UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades Médicas FF.AA No. 1, año 2015

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Jaramillo Toapanta, Mayra Viviana, Md.

DIRECTORA: Alarcón Dalgo, Carmen María, Msc

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Carmen María Alarcón Dalgo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades Médicas FF.AA No. 1, año 2015, realizado por Jaramillo Toapanta Mayra Viviana, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, marzo del 2016

f) …….
Msc Carmen María Alarcón Dalgo

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Jaramillo Toapanta Mayra Viviana declaro ser autora del presente trabajo de Titulación “Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades Médicas FF.AA No. 1, año 2015”, de la Titulación Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo Msc. Carmen María Alarcón Dalgo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f. .....
Md. Jaramillo Toapanta Mayra Viviana

DEDICATORIA

Dedicado especialmente a Dios quien me ha dado sabiduría, amor y paciencia para encaminar mi vida profesional, además ha puesto personas que han sabido guiarme, cuidarme y apoyarme, como lo son mis padres siendo mis pilares fundamentales, que han hecho de mí una profesional con valores, principios y sobre todo humildad, lo que me ha llevado a seguir en busca del conocimiento y ser cada día mejor.

Dedico también a la Universidad ya que infundo en mí todos los conocimientos puestos en práctica pudiendo desarrollar mi tema de tesis.

Además dedico a todos los neonatos atendidos en el servicio de Neonatología, que se han convertido en mis angelitos y para quienes he desarrollado mi tema.

Md. Jaramillo Toapanta Mayra Viviana

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme la salud y el bienestar que el ser humano requiere para subsistir, además del conocimiento obtenido durante el transcurso de mi vida logrando cumplir con cada meta planteada.

Además agradezco a mi Directora de tesis quien con su sabiduría y confianza ha sabido guiar cada paso que he dado durante el desarrollo y ejecución de mi tesis. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas y así culminar con mi maestría.

Agradezco también a mi familia especialmente mis padres, hermanas y prima que son mi fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros momentos, plasmando en mí valores que siempre me han tenido con la frente en alto y orgullosa de la clase de persona que soy.

Por último e igual de importante agradezco al personal del área de Neonatología del Hospital HE-1 No. 1 quienes supieron darme su apoyo y consejos además de dedicar su tiempo en el aprendizaje, interrelación y comunicación sobre los cuidados de los recién nacidos, brindando un mejoramiento en la atención y por ende satisfacción de sus padres.

Md. Jaramillo Toapanta Mayra Viviana

TABLA DE CONTENIDO

Carátula i

Certificación ii

Declaración de autoría y cesión de derechos iii

Dedicatoria iv

Agradecimiento v

Índice de contenidos ..... vi-viii

Resumen 1

Abstract 2

Introducción 3

Problematización 4-5

Justificación 6

Objetivos 7

General 7

Específicos 7

Capítulo I 8

Marco Teórico 8

1.1Marco institucional 9

1.1.1 Ubicación Geográfica HE-1 FF.AA. 9

1.1.2 Misión 9

1.1.3 Visión 10

1.1.4 Objetivos estratégicos 10

1.1.5 Servicios que presta 10

1.1.6 Perfil epidemiológico 11-18

1.1.7 Servicio de neonatología 19

1.1.7.1 Misión 19

1.1.7.2 Visión 19

1.1.7.3 Infraestructura física 19

1.1.7.4 Patologías que se atienden 19
1.1.7.5 Procedimientos que se realizan 20
1.1.7.6 Equipamiento 21
1.2 Marco conceptual 21
1.2.1 Calidad en Salud 22
1.2.1.1 Definición 22
1.2.1.2 Dimensiones de cálida 23-25
1.2.1.3 Dimensiones de calidad en los servicios de salud 25
1.2.1.4 La calidad del servicio: el punto de vista del usuario 25
1.2. 2 Estandarización de procesos 26
1.2.2.1 Guías de práctica clínica 26
1.2.2.2 Protocolos 27
1.2.2.3 Algoritmos 27
1.2.2.4 Procedimientos 27
1.2.3 Manual de procedimientos 27-28
1.2.4 Comunicación efectiva 28-30
1.2.4.1Comunicación Efectiva en las Organizaciones……30
1.2.4.2 Comunicación cara a cara 30-31
1.2.5. Protocolos 32
1.2.6 Unidad de Cuidados Neonatales 32-40
Capítulo II 41
2. Diseño Metodológico 41
2.1 Matriz de Involucrados 42-43
2.2 Árbol de Problemas 44
2.3 Árbol de Objetivos 45
2.4 Matriz de Marco Lógico 46-48
Capitulo III 49
3. Resultados 49
Resultado 1 49-56
Resultado 2 56-62

Resultado 3 62-63

Fin y Propósito 63

Conclusiones 64

Recomendaciones 65

Bibliografía 66-67

Apéndice 68-107

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo mejorar la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades FF.AA. No. 1 mediante la elaboración de instrumentos para el manejo del neonato tanto por el personal de salud como por los padres.

El cuidado de los recién nacidos en las salas de Neonatología conlleva a que el personal de estas aéreas estén capacitados y actualizados en el buen manejo del neonato.

Se ha podido evidenciar que el déficit de personal tanto médico como de enfermería y las continuas rotaciones provoca desmotivación del personal, por la sobrecarga de trabajo y la inadecuada comunicación que inciden en la calidad de atención.

El resultado logrado de este proyecto fue el desarrollo de un plan de capacitación, la elaboración de un manual y una guía para manejo del neonato dirigido al personal nuevo y antiguo, así como para los padres de los neonatos cuando estos salen de alta y la conformación de un comité de vigilancia de cumplimiento a los protocolos estandarizados para un mejor cuidado de los neonatos.

Palabras claves: calidad, neonato, manual y guía.

ABSTRACT

The objective of the present work is to improve the quality of attention in the area of services of Neonatology at Hospital of Specialties FFAA. No. 1. this purpose will be achieved by elaborating instruments of management for the personnel of health of the unit as well as for the parents.

Caring for newborns in neonatal nurseries entails that these personnel are trained and updated in the proper handling of the newborn.

It has been evident that the shortage of staff both medical and nursing, and the continuously rotate service, produces demotivation of staff, work overload and inadequate communication and affecting the quality of care in service.

The result achieved of this project was the development of a training plan, the elaboration of a manual and an informative guide for handling the newborn guided to new and old personnel and parents of newborns when they leave high, and the formation of a committee to monitor compliance with standardized protocols, aimed at better care of newborns.

Keywords: quality, newborn, manual and guide.

INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios de salud ha tomado relevancia en el mundo a partir de la década de los ochenta, este vertiginoso crecimiento del interés por la calidad de la atención en salud se ha manifestado de diversas maneras, como un factor de mayor participación de la población que exige una mejor calidad de servicio.

En el sector salud se utilizan habitualmente cuatro palabras, con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario que son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia.

En la unidades de cuidados intensivos neonatales la mortalidad es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y de calidad de la atención del recién nacido, en una determinada área geográfica o en un servicio, la misma que varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y de desarrollo de la atención médica.

En Ecuador la tasa de mortalidad neonatal para el año 2000 fue del 9.3%, misma que ha ido decreciendo hasta llegar a un 6.3 para el 2010 (INEC 2000-2010). En el área de Neonatología del Hospital de Especialidades FF.AA No. 1 para el año 2012 entre los meses enero y febrero hubo 9 fallecimientos representado un 9.3% del total de atenciones en el servicio, siendo un problema relevante ya que se ve alterada la calidad de atención.

Es por ello que en el servicio de Neonatología del HE-1 se requiere de varias intervenciones en el personal, así como la elaboración y actualización de guías y folletos y la conformación de un comité de vigilancia que buscará soluciones frente a problemas que se generan durante la atención y sobre todo estandarizar la atención con la aplicación de los protocolos. Consiguiendo mejorar la calidad del cuidado con un nivel apropiado de atención a todo neonato sano o con patologías que requieran de tecnología y cuidados especiales, para alcanzar la satisfacción de los padres y de los proveedores del servicio.

PROBLEMATIZACIÓN

Las unidades de cuidados intensivos neonatales se encargan de la asistencia y el cuidado del recién nacido, para ello es importante la intervención de un grupo de profesionales de la salud organizados y capacitados para brindar atención médica y que garantice las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al neonato.

Para conocer la calidad de atención que se presta en las salas de cuidados intensivos uno de los indicadores es la mortalidad neonatal, en Ecuador casi el 40% de las muertes se producen en el periodo neonatal y la mitad de ellas son en las primeras semanas de vida (CONASA 2008). En el Hospital de Especialidades Médicas (HE1) este indicador aumento para el año 2012 provocando preocupación en el servicio, por lo que se investigó las limitaciones y deficiencias que generaban siendo estas: las pocas capacitaciones y actualizaciones de conocimientos del personal, la continua rotación, así como el exceso de trabajo y el personal reducido provocando un aumento en los reingresos de los neonatos, alterando la calidad de servicios que se presta en la unidad.

Otro punto importante que afecta la calidad de atención en el servicio es la inexistencia de un manual de atención y guías informativas para el personal y los padres, haciendo más difícil que pueda comunicarse y difundir información adecuada y precisa, ocasionando desconcierto y por ende insatisfacción y preocupación.

Además al no contar con un comité de vigilancia de cumplimiento de protocolos implementados por el MSP el personal no ejecuta adecuadamente el manejo al neonato provocando mayor tiempo de hospitalización y aumento de la morbilidad así como una deficiente información al padre y familiares que darán al cuidado del neonato en casa.

Es por ello que la atención de calidad al recién nacido es fundamental, para ello el personal de salud deberá trabajar en disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal, neonatal e infantil además de la materna; la estandarización de procedimientos relacionados con la atención inmediata del recién nacido, la recepción y reanimación neonatales, así como la atención que recibirá posteriormente; considerando la mayor morbilidad y mortalidad

generada como son la prematurez y el peso bajo, para tomar acciones directas sobre las patologías asociadas a estos estados como son afecciones respiratorios, problemas infecciosos, asfixia e ictericia.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de atención como un alto nivel de excelencia profesional, con el uso eficiente de los recursos que implica un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción resultado de su implementación un impacto final en la salud.

