítico en el desempeño de sus funciones como promotor de la salud, proveedor de cuidados, educador y administrador de la atención de enfermería, conduciéndose conforme a las bases éticas y sentido humanístico⁹³.”

6.2 Enfermera/o

“La enfermera(o) es la que brinda una atención oportuna al usuario que tiene a su cargo, debe realizarle una serie de acciones de cuidados, en donde ejecuta acciones físicas para mantener el bienestar de los pacientes. Los cuales van a depender de las condiciones de salud del paciente y acciones psicosociales relacionadas a escuchar las opiniones del paciente, dar respuesta a sus preguntas, brindar un trato individualizado y amable.

El consejo internacional de enfermeras ha señalado que la responsabilidad de enfermería es cuádruple.⁹⁴ Promover la salud, evitar enfermedades, establecer la salud, aliviar el sufrimiento, hoy en día la enfermera es una persona hábil a cargo

⁹² GUTIERREZ PEREZ, Angélica Esperanza, Tesis para optar al grado de licenciada en enfermería de la Universidad Mariano Gálvez, titulada. “Opinión del personal de enfermería y de las usuarias con Diagnóstico de parto Eutócico Simple, acerca de la atención de enfermería que se brinda en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt” Guatemala 1999

⁹³ <http://maganda94.wixsite.com/enfermeriaunidep/bio> consultado 6 agosto 2016

⁹⁴ WIRREER, Beverly. Tratado de enfermería, 4. ed, Editorial Interamericana, México 1988, p.61

de múltiples funciones complejas, coordina todas las actividades trabajando con otras disciplinas de la salud para proporcionar estos servicios al usuario.

Es un profesional que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas (recién nacidos, niño, embarazada, adolescente, adulto y adulto mayor) familia y comunidad, realiza funciones asistenciales, administrativas docentes e investigativas en instituciones y servicios de los 3 niveles de atención de salud, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal, cuenta con autoridad para tomar decisiones y profundos conocimientos profesionales en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno; y habilidades teórico prácticas en las técnicas específicas y de alta complejidad del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Enfermería "es el grupo de personas, que está preparada técnica, científicamente y humanamente para proveer cuidado de calidad a usuarios/os en base a sus necesidades y con los recursos disponibles"⁹⁵. En las instituciones de salud, el personal de enfermería constituye la columna vertebral de la atención que se brinda los usuarios, es la enfermera quien organiza, planifica dirige, ejecuta y evalúa la atención de enfermería.

6.3 Auxiliar de enfermería

"Un auxiliar de enfermería en Guatemala es la persona que ha recibido una preparación académica de diez meses que obtiene un diploma con el cual puede laborar bajo la supervisión de la enfermera, el curso de formación es autorizado por el Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social"⁹⁶.

⁹⁵ DORANTES DE CARRANZA, M. Perfil de puesto personal de enfermería. Hospital Roosevelt. Guatemala. 1976 . pag. 3
⁹⁶ Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo retrospectivo porque a través de ella se describirán los factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el Hospital de Chimaltenango ala Materno Neonatal, es de corte transversal debido a que la investigación se realizó en un período establecido de tiempo, en los meses de enero a Diciembre de 2015, y su abordaje es cuantitativo, ya que permitió el análisis estadístico de la información obtenida.

2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Los expedientes clínicos de los pacientes ingresados al servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Chimaltenango a la Materno Neonatal en un total de 64 expedientes.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Todos los recién nacido que ingresaron y que permanecieron en el servicio de recién nacidos con diagnóstico de síndrome de aspiración meconial, que hayan nacido en el servicio de labor y partos, Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal de Enero a Diciembre del 2015. En un total de 64 recién nacidos, se tomó en cuenta a la población en su totalidad.

4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTO
Factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con Síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional Chimaltenango ala Materno Neonatal.	Elementos que condicionan la incidencia de recién nacidos con Síndrome de aspiración Meconial en el Hospital Nacional Chimaltenango ala Materno Neonatal.	Conjunto de elementos materiales e inmatrimiales que influyen en la incidencia de recién nacidos con Síndrome de aspiración Meconial en el Hospital Nacional Chimaltenango ala Materno Neonatal.	Factores: Edad de la madre Paridad	1.Edad : _____ 2.Paridad Primp para: _____ Multi para: _____ Gran multi para 3.Lugar del control prenatal. Hospital: _____Puesto: _____ Comadrona: _____ Otros: _____ 4.Procedencia del paciente previo ingreso al

			<p>Culturales</p>	<p>servicio: _____</p> <p>5. Llevó Control prenatal: Si: _____ No: _____</p> <p>6. Manipulada por comadrona. Si: _____ No: _____</p> <p>7. Uso del partograma: SI/NO _____</p> <p>Datos de RN</p> <p>8. Parto eutócico simple: - _____ Cesárea transperitoneal: _____</p> <p>9. Edad gestacional del recién nacido</p>
--	--	--	-------------------	--