La gestión de calidad es una estrategia que mejorará el grado de satisfacción de los usuarios, reflejado en las atenciones brindadas, los servicios de salud tienen una responsabilidad primordial como es reducir la morbilidad y mortalidad, en las sociedades en vía de desarrollo, que por razones diferentes presentan cifras diferentes de mortalidad y morbilidad superiores a la de la población general siendo este un indicador de calidad en las unidades.

Por lo que surge la necesidad de implementar un programa de capacitación y actualización de conocimientos, manuales de atención, guías y folletos informativos, contando con personal competente que brinde atención de calidad y sobre todo mantener un buen estado de salud de su bebe cuando es dado de alta y tenga que ir a casa

.

OBJETIVOS

GENERAL

Mejorar la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades FF.AA No 1, a través de la actualización de conocimientos del personal, elaboración de un manual de atención del neonato, una guía informativa para conocimiento de los padres y la conformación del comité de vigilancia de aplicación de los protocolos, para brindar una atención de calidad y calidez.

ESPECÍFICOS

- Preparar al personal del área de Neonatología en temas actualizados de calidad de atención al neonato en el hospital de especialidades FF.AA No. 1.
- Desarrollar un manual de atención para el personal de Neonatología y una guía de manejo para padres.
- Conformar un comité de vigilancia que verifique la aplicación y actualización de los protocolos.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

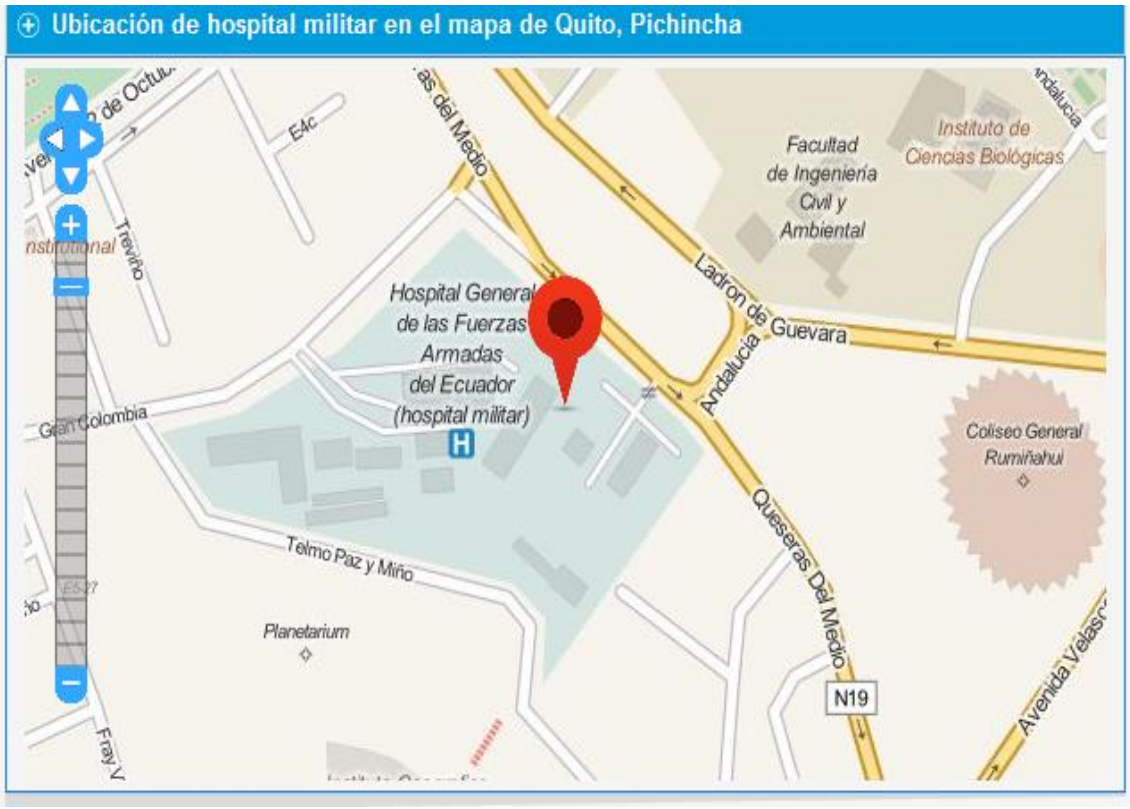
1.1 Marco Institucional

El Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas es uno de los Hospitales referentes del Ecuador, gracias a su mejoramiento continuo, constituyéndose en uno de los mejores centros de atención de tercer nivel. Ofrece servicios médicos respaldados por un óptimo nivel tecnológico, cumpliendo con indicadores internacionales, dando importancia a la prevención y al diagnóstico adecuado y oportuno.

Esta casa de salud, ofrece los servicios de emergencia, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, consulta externa en 36 especialidades médicas, centro de imagen, laboratorios, que permite atender a diario, a más de 800 pacientes.

1.1 .1 Ubicación Geográfica del Hospital de Especialidades FF.AA No. 1.

Figura 1. Mapa de ubicación Hospital de especialidades Médica FF.AA No. 1



Fuente: http://www.ubicaquito.com/osm/lugar/p1139809546

1.1.2 Misión.

"Proporcionar atención médica integral de tercer nivel con calidad y calidez; al personal

militar en apoyo a las operaciones militares y con su capacidad disponible al personal militar en servicio pasivo, dependientes, derechohabiente y a la población civil, dentro del sistema de referencia y contra-referencia militar y nacional.***".***

1.1.3 Visión.

Para el 2016, el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1 será reconocido por la sociedad, como la institución de referencia líder, a nivel nacional, en la prestación de servicios de salud de tercer nivel a través del empleo de personal competente y comprometido con la institución, que fomenta la investigación científica y la docencia universitaria dentro de instalaciones modernas y dotadas con equipamiento especializado con tecnología avanzada; que labora dentro de un sistema de gestión de la calidad basado en un modelo de gestión por procesos automatizados; a fin de garantizar el apoyo de sanidad a las operaciones militares y mejorar las condiciones de salud de la población a nivel nacional.

1.1.4 Objetivos estratégicos.

a) Incrementar la participación activa en la integración de la institución a la Red del Sistema Nacional de Salud logrando cubrir en su totalidad la atención a pacientes de referencia y contra-referencia.
b) Incrementar el acceso oportuno a los servicios integrales de salud de tercer nivel, a través de la ejecución de procedimientos especializados de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de alta calidad, a fin de satisfacer las necesidades de cuidado de la salud de la sociedad militar y civil.
c) Incrementar la capacidad resolutiva de tercer nivel de la institución a través de la actualización de sus plataformas biomédicas, de información y de comunicaciones, a fin de garantizar procesos seguros y eficientes tanto para el hospital como para sus usuarios, así como para la efectiva toma de decisiones

1.1.5 Servicios que presta.

- Laboratorios
- Centros de imagen
- Emergencia
- Hospitalización
- Consulta externa

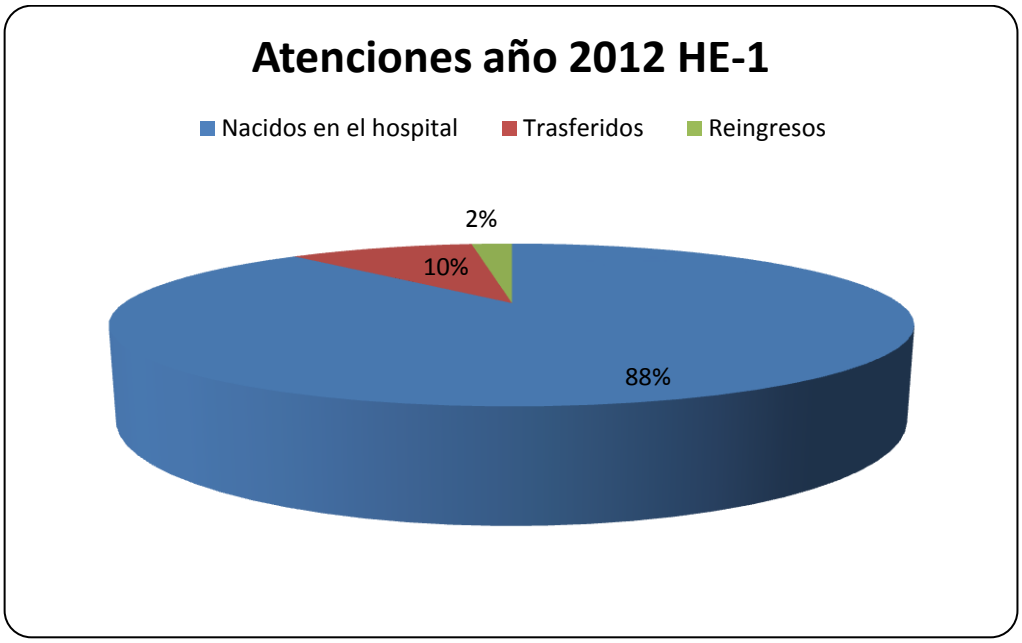
- Centro de ortesis y prótesis

1.1.6 Perfil epidemiológico.

El promedio mundial de natalidad actualmente es de 2,3%. En nuestro país para el 2013 es de 2.1%. En contraposición, la mortalidad neonatal es la responsable de entre el 40 a 70 % de las muertes infantiles, de estas casi el 40% se producen en el período neonatal y la mitad de ellas son en la primera semana de vida (periodo neonatal precoz). Tabla. 1-2

En el servicio de Neonatología durante el año 2012 se atendieron 591 neonatos, de los cuales 88. 1 % nacen en el hospital, 9.6 % son transferidos de otras casas de salud y 2.1% reingresos (Fig. 2). Durante este año se presentan 21 muertes neonatales siendo los meses críticos Enero y Febrero y las principales causas la prematurez extrema, síndrome de dificultad respiratoria y sepsis. De las 21 muertes neonatales 5 son transferencias de la RED del MSP (Fig. 3).