				<p>recién nacido a término: _____ recién nacido pos termino: _____</p> <p>10. Presencia de meconio. Espeso: _____ Tinte: _____</p> <p>11. Aspiración de tráquea. Si: _____ No: _____</p> <p>12. Signos de dificultad respiratoria del recién nacido. _____ APGAR _____ al minuto: _____ A los cinco minutos: _____ Taquipnea: _____ Quejido: _____</p>
--	--	--	--	---

				<p>Cianosis: _____</p> <p>13. Lavado gástrico: Positivo: _____ Negativo: _____</p> <p>14. Condición de egreso de recién nacido con síndrome de aspiración meconial en el servicio de recién nacidos.</p> <p>Egreso: _____ Fallecido: _____</p>
--	--	--	--	--

5. Descripción detallada de técnicas y procedimientos.

Después de seleccionar el tema se solicitó aprobación del mismo a la unidad de tesis, luego se procedió a la elaboración del protocolo de investigación. El cual fue aprobado, se solicita el permiso institucional para realizar el estudio obteniendo la autorización, se revisó el libro de ingresos del servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Chimaltenango ala Materno Neonatal y solicitaron los expedientes a registros médicos para poder revisar, se utilizó un instrumento elaborado por la investigadora el cual tiene 14 ítems, teniendo el cuidado de llenarlo con la información registrada en los expedientes clínicos, posterior a este paso se verifican los instrumentos se procede a la tabulación, o elaboración de gráficas y análisis de la información con base al marco teórico.

6. Alcances y límites de la investigación

6.1 Criterios de inclusión

Todos las historias clínicas de los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial nacidos en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Chimaltenango del ala Materno Neonatal de Enero a Diciembre del año 2015.

6.2 Criterios de exclusión

Se excluyó los recién nacidos atendidos fuera de esta institución con síndrome de aspiración meconio 10 en total.

7 Aspectos éticos de la investigación

7.1 Permiso institucional.

El permiso institucional para realizar tanto como el estudio campo de investigación, el cual fue concedido.

7.2 Beneficencia.

Se informó que este estudio será de beneficio para la población y que será utilizado para buscar mejores estrategias para prevenir los factores que influyeron en la incidencia de recién nacido con síndrome de aspiración meconial en el Hospital Nacional de Chimaltenango a la Materno Neonatal.

7.3 Autonomía.

Se solicitó permiso a la institución para la autorización del estudio.

Se informó al jefe del servicio de recién nacidos de la investigación y se le indicó la libertad de decidir podía no autorizarme del mismo en el momento que lo consideran oportuno.

7.4 Justicia

Se incluyó a todos los recién nacido de estudio, incluyendo todos los expedientes que cumplieran los criterios de inclusión.

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO 1.

Edad del grupo materno.

No.	Edad paciente.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	<20 años	17	27
2.	20-35 años	22	34
3.	35 años >	25	39
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015.

Existe un porcentaje elevado (39%) cuya edad sobre pasa los 35 años lo que la literatura afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 20 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida. Como puede observarse en el cuadro anterior un porcentaje alto, lo que puede constituir un factor de riesgo, debido a la inmadurez tanto física como psicológica de la embarazada adolescente que como consecuencia evidenciara falta de interés en un buen control prenatal y en la identificación temprana se señales de peligro. "La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica expone a la mujer, al feto y/o recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir⁹⁷.

⁹⁷ DONOSO, Enrique, VERA, Claudio, POBLETE, José. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil 2014. p.168

CUADRO 2.

Paridad de las pacientes.

No.	Paridad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Primípara	27	42
2	Múltipara	09	14
3	Gran Múltipara	28	44
	Total	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015.

Al mencionar que con la paridad materna el 42% (27 primípara), pacientes múltipara 14%(09 múltipara) disminuyendo este porcentaje y aumentando 44%(28 gran múltipara). La paridad es un grave problema, que afecta a las pacientes primípara y gran múltipara concentran mayor riesgo de presentar los recién nacidos síndrome de aspiración meconial, la ausencia de cultura que les permita limitar su gran fertilidad.

Se asocia como causas del síndrome de aspiración de meconio, la paridad de las pacientes. Ya que según la literatura se considera a las pacientes primípara y gran múltipara. Por lo anterior expuesta la necesidad de vigilar a las pacientes primípara y gran múltipara, es sentida ya que es necesario monitorearlas con más precisión para detectar si hay signos de inestabilidad fetal.

CUADRO 3.

Lugar control prenatal de las pacientes.

No.	Lugar del control prenatal	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Hospital	18	28
2	Centro de salud	16	25
3	Puesto	05	8
4	Comadrona	15	23
5	Otros	10	16
	Total	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimatenango 2015.

En el cuadro se aprecia 61% fueron atendidas pacientes embarazadas en el Hospital, centro de salud y puesto. Los sistema de salud desde una perspectiva de los derechos humanos, deben cumplir condiciones básicas como disponibilidad, accesibilidad física, económica y cultural. Se debe brindar servicios de calidad, sin discriminación alguna, con ética y profesionalismo, respetando la dignidad humana y el ciclo de vida. Uno de los factores que hace vulnerable a las mujeres a mayor riesgo de mortalidad, es la falta de atención de calidad o culturalmente pertinente⁹⁸. El 39% de las pacientes embarazadas pierden interés por no asistir a las consultas prenatales y a los hospitales tienen más confianza en asistir su consulta prenatal con la comadrona y otros.

“El estado mundial de la infancia de 2009 se centra en la salud materna y neonatal y establece cuales son las intervención y las medidas que es preciso ampliar para salvar las vidas de las madres y los recién nacido. La mayor parte de las muertes maternas y neonatales se pueden evitar por medio de intervenciones de eficacia demostrada que incluyen una atención prenatal y la presencia de trabajadores capacitados de la salud⁹⁹.”

⁹⁸ cidh.org/women/salidmaterna10Sp/SaludmaternaCap2.sp.htm consultado 05 de mayo 2015

⁹⁹ http://www.unicef.org/estado_mundial_de_la_infancia_de_2009 consultado 4 de mayo 2015

CUADRO NO 4.

Según lugar área geográfica de pacientes.

Procedencia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Chimaltenango	03	5
San José Poaquil	03	5
San Martín Jilotepeque	12	17
San Juan Comalapa	05	8
Santa Apolonia	03	5
Tecpán Guatemala	13	19
Patzún	03	5
Pochuta	05	8
Patzcía	01	2
Santa Cruz Balanyá	02	3
Acatenango	03	5
San Pedro Yepocapa	03	5
San Andrés Itzapa	02	3
Parramos	01	2
Zaragoza	03	5
El Tejar	02	3
Total	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Se puede observar en el cuadro anterior que las 64 pacientes, fueron atendidas en el Hospital y son de varios municipios, se identificaron estos dos municipios de San Martín Jilotepeque y de Tecpán ya que la incidencia es elevada de las pacientes y la vez tercera demora se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud, puede mencionar que el traslado de la mujer embarazada debe recorrer caminando o en carro de 15 minutos a dos horas o más. Los obstáculos pueden ser: vías de comunicación difícil o inexistente, alto costo de transporte, y servicios de salud muy lejanos. "Esta demora incide en el deterioro de la madre, repercutiendo en aumentar el peligro en pérdida de la vida neonatal y materno, al llegar tardíamente al servicio de salud apropiado"¹⁰⁰. Abordar las barreras

¹⁰⁰ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS. Temario Modelo del Auto Cuidado. Guatemala, 2010. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. p.178.

culturales y geográficas que dificultan la atención sanitaria contribuye, aumentar el acceso a los servicios de salud en las comunidades rurales.

Los factores de accesibilidad geográfica se refieren a los medios que permiten la factibilidad o dificultad de hacer uso de un bien o un servicio. "Una de las características y a la vez una demora de los servicios de salud son los medios de desplazamiento de la población para ser capaz de proporcionar una atención desde todos los puntos territoriales. Incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que implica al paciente recibir la atención necesaria"¹⁰¹.

¹⁰¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/economia>, consultado 17 de mayo 2015

CUADRO 5.

Control prenatal

No.	Control prenatal	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	49	76
2	No	15	24
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015.

Se puede observar en el cuadro anterior, que llevaron control prenatal las pacientes 76% (49 pacientes). "El control prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Se suele iniciar este tipo de atención cuando la mujer descubre que está embarazada"¹⁰². Se han reportado menós complicaciones durante el embarazo y parto las pacientes que no llevaron un control prenatal que es un 24% (15 pacientes). Se ha señalado que la madre que no asiste a su control prenatal de manera precoz y periódica o recibe un control deficiente tiene mayores posibilidades de morbilidad y mortalidad, materna y neonatal

Es necesario promover a la embarazada un control prenatal temprano para que pueda identificar oportunamente los factores de riesgo, signos y síntomas de señales de peligro y buscar atención oportuna. El control prenatal es una acción que debe seguir la embarazada para proteger su vida y la de su hijo.

¹⁰² https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_prenatal consultado 15 de mayo 2015

CUADRO NO 6.