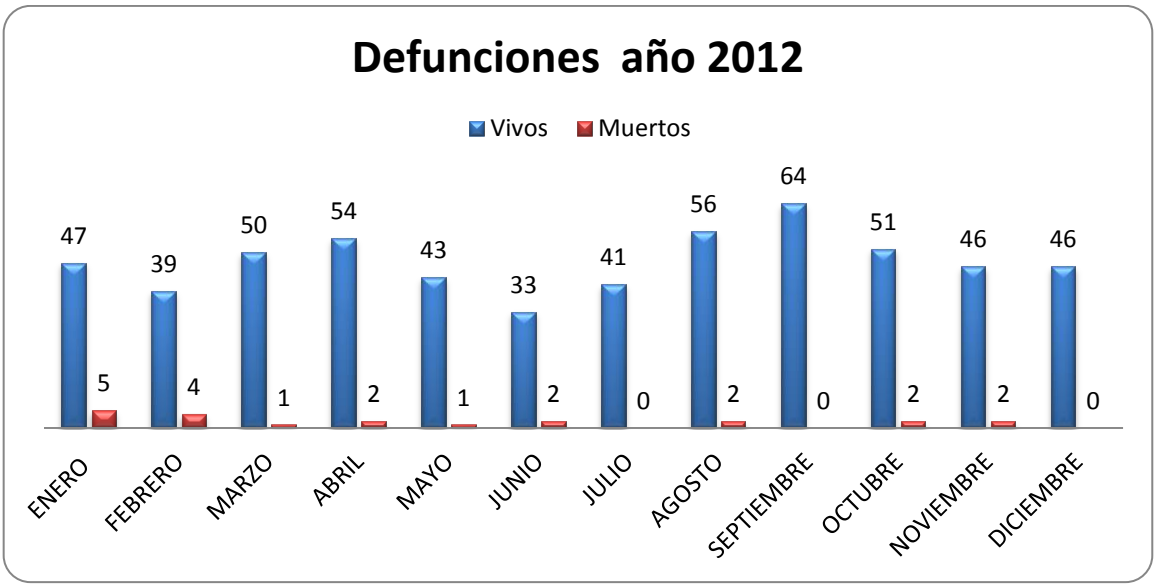
Figura 2. Atención anual de neonatos año 2012 HE-1



Elaborado por: La Maestrante

Fuente: Libros de estadística de Neonatología HE-1

Figura 3. Defunciones neonatales año 2012 en HE-1

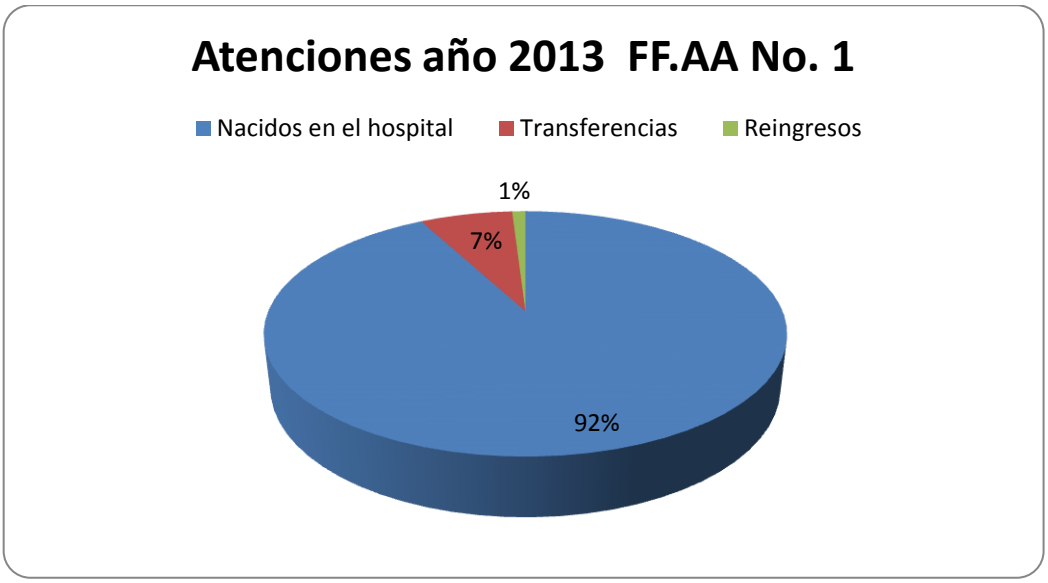


Elaborado por: La Maestrante

Fuente: Libros de estadística de Neonatología HE-1

Para el año 2013 se atendieron 511 neonatos disminuyendo las atenciones en las trasferencias y los fallecimiento en un 28% y 1% respectivamente (Fig. 4), en este año se puedo evaluar además cuantos de los neonatos permaneció en cuidado intensivo 2.3%, cuidado intermedio 17.6% y cuidado mínimo 80.1% (Fig. 5).

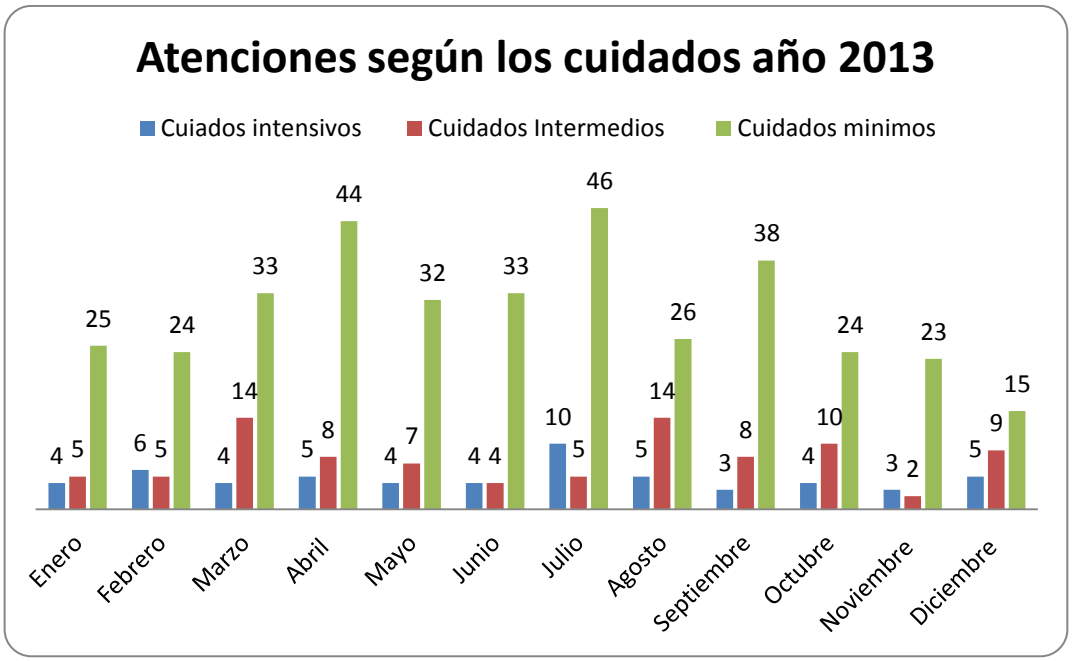
Figura 4. Atención anual de neonatos año 2013 HE-1



Elaborado por: La Maestrante

Fuente: Libros de estadística de Neonatología HE-1

Figura 5. Atención neonatal de acuerdo a las áreas año 2013



Elaborado por: La Maestrante

Fuente: Libros de estadística de Neonatología HE-1

Tabla 1. Estadística Neonatología 2012

MES	ATENCION								SEXO		TIPO DE PARTO		EGRESO	
	RN	TRANSF.					REING.	TOTAL ATENDIDOS	M	F	C/V	C	VIVOS	MUERTOS
		RED			CIVIL	MILITAR								
		TOT.	V	M										
ENERO	44	**4**	3	**1**	2	2	0	**52**	23	29	23	29	47	**5**
FEBRERO	37	**1**	1	**0**	1	1	3	**43**	10	33	12	31	39	**4**
MARZO	44	**1**	1	**0**	1	1	4	**51**	26	25	23	28	50	**1**
ABRIL	47	**1**	1	**0**	0	7	1	**56**	26	30	25	31	54	**2**
MAYO	40	**1**	1	**0**	1	2	0	**44**	23	21	14	30	43	**1**
JUNIO	27	**2**	2	**0**	0	4	2	**35**	19	16	16	19	31	**2**
JULIO	37	**3**	3	**0**	0	1	0	**41**	21	20	21	20	41	**0**
AGOSTO	51	**2**	0	**1**	1	3	1	**58**	29	29	21	37	56	**2**
SEPTIEMBRE	58	**3**	3	**0**	0	1	2	**64**	30	34	27	37	64	**0**
OCTUBRE	49	**2**	1	**2**	0	2	0	**53**	26	27	24	29	52	**2**
NOVIEMBRE	45	**2**	1	**1**	0	1	0	**48**	23	25	23	25	46	**2**
DICIEMBRE	42	**3**	3	**0**	1	0	0	**46**	22	24	24	22	46	**0**
TOTAL	521	**25**	20	**5**	7	25	13	**591**	278	313	253	338	569	**21**

Fuente: Libro de registro de atención del servicio de Neonatología HE-1(2011-2013)

MES	PESO AL NACER							EDAD GESTACIONAL					
	< 2500 g					2500 - 3500 g	> 3500 g	< 37 sem				37 - 41 sem	> 41 sem
	< 500 g	501 - 1000 g	1001 - 1500 g	1501 - 2499 g	TOTAL			<32 sem	32 - 34.6 sem	35 - 36.6 sem	TOTAL		
ENERO	1	5	3	0	9	36	7	7	3	3	13	37	2
FEBRERO	0	3	0	13	16	23	4	3	5	3	11	30	2
MARZO	0	0	0	8	8	33	10	0	1	3	4	44	3
ABRIL	0	1	1	12	14	37	5	1	4	7	12	44	0
MAYO	0	0	2	7	9	28	7	4	0	7	11	32	1
JUNIO	0	1	0	8	9	24	2	2	4	2	8	25	2
JULIO	0	0	3	4	7	30	4	3	4	2	9	31	1
AGOSTO	0	1	3	1	5	47	6	4	0	8	12	44	2
SEPTIEMBRE	0	0	1	6	7	47	10	2	5	1	8	53	3
OCTUBRE	0	0	2	4	6	38	9	2	3	1	6	45	2
NOVIEMBRE	0	0	2	5	7	33	8	1	2	3	6	41	1
DICIEMBRE	0	1	0	4	5	33	8	1	2	0	3	42	1
TOTAL	1	12	17	72	102	409	80	30	33	40	103	468	20