Pacientes Manipulada por comadrona

No.	Manipulación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	No	49	76
2.	Si	15	24
	Total	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Como puede observar en el cuadro anterior un porcentaje significativo 76%(49 pacientes) no fueron manipulada por comadrona y el 24%(15 pacientes) de madres de recién nacidoS cuyos hijos presentaron síndrome de aspiración meconial, que fueron manipulada por comadrona durante el trabajo de parto antes de llevar ser llevada al Hospital. El no recibir atención oportuna y de calidad constituye la cuarta demora. Que aumenta índice morbi-mortalidad materna-neonatal. Por lo que se debe: "Mantener actualizada a la comadrona en la aplicación de las intervenciones en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee, con énfasis en el período atención del parto y por ser el período de más riesgo, y el transporte, servicios de salud muy lejanos. En la medida que dichas intervenciones se realicen se mejorara la calidad de los servicios y la aceptación de los mismos. Todas las acciones para enfrentar las cuatro demoras, debe formar parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, su derecho a decidir sobre su propia salud y su vida en general"¹⁰³

"En los países menos desarrollados, 1 de cada 3 mujeres no reciben atención prenatal durante el embarazo, y 3 cada 5 mujeres dan a luz sin asistencia de un trabajador salud capacitado"¹⁰⁴

¹⁰³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ASISTENCIA SOCIAL, Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales, Guatemala, 2006, p.11,12 y 13

¹⁰⁴ ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2009, salud materna y neonatal p. 52

CUADRO 7

Uso del partograma durante el proceso de trabajo de parto.

No.	Uso de partograma	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	SI	39	61
2.	NO	15	23
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015.

Se puede observar 61% el personal de salud si utilizó el partograma que se considera de importancia el uso del partograma en el momento del trabajo de parto, llenado, control y registro, por escrito en las anotaciones que realiza en el expediente clínicos del paciente en la relación a signos y síntomas que presente o reporte el paciente, ya que esta información es de suma importancia para investigaciones como la presente. Y que el 23% no utilizaron el partograma por que las pacientes llegan al servicio labor y partos ya completas, algunas pacientes manipuladas por personal empírico, pacientes llegaron con sufrimiento fetal.

El partograma diferencia entre la fase latente del trabajo de parto y fase activa durante la cual el cérvix se dilata por lo menos 1 centímetro por hora hasta alcanzar la dilatación completa de 10 centímetros. Así, el partograma es capaz de diferenciar claramente el progreso normal del progreso anormal del trabajo de parto e identificar a aquellas mujeres que muy probablemente requieren intervención. "La Organización Mundial de la Salud promueve su uso desde hace más de dos décadas, como una herramienta necesaria en el manejo del trabajo de parto y recomienda su uso universal durante el trabajo de parto"¹⁰⁵. El uso del partograma es de gran utilidad para la vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto, así como para prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones y la decisión de realizar una cesárea de urgencia, para evitar morbilidad e incluso mortalidad materna neonatal.

¹⁰⁵ SONI BL. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud, consultado 28 de mayo 2015

CUADRO 8

Vía de nacimiento del recién nacido.

No.	Vía de nacimiento	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	Parto normal.	20	31
2.	Cesárea	44	69
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Se puede observar en el cuadro anterior que 69% pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente un porcentaje alto. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los recién nacidos solamente cuando son necesarias por motivos médicos y el 31% de las pacientes fue parto normal que es el proceso por el que el feto y la placenta, una vez finalizado el tiempo de gestación que oscila alrededor de las 37 semanas hasta las 42 semanas, sale desde la cavidad uterina al exterior a través de la vía vaginal, se llama parto eutócico aquel parto que se produce de forma natural cuando el feto se presenta en una posición cefálica en occipubica y sale al exterior por vía vaginal, para este momento la madre debe colocarse en la posición más cómoda para ella.¹⁰⁶

Un personal capacitado, que cuente con los equipos y la ayuda adecuada, puede prestar intervenciones esenciales y capaces de salvar vidas cuando se suscitan emergencias durante el trabajo de parto y alumbramiento.

Durante el parto, toda mujer debe tener acceso a la atención por personal calificado, con las competencias necesarias para diagnosticar, referir o manejar las complicaciones. Es necesario asegurar la provisión de servicios de cuidados obstétricos esenciales, que incluyen, entre otros y el acceso a intervenciones como la cesárea. Todo ello requiere de insumos, suministros, equipos esenciales disponibles y personal de salud.

¹⁰⁶ CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Rutz Madruga. España. Editorial ARAN, S.L. 2009. p. 179.

CUADRO 9

Edad gestacional de recién nacido.

No.	Edad Gestacional	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	37-40 semanas	30	46
2.	> 41 semanas	34	53
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Se puede observar en el cuadro anterior que 30 recién nacidos cuya edad gestacional es de 37-40 semanas que es el 46% y 34 recién nacido es un 53% la edad gestacional es 41 semanas. Según la literatura que el síndrome de aspiración meconial es una entidad que afecta al recién nacido de término y casi a término por la presencia de meconio en el líquido amniótico.¹⁰⁷

"El síndrome de aspiración meconial se sospechaba en un recién nacido a término o pos término con antecedentes de asfixia y con líquido amniótico meconial"¹⁰⁸

¹⁰⁷ ANDRES MARTIN, Anselmo, VALVERDE MOLINA, José, Manual de neumología pediátrica p.144.

¹⁰⁸ Ibid.p.144

CUADRO 10
PRESENCIA DE MECONIO

No.	Meconio	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	Espeso	15	24
2.	Tinte.	49	76
	total	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Se puede observar en el cuadro anterior que el 24% (15 pacientes) presentaron meconio espeso y 76%(49 pacientes) presento tinte meconial. "El meconio puede inducir potenciales riesgos a la vida recién nacido, como es el síndrome de aspiración de meconio, grave cuadro que se acompaña de una alta tasa de mortalidad"¹⁰⁹.

"La mayor parte de literatura reciente tiende a restar importancia al meconio intraparto como signo de distress fetal. Meconio espeso o tinte también es asociado con una incidencia de síndrome de aspiración de meconio, que su detección debe ir seguida de un monitoreo fetal y la adopción de medidas tendientes a prevenir este síndrome"¹¹⁰. Debe incluirse como parte del protocolo de manejo de los pacientes que presente meconio durante el trabajo de parto, principalmente meconio espeso. Durante el parto si la paciente presenta meconio espeso o tinte, toda mujer debe tener acceso a la atención por personal salud calificado.

¹⁰⁹ ANDRES MARTIN, Anselmo, VALVERDE MOLINA, José, Manual de neumología p. 146.

¹¹⁰ibid.p.147.

CUADRO 11

Aspiración de tráquea.

No.	Aspiración de tráquea	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	No	49	76
2	Si	15	24
	TOTAL.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Se puede observar en el cuadro anterior que 76% el personal de salud no realizó la aspiración de tráquea a los recién nacido y el 24%, si realizó la aspiración de tráquea a los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, el personal de salud debe asegurar que las vías aéreas del recién nacido se encuentran permeables, que no exista presencia de líquido amniótico espeso o tinte meconial.

En recién nacidos el tratamiento más importante es la prevención, el diagnóstico y los cuidados oportunos del personal de enfermería. Una vez identificado el líquido con meconio, se aspiran las secreciones cuando la cabeza del recién nacido emerge durante el parto, antes de la primera respiración o realizar la colocación de laringoscopia directa y aspirar secreciones de la orofaringe y la tráquea cuando el recién nacido está deprimido, para retirar todo el meconio con el objetivo de que no pase a los bronquios.

"Se recomienda realizar fisioterapia no enérgica, para no expandir el meconio por los bronquios, colocarlo en posición de distrés y mantenerlo en una fuente de calor apropiada, pues la hipotermia agrava el cuadro clínico respiratorio"¹¹¹.

La evolución de recién nacido está en dependencia de la eficacia en los cuidados durante y después del parto, por lo que el personal de enfermería debe estar muy

¹¹¹RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

atento a las manifestaciones clínicas del recién nacido, se recomienda medir e interpretar los signos vitales de manera rutinaria hasta que estos se estabilicen.

Debe iniciarse en la sala de partos, la inmediata aspiración de las vías de aéreas superiores incluyendo la tráquea, permitirá eliminar gran parte del meconio aspirado. Ello debe realizarse antes del inicio de la reanimación con presión positiva (si es necesaria), y preferentemente antes de que se hayan puesto en marcha los primeros movimientos respiratorios espontáneos.

“Cuando se observa meconio en el líquido amniótico, el personal de enfermería le informa el médico encargado del parto puede aspirar orofaringe, rinofaringe y la faringe del recién nacido con una sonda. Debería estar presente en la sala de partos personal de salud entrenado para efectuar una aspiración endotraqueal. Se realiza inmediatamente la intubación con un tubo de 3.5 o 4 mm si se observa meconio espeso o si existe meconio fluido y el recién nacido no ha iniciado una respiración vigorosa espontánea. Se aspira en primer lugar el tubo endotraqueal con la sonda de mayor tamaño posible, dados que es posible que los grumos grandes de meconio no pasen a través de una sonda de aspiración, en este caso se aplica un tubo de aspiración endotraqueal por boca (interponiendo una mascarilla facial) y se continúa la aspiración mientras se retira el tubo. Si se obtienen grandes cantidades de meconio, puede ser necesario repetir este procedimiento varias veces”¹¹².

¹¹²RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014

CUADRO 12

Signos del recién nacido.

No	Signos de dificultad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	Apgar al minuto.	10	16
2.	A los cinco minutos.	14	22
3.	Taquipnea.	15	23
4.	Quejido	10	16
5.	Cianosis.	15	23
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Son las características entre ellas se puede observar a un recién nacido cubierto en su mayoría de veces por meconio, con síntomas de dificultad respiratoria ya que sus bronquios se llenan de meconio por la aspiración, para verificar la gravedad del síndrome de aspiración de meconio se clasifican a los neonatos de la siguiente forma: Leve: el meconio es semilíquido, habitualmente el APGAR al minuto es mayor que 7 y la dificultad respiratoria es leve o moderada.