Fuente: Libro de registro de atención del servicio de Neonatología HE-1(2011-2013)

Tabla 2. Estadística Neonatología 2013

MES	ATENCION									SEXO		TIPO DE PARTO		EGRESO	
	RN	TRANSF.						REING.	TOTAL ATENDIDOS	M	F	C/V	C	VIVOS	MUERTOS
		MIESS			CIVIL	MILITAR	IESS								
		TOT.	V	M											
ENERO	29	**2**	1	**1**	0	2	0	0	**33**	20	13	15	18	32	**1**
FEBRERO	28	**4**	4	**0**	0	0	1	2	**35**	24	11	15	20	35	**0**
MARZO	47	**0**	0	**0**	0	1	1	1	**50**	23	27	25	25	50	**0**
ABRIL	52	**2**	1	**0**	0	2	2	0	**58**	29	29	32	26	55	**3**
MAYO	41	**1**	1	**0**	0	0	1	0	**43**	22	21	23	20	42	**1**
JUNIO	40	**1**	1	**0**	0	0	0	0	**41**	24	17	19	22	41	**0**
JULIO	55	**3**	2	**0**	0	1	2	0	**61**	33	28	22	39	58	**3**
AGOSTO	42	**0**	0	**0**	1	0	0	2	**45**	24	21	14	31	44	**1**
SEPTIEMBRE	46	**1**	1	**0**	0	0	2	0	**49**	28	21	22	27	49	**0**
OCTUBRE	38	**0**	0	**0**	0	0	0	0	**38**	20	18	19	19	38	**0**
NOVIEMBRE	27	**2**	2	**0**	0	0	0	0	**29**	12	17	11	18	27	**1**
DICIEMBRE	26	**3**	1	**2**	0	0	0	0	**29**	14	15	15	14	26	**3**
TOTAL	471	**19**	14	**3**	1	6	9	5	**511**	273	238	232	279	497	**13**

Fuente: Libro de registro de atención del servicio de Neonatología HE-1(2013)

MES	PESO AL NACER							EDAD GESTACIONAL					
	< 2500 g					2500 - 3500 g	> 3500 g	< 37 sem				37 - 41 sem	> 41 sem
	< 500 g	501 - 1000 g	1001 - 1500 g	1501 - 2499 g	TOTAL			<32 sem	32 - 34.6 sem	35 - 36.6 sem	TOTAL		
ENERO	0	0	0	6	6	23	4	0	3	2	5	28	0
FEBRERO	0	0	3	8	11	19	5	2	3	1	6	29	0
MARZO	0	2	0	6	8	35	7	2	0	8	10	37	3
ABRIL	0	1	0	4	5	43	10	1	1	2	4	50	4
MAYO	0	2	1	2	5	32	6	3	2	1	6	35	2
JUNIO	0	0	0	7	7	29	5	0	1	3	4	36	1
JULIO	0	2	6	8	16	41	4	4	6	7	17	40	4
AGOSTO	0	1	1	3	5	36	4	2	2	4	8	38	0
SEPTIEMBRE	0	0	2	5	7	38	4	1	3	5	9	39	1
OCTUBRE	0	1	2	1	4	29	5	3	0	1	4	34	0
NOVIEMBRE	0	0	2	2	4	20	5	1	1	2	4	24	1
DICIEMBRE	0	1	0	5	6	20	3	1	1	4	6	22	1
TOTAL	0	10	17	57	84	365	62	20	23	40	83	412	17

Fuente: Libro de registro de atención del servicio de Neonatología HE-1(2013)

MES	VENTILACIÓN MECÁNICA		CUIDADOS		
	INVASIVA	NO INVASIVA	UCI	INTERMEDIOS	MÍNIMOS
ENERO	4	0	4	5	25
FEBRERO	5	1	6	5	24
MARZO	3	1	4	14	33
ABRIL	5	0	5	8	44
MAYO	3	1	4	7	32
JUNIO	2	2	4	4	33
JULIO	4	6	10	5	46
AGOSTO	3	2	5	14	26
SEPTIEMBRE	3	0	3	8	38
OCTUBRE	4	0	4	10	24
NOVIEMBRE	3	0	3	2	23
DICIEMBRE	5	0	5	9	15
TOTAL	44	13	57	91	363

Fuente: Libro de registro de atención del servicio de Neonatología HE-1(2013)

1.1.7 Servicio de Neonatología.

1.1.7.1 Misión.

"Brindar atención médica integral a los recién nacidos que son recibidos en el servicio con calidad, calidez, eficiencia y eficacia de forma oportuna y humanizada con la finalidad de resolver problemas adaptativos y complejos del neonato y así recuperar su salud además de integrar a sus padres en el cuidado del mismo”

1.1.7.2 Visión.

La Unidad de Neonatología del Hospital de Especialidades FF.AA No. 1, constituye una de las mejores unidades de atención neonatal del país. Su infraestructura cuenta con equipamiento, recurso humano, e insumos de calidad que garantizan la prestación de servicio durante las 24 horas, los 365 días del año brindando calidad, calidez y eficiencia.

Además proporciona cuidado tanto al recién nacido a término sano como al recién nacido con diversas patologías brindando atención de alta especialidad y complejidad. La nueva UCIN cuenta en total con 46 camas de las cuales se han distribuido de la siguiente manera: 8 camas para cuidados intensivos, 13 para cuidados intermedios incluido aislamiento y 24 para cuidados mínimos, los mismos que no permanecen en la unidad ya que pasan a alojamiento conjunto con sus madres.

1.1.7.3 Infraestructura física.

Contamos con cuatro áreas destinadas para la atención del recién nacido:

- **Área de cuidado mínimo:** destinada a la atención del recién nacido normal.
- **Área de cuidado intermedio:** para la atención de recién nacidos con diversas patologías como: taquipnea transitoria, intolerancia oral, ictericia, etc..
- **Área de cuidado intensivo:** para la atención de prematuros o recién nacidos con patologías que amenacen la vida.
- **Área de aislamiento:** para la atención de recién nacidos con patologías infecciosas.

1.1.7.4 Patologías que se atienden.

El Servicio de Neonatología está preparado para la atención de diferentes patologías como de tipo respiratorio, digestivas, neurológicas, metabólicas, etc.

Las principales patologías tanto para 2012 y 2013 son prematurez, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis e ictericia. (Ver tablas completa (3-4) Apéndice 15)

Tabla 3. Patologías más frecuentes morbilidad neonatal 2012

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	%	CÓDIGO
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	42	26	P22
TRASTORNOS RELACIONARIOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	34	21	P07
ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LA NO ESPECÍFICAS	30	19	P59
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	20	14	P36
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	5	3	P21

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital de Especialidades Médicas HE-1

Tabla 4. Patologías más frecuentes morbilidad neonatal 2013

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	%	PACIENTES
TRASTORNOS RELACIONARIOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	P07	36	39
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	P36.9	20	22
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	P22.9	17	18
ICTERICIA NEONATAL NO ESPECÍFICAS	P59.9	5.4	6
INCOMPATIBILIDAD RH DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	P55.0	5.4	6
ASFIXIA DEL NACIMIENTO LEVE Y MODERADA	P21.1	2.7	3

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital de Especialidades Médicas HE-1

1.1.7.5 Procedimientos que se realizan.

1. Ventilación mecánica
2. Fototerapia,
3. Ex sanguíneo transfusión
4. Canalización de vías centrales periféricas
5. Oxigenoterapia

1.1.7.6 Equipamiento.

El Servicio de Neonatología cuenta con el más alto equipamiento tecnológico: incubadoras cerradas, cunas de calor radiante, ventiladores neonatales, monitores cardiorrespiratorios, oxímetros de pulso, bombas de infusión, lámparas de fototerapia, etc.

1.2 Marco conceptual

En los últimos años ha ido aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica y del incremento de las competencias profesionales y económicas. (Busso, 2008)

Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

En 1980 Avedis Donabedian investigador de obligada consulta en el tema de la calidad de los servicios médicos propuso una definición que ha trascendido: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". Por ende calidad en salud es aquella que se basa en el usuario y la organización que presta dicho servicio, comprometidos en la relación médico paciente y la confianza que este puede generar para mejorarla además de evaluar a la institución que presta servicios de salud. (Escalona, 2009)

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standarization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición en un inicio fue de amplia aceptación ya que transmite dos conceptos fundamentales. El primero es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Ciertamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común que es brindar una atención de calidad.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud, define que: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y que destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (Rosa Suñol, 2008)

1.2.1 Definición de Calidad en Salud.

La Calidad de Atención en Salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema que se trate.

El desempeño de los médicos en su manejo de pacientes individuales pretende de un juicio en donde se distinguen dos aspectos: la aplicación del conocimiento médico y la tecnología, de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legitimas del paciente.

El balance de riesgos y beneficios de los procedimientos médicos en cada caso particular es, en sí, tanto una ciencia como un arte, dependiendo de cómo de explícitas y bien comprendidas sean las operaciones mentales que las determinan.

De forma similar, el manejo de la relación interpersonal es, en gran medida un "arte”, debido básicamente a que no ha sido estudiado tan sistemáticamente como requeriría. De cualquier modo, tanto la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, como el manejo de la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica, sobre todo desde el punto de vista del paciente.

En definitiva calidad en salud es la seguridad del paciente, pues es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

1.2.1.1 Dimensiones de calidad.

Establecer una metodología para medir la calidad del servicio es un asunto que hoy aún resulta bastante complejo, entre otras razones porque no existe aún un consenso frente a la definición de este concepto. (García, 2010)

Las escalas de medición de la calidad son discutidas de manera abundante en la literatura. Sin embargo, en principio, se reconocen dos formas de medir la calidad de los servicios: una, desde el punto de vista del ofertante, como adaptación a las especificaciones establecidas para la prestación y la otra desde la perspectiva del usuario. (Rodriguez, 2007)

No sólo la evaluación general de la calidad de los servicios es importante, sino la identificación de las dimensiones de calidad o de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario, estos deben ser retos de las políticas de orientación hacia el usuario por parte de las instituciones prestadoras de salud. Los problemas inherentes a la identificación de las dimensiones y de los atributos de la calidad deben ser un tema de interés para los profesionales, los administradores y también para los investigadores.

1.2.1.2 Dimensiones de Calidad en los servicios de salud.

De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos dimensiones: la técnica y la funcional (Donabedian, 1980); (Grönroos, 1984).

La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados, y la calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario. (Mauricio Losada Otálora, 2007)

Los resultados sobre las dimensiones de la calidad en los servicios de salud varían en contenido y cantidad según los autores, tomando en cuenta el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de institución donde se realiza el estudio.

Coddington, Moore (1987) presentan la empatía, el respeto y el cuidado como factores principales de calidad del servicio en salud desde la perspectiva del cliente.

Bowers, Swan, Koehler (1994) señalan la empatía, la confiabilidad, la urgencia en la prestación del servicio, la comunicación y el cuidado como determinantes de la calidad y satisfacción de los pacientes.

Jun, Peterson y Zsidisin (1998) argumentan la existencia de once dimensiones de calidad del servicio en el cuidado de la salud: elementos tangibles, confiabilidad,

responsabilidad, competencia, cortesía, comunicación, accesibilidad, cuidado del paciente, resultados de los procedimientos, comprensión entre pacientes y médicos y colaboración sinérgica entre los elementos internos y externos del hospital para la prestación del servicio.

Zeithaml, Parasuraman y Berry elaboraron el Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio cuyo propósito es mejorar la calidad de servicio ofrecida por una organización. (García, 2010)

El modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio mide lo que el cliente espera de la organización que presta el servicio en las cinco dimensiones de las cuales solo una es visible, contrastando esa medida con la estimación de lo que el cliente percibe de ese servicio en esas dimensiones.

- **Tangibles**: Como la parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.
- **Confiables**: la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
- **Respuesta del personal**: respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de proveer el servicio con prontitud y esmero.
- **Seguridad**: conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.
- **Calidez o empatía**: el cariño, la atención individualizadas que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada. (Castillo, 2011)

En general, el modelo conceptual para la calidad del servicio SERVQUAL, está basado en que la percepción depende de la expectativa que se tenga de él, del grado en que se ha satisfecho dicha expectativa y el nivel de comunicación entre personal y usuario. Proponiendo en teoría, determinar cinco brechas entre la percepción del usuario y la del personal:

- La 1ª. Brecha se da entre los servicios que el personal pretende dar y el servicio esperado por el usuario.
- La 2ª. Brecha se da entre el servicio que el personal pretende dar y las especificaciones del mismo.

- La 3ª. Brecha entre las especificaciones del servicio y lo que obtiene el usuario.
- La 4ª. Brecha entre lo que el usuario obtiene y se le había comunicado que se daría
- La 5ª. Brecha entre el servicio percibido y el servicio esperado.

En este modelo de atención se toma en cuenta la distancia que existe entre lo que se quiere hacer y lo que se hace en realidad, lo que conlleva a diferenciar entre lo que se planea y lo que se hace. En una institución se observa las percepciones y las expectativas de los usuarios generando diseños y estándares de servicios orientados al usuario, además de implementar una comunicación externa con el cliente "paciente" finalizando con la prestación de un servicio, pero que es lo que piensa el cliente, inicialmente recibir un servicio convirtiéndose en la expectativa que depende de múltiples factores que cuando vive la experiencia es cuando percibe el servicio.

1.2.1.3 La calidad del servicio: el punto de vista del usuario.

Para comprender en qué consiste un buen nivel de calidad en el servicio, es necesario reconocer que los servicios presentan diferencias con los bienes físicos en la forma en que son producidos, consumidos y evaluados. Estas diferencias son la intangibilidad, la heterogeneidad y la inseparabilidad. (García, 2010)

La intangibilidad significa que los servicios son prestaciones y experiencias más que objetos; resulta difícil, por tanto, establecer especificaciones previas para su elaboración que permitan estandarizar la calidad. Contrariamente a lo que sucede en la manufactura de bienes, en los servicios los resultados no pueden ser medidos, comprobados y verificados para asegurar su calidad antes de la venta.

La heterogeneidad significa que la prestación de un servicio varía de un productor a otro, de un consumidor a otro y de un día a otro. La calidad de la interacción que el personal de contacto establece con los clientes muy pocas veces puede ser estandarizada dentro de unas normas que permitan asegurar su calidad.

La inseparabilidad indica que no hay muchas diferencias entre la producción y el consumo y que la calidad de los servicios se produce durante su entrega o prestación (usualmente como resultado de la interacción cliente-proveedor).

1.2.2 Estandarización de procesos.

Es la formulación e implementación de guías o reglas con el fin de ser aplicadas para alcanzar orden y uniformidad en un procedimiento. (Sagasta, 2007)

Al implementar estas herramientas el personal de salud puede alcanzar un incremento en la productividad, mejorar la calidad y gozar de un ambiente de trabajo mucho más seguro. Obteniendo un mejor desarrollo organizacional poniendo énfasis en el capital humano, dinamizando los procesos para cumplir con metas establecidas y de esta forma brindar atención de calidad.

La adopción de estandarización de procesos supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales, y la comprensión de los beneficios aportados tales como:

- Cambio de actitudes entre los profesionales
- Cambio de comportamiento
- Cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población.

Es importante destacar que cualquiera sea el formato que se adopte para la documentación de la estandarización de conductas asistenciales, los contenidos deben estar sustentados en las mejores evidencias científicas disponibles, adaptadas al contexto local. Dentro de esta documentación tenemos:

1.2.2.1 Guías de La Práctica Clínica.

Son enunciados sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y al paciente acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas. Además, las guías pueden jugar un papel importante en la elaboración de políticas de salud. Para el proceso de elaboración de estas guías se requiere de metodologías adecuadas y estrategias rigurosas. (Sagasta, 2007)

Las guías de Práctica Clínica contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos. Englobando tanto actividades puramente clínicas hasta las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1.2.2.2 Protocolos.

Son acuerdos entre profesionales expertos en un determinado tema, en donde se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada situación. Contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas. Definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas. (Sagasta, 2007)

1.2.2.3 Algoritmos.

Se escriben en el formato de diagrama de flujo o árbol de decisiones. Este formato esquemático y sintético provee una rápida referencia visual para responder a una situación. Permiten obtener una visión rápida del problema y sus posibles alternativas de acción. (Sagasta, 2007)

1.2.2.4 Procedimientos.

Son instrucción paso a paso acerca de cómo desarrollar una habilidad técnica. Este formato incluye el uso de equipamiento, medicación o tratamiento.

1.2.3. Manual de Procedimientos.

Es un instrumento administrativo que apoya el quehacer cotidiano de las diferentes áreas de una institución. Haciendo referencia a una adecuada comunicación entre los actores involucrados que les permita realizar sus tareas en forma ordenada y sistemática.

Para A. Reyes Ponce, se trata de un folleto, libro, carpeta, etc., en los que de una manera fácil de manejar se concentra en forma sistemática, una serie de elementos administrativos para un fin concreto: orientar y uniformar la conducta que se presenta entre cada grupo humano en la empresa.

Se debe diferenciar entre un Manual de Procedimientos y el procedimiento en si ya que este representa la acción material. Es así como Graham Kellog indica que un procedimiento por escrito significa establecer debidamente un método estándar para ejecutar algún trabajo.

Por ende los manuales de procedimientos son consignados metódicamente tanto para las acciones como las operaciones que deben seguirse para llevar a cabo las funciones generales de la institución. Además, con los manuales puede hacerse un

seguimiento adecuado y secuencial de las actividades anteriormente programadas en orden lógico y en un tiempo definido, convirtiéndose en una guía orientadora en la consecución de un resultado eficaz y eficiente. Tomando decisiones, conducentes a mantener bien informados a los colaboradores sobre la forma de realizar las tareas de su competencia y evitar así, confusiones a la hora de llevar a cabo sus funciones, pero sirven, a la vez, como un instrumento de rendición de cuenta acerca de *qué, cómo, cuándo y dónde* se ejecutan las labores que son responsabilidad de cada funcionario.

1. Dar a conocer a todo el personal involucrado los objetivos, relaciones de dependencia, responsabilidades y políticas institucionales.
2. Propiciar la uniformidad del trabajo, permitiendo que diferentes colaboradores puedan realizar diferentes tareas sin ningún inconveniente.
3. Evitar duplicidad de funciones y, a la vez, servir como indicador para detectar omisiones.
4. Propiciar mejoras en los procedimientos vigentes en procura de una mayor eficiencia administrativa.
5. Facilitan la inducción de los nuevos colaboradores de la institución.
6. Permite la integración de todos los colaboradores así como la funcionalidad integral del personal.
7. Propicia el ahorro de esfuerzos y recursos
8. Es un instrumento útil para los evaluadores y auditores del Control Interno.

Es por eso que son considerados uno de los elementos más eficaces para la toma de decisiones en la administración, ya que facilitan el aprendizaje y proporcionan la orientación precisa que requiere la acción humana en cada una de las unidades administrativas que conforman a la empresa, fundamentalmente a nivel operativo o de ejecución, pues son una fuente de información que trata de orientar y mejorar los esfuerzos de sus integrantes para lograr la adecuada realización de las actividades que se le han encomendado.

1.2.4 Comunicación efectiva.

Es saber decir lo que se quiere, es comprender al otro a través del proceso de comunicación, siendo esta una doble vía, por la que se transita en ambas direcciones. Es una danza entre el hablar y el escuchar. Implica la transferencia de la información y la comprensión resultante entre dos o más personas. (Espinoza, 2009)

“La mayoría de los conflictos y problemas que surgen en las empresas, se deben a la

falta de comunicación que existe entre los diferentes niveles jerárquicos” (Martha William 2006)

La comunicación es el puente de significado entre los seres humanos, que les permite comprenderse y compartir lo que son, lo que sienten y lo que saben. Al utilizar ese puente existe un acercamiento que permite a la gente superar cualquier cosa que los separe.

La Comunicación Efectiva es el proceso por medio del cual una persona establece contacto con otra y le transmite información, que transmite un mensaje de manera precisa, donde emisor y receptor comprenden exactamente lo mismo y se interrelacionan a través de un conjunto de signos o símbolos convencionales, por ambos conocidos.Es saber decir las cosas de manera positiva. (Espinoza, 2009)

Las organizaciones no pueden existir sin comunicación, porque se requiere para acordar el trabajo que se va a realizar y para intercambiar instrucciones que permitan realizar lo correcto para el logro de metas y objetivos. Hablamos de empresa como una red de compromisos y conversaciones.