Grave: antecedente de sufrimiento fetal y la expulsión de meconio intra parto es verde oscuro y espeso, el APGAR al minuto es menor que 6, la dificultad respiratoria es mayor. Por lo que el cuadro clínico de este síndrome se caracteriza por: recién nacido deprimido al nacer según evaluación de APGAR, dificultad respiratoria, piel, uñas y cordón umbilical con meconio, taquipnea, cianosis, retracción torácica.

La existencia de un líquido amniótico teñido con meconio con lleva, además de la posibilidad de que exista o haya existido una situación de hipoxia fetal, y además exista el riesgo de que produzca un síndrome de aspiración de meconio.

CUADRO 13

Lavado gástrico del recién nacido.

No.	Lavado gástrico	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	No	49	76
2.	Si	15	24
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaitenango 2015

Se puede observar en el cuadro anterior que 76% no realizó lavado gástrico al recién nacido y que el 24% si lo realizó. El mejor tratamiento es la prevención. Todas las salas de expulsión deben estar preparadas con equipo integral para reanimación, intubación inmediata y oxigenación para el recién nacido. Es muy importante revisar que el equipo este buenas condiciones; siempre debe tenerse en mente que de la rápida y adecuada asistencia depende la evolución positiva de este padecimiento.

Cuando el recién nacido nace aspirado con meconio y sus condiciones neurológicas son aceptables, esto es, Apgar superior a 6, llanto figurado y con un buen tono muscular, se realiza una aspiración gentil de la boca, luego se procede de inmediato a oxigenar, para continuar con el tratamiento de rutina.

Los recién nacidos que nacen deprimidos (bradicardia y apnea) se deben aspirar de manera rápida y gentil con perillas por boca y faringe. Después y de inmediato es preciso oxigenar con mascarilla y presión positiva, hasta conseguir que el recién nacido adquiera automatismo y luego, si es necesario, se entuba de manera electiva. Con estas acciones lo primero que se protege es al cerebro (evitando que sufra daño) y luego se realiza el lavado gástrico para extraer el meconio.

CUADRO 14

Condición de egreso de recién nacido.

No.	Condición	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	Egreso vivo Mejorado.	49	76
2.	Fallecido.	15	24
	Total.	64	100

Fuente: Expedientes de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, del Hospital Nacional de Chimaltenango 2015

Durante el período de estudio egresaron vivos 49 que equivale a un 76% de la población, y el 24% la mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y la calidad de la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio

Fallecidos fueron 15 pacientes, que equivale a un 24% de la población de ellos desarrollaron síndrome de aspiración de meconio. El factor más importante para mortalidad como para el desarrollo síndrome de aspiración meconial, en el servicio de recién nacidos fue la gravedad y la severidad de la enfermedad con que ingresaron los recién nacidos al servicio de recién nacidos.

Para prevenir las muertes neonatales, más que tecnología se precisa atención por parte del personal salud capacitado. Así como un sistema de intervención que sea flexible a las necesidades. Mejorar la calidad de la atención es importante no solo por seguridad y bienestar, sino también para que aumente la utilización de los servicios de salud.

Mejorar la salud de la madre y del recién nacido exigirá colaboración, compromiso y creatividad, para superar las dificultades.

VIII. CONCLUSIONES

1. La edad de la mujer se considera un factor de riesgo en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial, ya que el 39% de mujeres sobrepasa los 35 años de edad, la literatura afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae complicaciones para el binomio madre-hijo, igual que las menores de 20 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida. El embarazo, si bien es una situación fisiológica expone a la mujer, al feto y/o recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.
2. La paridad elevada ha sido descrita como uno de los factores de riesgo para la madre y su futuro hijo, ya que aumenta al doble el riesgo de muerte materno y neonatal, la paridad es un grave problema, debido a que las pacientes primíparas y las gran múltiparas concentran mayor riesgo de presentar alguna complicación, en este caso el síndrome de aspiración meconial.
3. Existe evidencia que el factor cultural influye de forma negativa, debido a que el 24% de madres de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial no asistió a su control prenatal en forma periódica, ya que durante ese control se pueden detectar algunos problemas en el desarrollo del embarazo.
4. Existen datos que llaman la atención: el 42% de primíparas y el 44% de gran múltiparas, las primeras porque si son muy jóvenes, carecen del conocimiento acerca de los cuidados necesarios durante el embarazo (atención prenatal) y las segundas, porque no asisten a su control prenatal

de manera temprana y periódica. o por el contrario recibe un control deficiente.

5. El factor accesibilidad geográfica es determinante para que la mujer embarazada no acuda inmediatamente al servicio de salud al iniciar el trabajo de parto y muchas veces es manipulada por personal no calificado..