Los dirigentes y administradores requieren de la comunicación para coordinar el trabajo de sus subalternos. La cooperación entre los integrantes de un grupo de trabajo, tiene como base la comunicación, sin ella sería imposible, porque la gente no podría dar a conocer sus necesidades y obtener la comprensión y el apoyo de los demás.

La toma de decisiones en grupo, requiere de manera indispensable de la comunicación, sin ella no sería factible el intercambio y la aportación de ideas, opiniones y sugerencias, que lleven a una buena decisión con la que todos se sientan comprometidos.

Cuando la comunicación es eficaz, es más probable que se logre la calidad y productividad, ya que una buena comunicación tiende a alentar el buen desempeño y promueve la satisfacción de los trabajadores. (Hovland, 2005)

Cuando interactuamos con los demás, necesitamos en primer lugar tener actitudes que favorezcan la comunicación, podemos abrir nuestros sentidos y nos disponernos a

"escuchar" y responder con la mejor o la más adecuada de las actitudes, entre estas tenemos:

- **Actitud Valorativa.-** Suele aconsejar o aportar respuestas en que se hace referencia a los valores y el deber, muchas veces se dan órdenes.
- **Actitud Interpretativa.-** Trata de descubrir los verdaderos motivos de la conducta del interlocutor. A veces suele aclarar al que comunica lo que le pasa.
- **Actitud Exploratoria.-** Adoptamos generalmente esta actitud, cuando necesitamos más datos para normar nuestro criterio y tener una idea más clara de lo que pasa o de lo que piensa o siente el otro.
- **Actitud Consoladora.-** Produce respuestas tranquilizadoras, que tratan de reducir la angustia o el sufrimiento.
- **Actitud de Identificación.-** No ofrece soluciones, pero es una presencia cálida que brinda seguridad y apoyo al otro, y le acompaña en sus preocupaciones o sufrimientos.
- **Actitud Comprensiva y Empática.-** Trata de ponerse en el lugar del otro, no interpreta, no juzga, e intenta captar los sentimientos que hay detrás de las palabras del que nos habla. Busca leer entre líneas.

1.2.4.1 Comunicación Efectiva en las Organizaciones.

Un programa de éxito en las comunicaciones con los empleados se basa en el liderazgo del Director o Gerencia de una organización, quien debe estar comprometido filosófica y conductualmente con la idea de que la comunicación con los empleados es esencial para el logro de las metas institucionales.

Si sus palabras y acciones van enfocadas a una mayor y mejor comunicación, su compromiso trascenderá al resto de la organización. Cuando hay congruencia entre lo que se dice y lo que se hace, la credibilidad y confianza aumentan y son el escenario, el clima perfecto, para que la comunicación eficaz y efectiva se logre.

1.2.4.2 La Comunicación Cara a Cara.

Siempre que sea posible, se deberá utilizar una comunicación directa, sincera, cara a cara con los empleados. Esta forma de interacción permite ver a la persona y observar sus reacciones, permite combinar el lenguaje verbal con el no verbal, el cual proporciona una retroalimentación más auténtica.

Los gestos, los movimientos y postura corporal, el tono y las inflexiones de la voz, la distancia que se establece inconscientemente entre los interlocutores, aportan información sumamente valiosa a la interacción y confirman o contradicen la comunicación verbal. (Viladrich, 2001)

Otra de las ventajas de la comunicación cara a cara es que permite la retroalimentación inmediata. Permite que se resuma y se obtengan conclusiones por ambas partes antes de finalizar la conversación, pero requiere de una buena disposición y habilidades para escuchar, comprender y emitir la acción subsecuente que sea necesaria. Sugerencias para mejorar la Comunicación

- Aprender a expresarse en forma apropiada, teniendo en cuenta a quien escucha.
- Usar una voz cordial y amable.
- Aceptar previamente el hecho de que no todos van a coincidir con lo que diga.
- Darle a la otra parte la libertad de expresar honesta y razonablemente cualquier diferencia que tenga con lo que usted acaba de decir.
- Aceptar las diferencias de opinión sin molestarse ni enojarse y sin desarrollar una actitud negativa hacia la otra parte.
- Después de escuchar a la otra parte, medite sobre lo que dijo, no reaccione mecánicamente.
- Ya sea que sus decisiones en el momento de la comunicación resulten correctas o incorrectas, aprenda a vivir con ellas y siga adelante.
- Sea cual sea el tipo de lenguaje que utilice y el medio de comunicación empleado, procure ser simple, sencillo, claro y lo más concreto posible en lo que dice su mensaje, con el propósito de lograr ser comprensible.
- Procure que sus expresiones sean cortas, porque entre más información se comunique es más difícil mantener al interlocutor atento e interesado.
- Sea empático y piense "¿de qué manera puede mi interlocutor entender mejor esto?" y busque ser explícito para él (no piense que para usted es fácil, ni dé por supuesto que el interlocutor es tan inteligente o más que usted, y que no tiene que ser tan claro), es mejor ajustarse usted a él y no pretender que él se ajuste a usted.
- Escuche con efectividad
- Uno de los principales fallos es pretender o fingir que se está prestando atención, cuando en realidad la mente divaga en otras cosas. La mayoría de las personas habla a un ritmo de 125 palabras por minuto.

Sin embargo, el cerebro es capaz de manejar hasta cinco veces más esta cantidad. De ahí que cuando alguien habla más de unos cuantos minutos, el que escucha, a veces sin darse cuenta, empieza a divagar en otras cosas que ocupan su mente porque le interesan o le preocupan, volviendo sólo ocasionalmente al diálogo para enterarse someramente de lo que está diciendo el que habla.

1.2.5. Protocolos.

Son documentos que reflejan una descripción ordenada y sistemática de un estudio propuesto, que permite tener una visión general de los aspectos del estudio antes de comenzar y debe estar descrito con suficiente claridad para permitir que otro investigador pueda realizar el estudio o que esté se lleve a cabo en otro instante.

Debe estar redactado con bastante precisión en todos sus apartados, de tal forma que un investigador que no sea de la misma área de trabajo comprenda totalmente lo que se quiere investigar, de qué forma, en qué tiempo y en qué circunstancias. Además contribuye a normalizar la práctica, son una fuente poderosa de información al tiempo que facilita la atención a personal de nueva incorporación.

En términos generales, es definido como un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea. Desde ésta forma de ver las cosas, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por los profesionales.

1.2.6. Unidad de Cuidados Neonatales.

Las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) son una organización de profesionales sanitarios, que brindan asistencia multidisciplinaria, cumpliendo con requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos.

Los procesos asistenciales atendidos por la UCIN dependen de la complejidad del centro y pueden incluir los siguientes:

- La atención prenatal y perinatal en colaboración con otros especialistas, especialmente obstetras.
- La asistencia al recién nacido en el parto.

- La atención al recién nacido que permanece con su madre en alojamiento conjunto.
- La asistencia al recién nacido hospitalizado en sala de cuidados intensivos, cuidados intermedios, cuidados especiales o sala de observación o corta estancia.
- La atención en consulta de seguimiento, del recién nacido de riesgo.

Estos procesos son fundamentales en todas las unidades de cuidados neonatales, ya que en conjunto se logra brindar atención de calidad y satisfacción de los padres al permanecer en continua comunicación con el personal de salud además de la confianza, en nuestro país Ecuador según la Constitución de la República del Ecuador (Art. 32, 32 y 361), Ley Orgánica de Salud (Art. 6 numeral 2), Código de la Niñez y Adolescencia (Cap. 2) y el Plan Nacional del Buen Vivir 2006-2013 (Objetivo 8) acuerda declarar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal como acuerdo ministerial, generando protocolos en los que se brinda los cuidados esenciales tanto a madres como a los neonatos desde el momento que son concebidos.

Por otro lado 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. La mortalidad infantil y neonatal varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica.

La mortalidad neonatal es la responsable de entre el 40 a 70 % de las muertes infantiles, de estas casi el 40% se producen en el período neonatal y la mitad de ellas son en la primera semana de vida (periodo neonatal precoz). (Izquierdo 2008)

En nuestro país la Neonatología como contenido básico de la Pediatría Clínica, ha experimentado, fundamentalmente en las cuatro últimas décadas, un profundo y vertiginoso desarrollo. Este desarrollo tiene como indicador más cuantificable, el progresivo descenso de las causas de mortalidad peri-neonatal, se estima en la región que un 9% de recién nacidos tiene peso bajo al nacimiento y en el país llega al 6,8% (estadísticas vitales INEC 2006)

Las principales causas de mortalidad infantil, específicamente neonatal en Ecuador son: dificultad respiratoria (P22), ictericia neonatal (P59), prematuros (P07), sepsis (P36), Pos término (P08). (INEC, Indicadores Básicos de salud Ecuador 2010) Fig. 6.

Figura 6. Principales causas de mortalidad infantil, Ecuador 2009 (lista detallada Cie10)

Nº	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	SEXO		TOTAL	TASA x 1.000 nacidos vivos *	TASA x 1.000 NACIDOS VIVOS ESTIMA-DOS**	%
			HOMBRES	MUJERES				
1°	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	319	253	572	**2.6**	**2.0**	17.4
2°	J18	Neumonía, organismo no especificado	155	110	265	**1.2**	**0.9**	8.1
3°	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	116	102	218	**1.0**	**0.7**	6.6
4°	Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón	84	72	156	**0.7**	**0.5**	4.8
5°	Q89	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	54	63	117	**0.5**	**0.4**	3.6
6°	P23	Neumonía congénita	52	40	92	**0.4**	**0.3**	2.8
7°	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	51	32	83	**0.4**	**0.3**	2.5
8°	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	43	38	81	**0.4**	**0.3**	2.5
9°	P20	Hipoxia intrauterina	44	32	76	**0.4**	**0.3**	2.3
10°	P24	Síndromes de aspiración neonatal	42	33	75	**0.3**	**0.3**	2.3
11°	P21	Asfixia del nacimiento	33	21	54	**0.3**	**0.2**	1.6
12°	J20	Bronquitis aguda	29	17	46	**0.2**	**0.2**	1.4
13°	Q79	Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	18	27	45	**0.2**	**0.2**	1.4
14°	Q03	Hidrocéfalo congénito	14	26	40	**0.2**	**0.1**	1.2
15°	P29	Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal	22	15	37	**0.2**	**0.1**	1.1
	R00-R99	Síntomas. signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. no clasificadas en otra parte	147	122	269	**1.2**	**0.9**	8.2
	Las demás causas de mortalidad infantil		569	484	1,053	**4.9**	**3.6**	32.1
	Total de defunciones de menores de 1 año		**1,792**	**1,487**	**3,279**	**15.2**	**11.2**	**100.0**
	Total de nacidos vivos e inscritos en el 2009				215,906			
	Total de nacidos vivos estimados para el 2009						** 292,127	

* Tasa por 1.000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2009
** Tasa por 1.000 nacidos vivos estimados para el 2009 según estudio realizado por INEC - SENPLADES
Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2009

Fuente: INEC, Indicadores Básicos de salud Ecuador 2010

La alta calidad del cuidado en neonatología implica proveer un nivel apropiado de cuidado a todo recién nacido sano y proveer cuidado más especializado a algunos que lo necesiten, utilizando protocolos de calidad, contando con un entorno habilitante y midiendo los resultados neonatales a corto y mediano plazo, así como la satisfacción de los padres y de los proveedores del servicio.

En estas unidades se establecen buenas prácticas de atención, hoy en día centrada en la familia, ya que el contacto de los neonatos con sus padres facilita la práctica del método canguro que conlleva efectos de mejora en la estabilidad metabólica y hemodinámica del bebé, la lactancia y su duración, el desarrollo psicomotor y neurosensorial, la analgesia y la disminución del llanto y de las infecciones, mejorando así el grado de satisfacción de los padres de su experiencia en la UCI y la relación con profesionales, aporta a las familias facilidad para cuidar de su hija/o no sólo durante el ingreso, también en su hogar mejorando el ambiente familiar.

Además se debe apoyar y fomentar la existencia de una comunicación regular y efectiva de padre/madre con el personal de salud durante los cuidados del neonato, e integrarlos en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su hijo/a, incluyendo los cuidados necesarios al alta.

La etapa neonatal es un periodo de especial riesgo de que se produzcan incidentes relacionados con la asistencia sanitaria debido a la imposibilidad de control por el propio paciente, las prescripciones y dosificación de fármacos según peso, la frecuente manipulación de los medicamentos para su administración y el empleo de procedimientos invasivos.

Se garantiza que, en el momento del alta hospitalaria, la familia del neonato y los profesionales sanitarios que se harán cargo de su atención posterior, disponen de la información clave sobre sus cuidados.

En caso de traslado, se debe informar con antelación de si el neonato está colonizado por microorganismos multirresistentes o si se han realizado pruebas de *screening*.

Se deben implementar y evaluar guías y recomendaciones para la administración segura de preparados parenterales y enterales en neonatos, incluyendo el procedimiento para verificar, en el momento de la administración, que la vía es la correcta, y aquellas que garanticen la conservación y control de caducidad de dichos preparados. Los sistemas de alimentación oral y los de perfusión intravenosa deben estar claramente identificados y ser distinguibles.

La implementación de sistemas que reduzcan el riesgo en la manipulación de bombas de infusión (programas específicos con dosis neonatales prefijadas y con sistemas de seguridad) es también considerada de suma importancia en la atención de este tipo de pacientes.

Por sepsis nosocomial se recomienda: a) implementar sistemas de vigilancia de la infección nosocomial adaptados a las características de la Unidad, que garanticen la identificación del paciente en riesgo y procedimientos de riesgo. B) implementar y evaluar programas dirigidos a promover la higiene de manos, la prevención de bacteriemias y otras infecciones frecuentes del neonato, y el uso prudente de antibióticos, c) establecer protocolos que definan situaciones y tipos de aislamiento de los/as niños/as que lo precisen d) formar a las personas que visitan la UCIN en la práctica de la higiene de manos, incluyendo entre ellas a familiares o profesionales de otras unidades asistenciales (radiología, cardiología, cirugía, etc.), e) facilitar en la UCIN la utilización de las medidas

adecuadas para prevenir la trasmisión de infección (mascarillas, riguroso lavado de manos) por parte de las personas con infecciones de las vías respiratorias, eccemas o lesiones sobre-infectadas de la piel, en el pecho y en el caso de herpes labial, que estén en contacto con los neonatos, evitando el contacto directo, f) establecer estrategias para prevenir infecciones asociadas a catéteres vasculares, g) incorporar bajo supervisión al personal de enfermería en las UCIN, garantizando que pueda realizar los cuidados de forma autónoma una vez dispone de la información y formación necesaria sobre el funcionamiento de la misma, h) establecer sistemáticas para el tratamiento de incubadoras con sistemas de agua estéril cerrados, especialmente en UCIN, i) establecer protocolos de limpieza y desinfección de incubadoras (con o sin sistema de humedad), cunas calientes, respiradores, y resto de aparatos y materiales reutilizables de las unidades.

Por otro lado es muy importante el ingreso hospitalario del neonato, con historia clínica propia, incluidos aquellos ingresados en la maternidad hospitalaria. Según ya se indicó en el documento Maternidad Hospitalaria: estándares y recomendaciones, del Ministerio de Sanidad y Política Social, el RN normal es susceptible de una atención individualizada, diferenciada de los cuidados de la madre, que consume recursos asistenciales y, por tanto, se recomienda su ingreso hospitalario.

Asimismo, debe existir un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación del neonato, que utilice al menos dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento y número de historia clínica. La huella o impresión plantar por sí sola no asegura la identificación, pues la dificultad de obtenerla en forma correcta condiciona que sólo sea útil en menos del 30% de los casos y además no permite una permanente identificación del binomio madre-hijo/a.

Los padres y familiares de los neonatos deben tener un papel activo en la mejora de la seguridad de estos pacientes, informándose e implicándose en sus cuidados, y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento.

Al fomentar la lactancia materna en toda sala de neonatología se deben establecer protocolos de procesamiento de leche (humana y artificial) a fin de garantizar su calidad y seguridad en términos de control de infecciones y garantía de aspectos nutricionales.

La asistencia al RN debe organizarse en una red que estructure los cuidados

ofertados atendiendo, al menos, a las características demográficas, geográficas y socioculturales del área de referencia, la disponibilidad de otros recursos, su cartelera de servicios, accesibilidad y nivel de atracción, y a criterios de calidad (eficacia, eficiencia - gestión adecuada de recursos).

El desarrollo de herramientas para el trabajo en red como la historia clínica compartida, el sistema de clasificación de pacientes, el desarrollo de criterios de derivación de pacientes entre centros, el desarrollo de tecnologías de la información y el establecimiento de indicadores de calidad comunes, son recursos esenciales para la atención en red asistencial.

La cartelera de servicios de las UCIN debe estar adaptada a los recursos humanos, a la infraestructura y al equipamiento disponible y debe ser coherente con las características de la atención ofertada en otras unidades del hospital que se relacionan con ellas, con la oferta de servicios del resto de unidades de la red.

Los distintos niveles asistenciales se deben soportar con personal especializado (médico y de enfermería) suficiente para garantizar el nivel de cuidados necesarios de forma continuada durante las 24 h del día, todos los días del año. El traslado del neonato debe ir acompañado de un informe médico y un informe de enfermería.

El hospital debe disponer de un manual de organización y funcionamiento común en el que se recojan las UCIN disponibles, reflejando su organigrama, la cartelera de servicios, la disposición física, los recursos estructurales y de equipamiento disponibles y el manual de normas sobre los actos más prevalentes del proceso asistencial.

El hospital y la unidad deben disponer de sistemáticas para el empleo de herramientas para la organización, planificación, seguimiento, control y mejora continua de la calidad, encaminadas a lograr la eficacia y eficiencia de las actividades realizadas, en función de los objetivos definidos para la unidad.

Los cuidados centrados en el desarrollo suponen un nuevo enfoque en el manejo de los/as niños/as en las unidades de neonatología encaminado a mejorar el desarrollo neurológico del neonato y a promover un mejor establecimiento del vínculo con la familia.

Se recomienda la implantación de maniobras de cuidados centrados en el desarrollo tales como:

- Favorecer la interacción de los neonatos con sus padres así como el contacto piel con piel el máximo tiempo posible. La realización de cuidados de método canguro está recomendada para todos los niños estables mayores de 28 semanas o con peso al nacer superior a 600 g.
- Disponer de un protocolo escrito sobre el cuidado madre canguro, incluyendo criterios de peso al nacer y edad gestacional, condiciones clínicas del neonato que desaconsejan su aplicación, información a los padres sobre las pautas y normas concretas de la unidad relacionadas con el cuidado madre canguro y sistemática que garantice la transferencia segura del neonato a brazos de sus padres.
- Control de la posición del neonato, en flexión, con apoyos de las extremidades adecuados, facilitando el encuentro con la línea media.
- Establecer mecanismos de control y atenuación de los estímulos externos, tales como la luz y el ruido.
- Establecer mecanismos para disminuir el estrés y las reacciones fisiológicas del neonato ante los procedimientos dolorosos, tales como la analgesia no farmacológica (sacarosa), el amamantamiento, los cuidados madre canguro y la contención del neonato.

Los neonatos enfermos deben recibir leche materna, salvo indicación médica o cuando los padres no den su conformidad. En caso de no disponer de leche materna, se recomienda utilizar leche humana donada con garantías de seguridad.

Se recomienda el desarrollo de estrategias para la transición de lactancia planificada a lactancia a demanda, cuando la lactancia materna no se haya podido instaurar desde el inicio y con el objetivo de alcanzar la lactancia materna exclusiva.

La unidad debe disponer de protocolos de promoción de la lactancia materna, asegurando un asesoramiento adecuado en los tiempos oportunos. Se deben establecer protocolos de información a los padres sobre las diferentes opciones para la alimentación del neonato, teniendo en cuenta su situación clínica y enfatizando la importancia de la leche materna para la salud del pre término. Resaltar que, cuando los padres seleccionen un método distinto a la lactancia materna, se les debe dar soporte e información sobre las prácticas adecuadas.

Se debe establecer un protocolo escrito sobre el alta hospitalaria postnatal temprana, que incluya los criterios respecto a la madre y al neonato, la valoración de la madre para conocer si se siente capaz de cuidar a su recién nacido y a sí misma, y la realización de una visita.