IX. RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer a las autoridades del Hospital Nacional de Chimaltenango, los resultados de la presente investigación.
2. Desarrollar programas educativos en los servicios de salud dirigidos a mujeres en edad fértil con los temas de control prenatal, señales de peligro durante el embarazo y parto, plan de emergencia familiar y comunitario y planificación familiar que permita ampliar los periodos intergenesicos.
3. Realizar talleres para comadronas con contenidos de control prenatal, señales de peligro durante el embarazo y parto, plan de emergencia familiar y comunitario y planificación familiar que permita ampliar los periodos intergenesicos y referencia institucional oportuna
4. Sistematización e implementación de un programa de Monitoreo y supervisión al personal médico y de enfermería para la correcta aplicación del partograma durante el trabajo de parto.

X. BIBLIOGRAFIA

1. ASOCIACION PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA, APROFAM. Departamento de Capacitación, "Manual de Educación Sexual". 2ª. ed. Guatemala 2000.p.38.
2. Auxiliares de enfermería del consorcio sanitario de Tene España, Editorial Madrid, S.L. Temario Volumen 2. 2004. p. 158.ISBN 84-665-3184.
3. BARRIOS, Mónica y CRASBOR, Carla. (Tesis de Licenciatura en Psicología) Factores Emocionales que afectan a la primigesta menor de 18 años del Área Urbana de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencia Médicas. Escuela de Ciencias Psicológicas. Centro Universitario Metropolitano-CUM-Octubre 2009 p.29.
4. BLEICHMAR, Juan Carlos. Guía práctica para mujer embarazada. Ojos de papel ediciones, S.L. Argentina, grafos, D.E.L. S.R.L.2003.p.23
5. CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Ruiz Madruga. España. Editorial ARAN, S.L. 2009. p. 179.
6. HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO ALA MATERNO NEONATAL. Datos estadísticos del servicio de recién nacidos
7. DE GISPERT,Carlos et al. Diccionario enciclopédico color: Nuevo Océano Uno. Edición 2007. Barcelona, España. p.473.
8. Epidemiología y administración de servicio de Salud G.E ALAN deber P.H 1991

9. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Temario Modelo de Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.178. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX
10. file:///C:/Users/GENESIS/Downloads/PLAN ESTRATEGICO MORTALIDAD MATERNA.pdf consultado 12 abril 2015
11. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995; 332 (17): 1113-7
12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. PROGRAMA NACIONAL de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-10
13. KESTLER, Edgar. Donde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala. Guatemala agosto 2012
14. LLUSIA BOTELLA, JOSE Y CLAVERO NUÑEZ, José. Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción. 14ª. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993.p.240.
15. LOPEZ R. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, estudio de investigación descriptivo, características epidemiológicas y clínicas de los recién nacidos con síndrome de aspiración meconio. octubre 1998.

16. MARRINER TOMEY, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. 3ra ed. Mosby, doyma libros. Madrid España. 1994. p.73.
17. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, en base al material originalmente elaborado por JHPIEGO/ Salud Materno Neonatal en Coordinación con el grupo técnico Interinstitucional de información.
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ASISTENCIA SOCIAL Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala. 2006. p.11, 12 y 13
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guía de Atención Básica y uso de Medicamentos. Guatemala diciembre 2005. p.205.
20. MOLINA R, Molina T, González E. [Teenage fecundity rates in Chile: a serious public health problem]. Rev Med Chile 2007; 135 (1): 79-86. [Article in Spanish]
21. NARCHI H, Kulaylat N. Is gastric lavage needed in neonates with meconium-stained amniotic fluid? Eur J Pediatr. 1999;158: 315-7
22. ANDRÉS MARTÍN Acosta VALERDE MOLINA José manual de neumología pediátrica p 144.
23. PEREZ PABLO, Carmelina (Tesis de licenciatura) Satisfacción de la usuaria en la atención de enfermería en la clínica de pre consulta prenatal del centro de atención Materno Infantil de Cuilco, Huehuetenango. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p.13

24. PEREZ, Salvador y CAMPUZANO, Carolina. Manual de técnicos de transporte sanitario. 3ª. Ed. Editorial Aran S.L. Madrid. 2009. p.353.
25. PRESA J. Servicio de obstetricia y ginecología, hospital universitario Virgen de las Nieves Granada, residentes 2007.
26. RIVEIRO, Sheila Karina. Caracterización del síndrome de aspiración de meconio en el recién nacido a término. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Guatemala 2014
27. SCHWARCS R, Obstetricia, Editorial el ateneo, 7ma edición.
28. SCHWARCZ, Ricardo., FESCINA, Ricardo y DUVERGES, Carlos. Obstetricia. 6ta ed. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Julio de 2,005.p.433
29. SCHWARCZ, Ricardo., FESCINA, Ricardo y DUVERGES, Carlos. Obstetricia. 6ta ed. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Julio de 2,005.p.434
30. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Según "Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna –neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva–, 2010-2015. pagina 28.
31. SHEEN PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. Clin Obstet Ginecol (México) 1987;1:31– 8
32. SOL AJBAL. Martha Silvia (Tesis de Enfermería) Conocimientos Sobre el Trabajo de Parto y Parto, que poseen las embarazadas que asisten a control prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt De Guatemala. Universidad de San Carlos de

- Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.2013. p. 51.
- 33.SOLANO, María Inés. Guía práctica para padres, 1ª. Ed.; reimp. Buenos Aires. Albatros, 2004. p.15.
- 34.SONI BL. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. consultado 28 de mayo 2015
- 35.Souberbille BE, O'Brien ME. Use of WHO partogram in developing countries [Letter]. Lancet 1994; 344 (8916): 193.
- 36.www.nasajpg.com, 2013.consultado 25 de junio 2016
- 37.<http://es.wikipedia.org/wiki/economia>. consultado 17 de mayo 2015
- 38.<http://www.definicionabc.com/general/factor.php> consultado 28 de mayo 2015
- 39.<http://www.definicionabc.com/general/factores.php> Definición de factores Concepto en Definición ABC, consultados 29 de mayo 2015.
- 40.<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo103/capitulo103.htm> consultado 25 de julio 2016

41. <http://www.eumed.net/librosgratis/2011c/985/factores%20culturales%20y%20desarrollo%20cultural.html> Factores Cultures Y Desarrollo Cultural. consultado 30 de mayo 2015
42. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.liquido_amniotico_meconial.pdf consultado 01 de mayo 2015
43. http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf gobierno de chile consultado 12 de febrero 2015.
44. <http://www.planetamama.com.ar/nota/trabajo-de-parto>. consultado 28 de noviembre 2014. a las 17:00 pm.
45. https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_prenatal consultado 15 de mayo del 2015
46. [https://es.wikipedia.org/wiki/Chimaltenango_\(departamento\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Chimaltenango_(departamento)) consultado 16 de mayo 2015
47. https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano consultado 17 de mayo 2015
48. https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_aspiraci%C3%B3n_de_meconio consultado 10 de mayo 2015
49. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001596.htm>. página consultada 14 de mayo 2016

ANEXO.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA.

Investigadora: E.P. Areli Elizabeth Tubac Zet

Código: _____

Fecha: _____

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO: Recolectar información que permita describir los "factores que influyen en la incidencia de recién nacidos con síndrome de aspiración meconial en el hospital nacional Chimaltenango ala materno neonatal.

DATOS GENERALES MATERNOS:

1. REGISTRO CLINICO: _____ EDAD: _____ FECHA DE ADMISION: _____

2. PARIDAD: PRIMIPARA: _____ MULTIPARA: _____ GRANMULTIPARA _____

3. LUGAR DEL CONTROL PRENATAL

HOSPITAL: _____ PUESTO: _____ COMADRONA: _____ OTROS: _____

4. PROCEDENCIA DE LA PACIENTE: _____

5. LLEVO CONTROL PRENATAL: SI: _____ NO: _____

6. MANIPULADA POR COMADRONA: Si _____ No _____

7. USO PARTOGRAMA SI: _____ NO: _____

DATOS ESPECIFICOS DEL RN:

REGISTRO CLINICO DEL RN: _____

8. PARTO: EUTOSICO SIMPLE: _____ CSTP: _____

9. EDAD GESTACIONAL DEL RN:

A TÉRMINO: _____ POS TÉRMINO: _____

10. PRESENCIA DE MECONIO (marcar con una x) ESPESO: _____ TINTE: _____

11. ASPIRACION DE TRAQUEA: SI: _____ NO: _____

12. SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DE RECIEN NACIDO:

APGAR AL MINUTO: _____ A LOS CINCO MINUTOS: _____

TAQUIPNEA: _____ QUEJIDO: _____ CIANOCIS: _____

13. LAVADO GASTRICO: POSITIVO: _____ NEGATIVO: _____

14. CONDICIÓN DE EGRESO DEL RECIEN NACIDO CON SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL EN EL SERVICIO DE RECIEN NACIDO.

MEJORADO:

FALLECIDO:



HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO

E-mail: hoschimaltenango@yahoo.com

PBX: 7931-7474 *FAX: 7931-7538


Chimaltenango, 24 de junio del 2016.

A:
E.P. Areli Elizabeth Tubac Zet
Estudiante de Licenciatura en Enfermería
ENEG.

Atentamente, me dirijo a usted para dar respuesta a su solicitud de fecha 20 de junio del presente año, en donde solicita autorización para realizar su estudio de campo titulado " FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE RECIEN NACIDOS CON SINDROME DE ASPIRACION EN EL HOSPITAL NACIONAL CHIMALTENANGO ALA MATERNO NEONATAL" estudio que es AUTORIZADO para que sea iniciado lo antes posible debido a la importancia que tendrá para nuestra institución.

Agradeciendo de ante mano el interés demostrado para nuestra institución me despido.

Atentamente,


Licda. Vilma Leticia Curruchich Cojón
Sub Directora de Enfermería.