Se recomienda, asimismo, elaborar una planificación de cuidados del neonato al alta por parte del personal de la Unidad, en colaboración con los padres y con Atención Primaria, incluyendo las acciones necesarias para la transición a la lactancia materna y el soporte a la misma.

Se debe establecer un programa de seguimiento para todos los niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso de nacimiento inferior a 1500g, y para aquellos neonatos de alto riesgo y/o con patologías, incluyendo, al menos, la valoración del crecimiento y la administración de suplementos (vitamina D, hierro), la evaluación del desarrollo motor, las evaluaciones oftalmológicas seriadas anuales o bianuales, el seguimiento de la adquisición del lenguaje y valoración audiológica hacia los dos años de edad corregida y la valoración del entorno familiar y social.

Se considera muy importante realizar una visita del neonato en el centro de atención primaria de referencia en las 48-72 horas después del alta hospitalaria, si no se ha realizado la visita domiciliaria, y en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida.

Siempre que sea posible, las UCIN deben localizarse dentro del Área Materno Infantil del Hospital y en proximidad física con el Centro Obstétrico y la Unidad de Maternidad Hospitalaria, con las que debe compartir el mismo nivel de planta de manera que el traslado urgente de pacientes, en caso necesario, se realice con rapidez e independiente de medios mecánicos.

Las UCIN deben contar con un equipo multidisciplinar formado por:

- Médicos especialistas en pediatría, con formación y experiencia específica en neonatología.
- Enfermeros/as especialistas en enfermería pediátrica, con formación y experiencia específica en neonatología.
- Auxiliares de enfermería, con formación y experiencia en la atención neonatal.
- Auxiliares administrativos.

La unidad debe establecer y medir un conjunto de indicadores que permitan describir las características de la actividad que se realiza en ella, hacer el seguimiento de políticas o programas implantados en la misma y evaluar los resultados de la atención sanitaria.

CAPITULO II

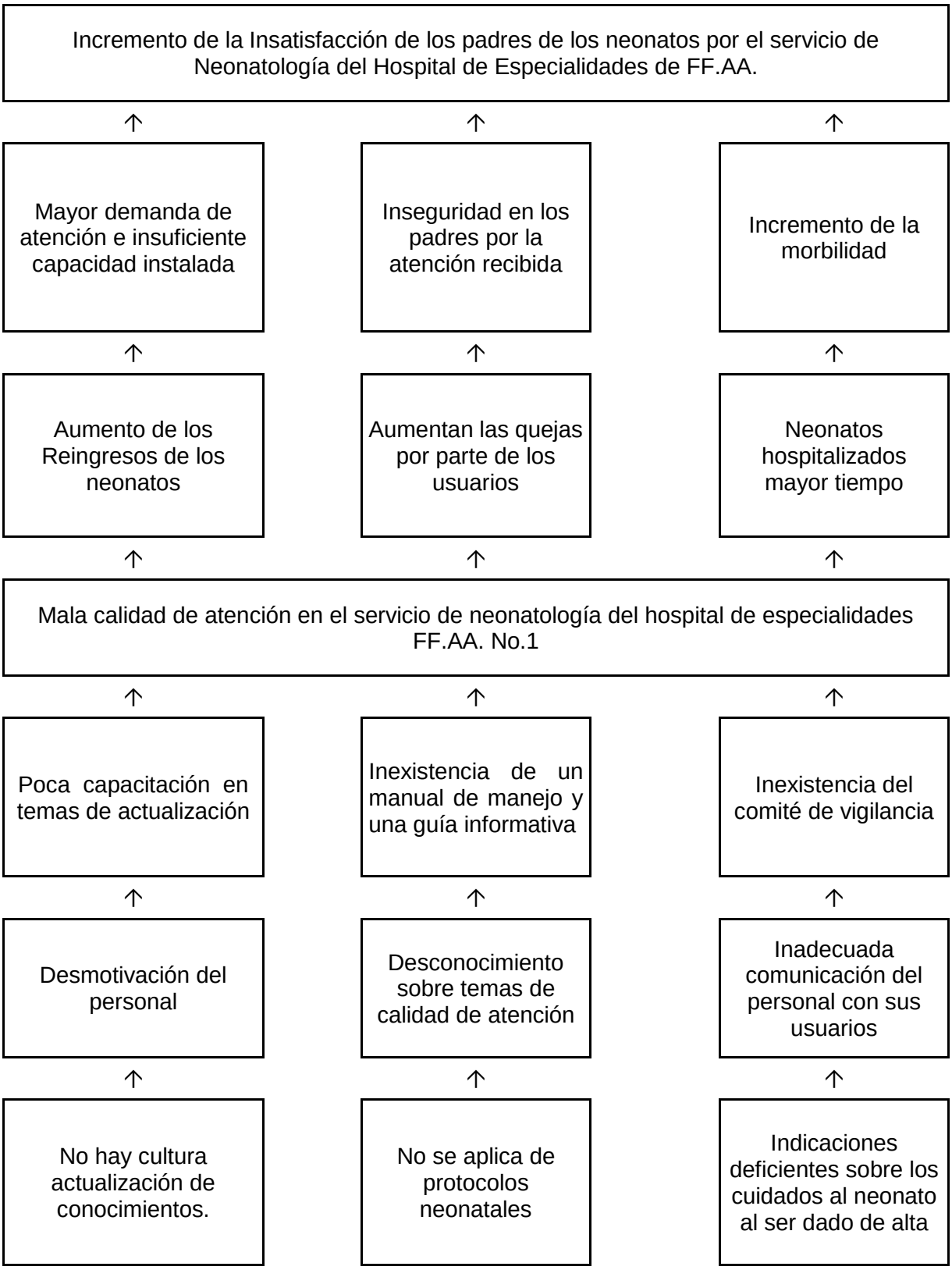
DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Matriz de Involucrados.

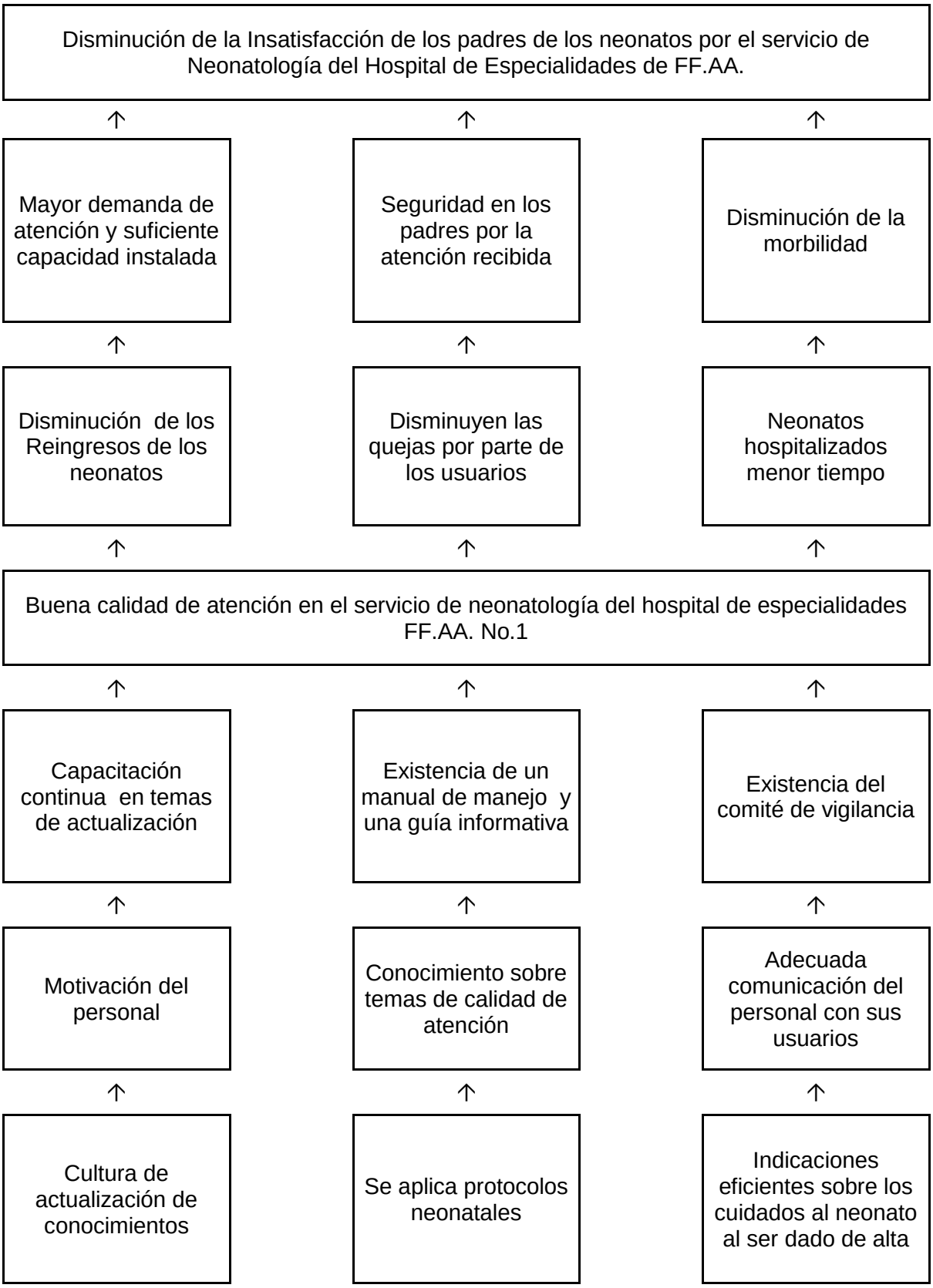
GRUPOS y/o INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	Liderar por la calidad de servicio brindado	Recursos humanos **Plan Nacional del Buen Vivir: Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población** Hace referencia a mejorar la calidad de vida de la población principalmente los derechos de salud, siendo una de las políticas garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.	Escasez de recurso humano para las actividades preestablecidos
MÉDICOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	Brindar atención oportuna y de calidad al paciente	Recursos Humanos **Plan Nacional del Buen Vivir: Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población** Hace referencia a mejorar la calidad de vida de la población principalmente los derechos de salud, siendo una de las políticas garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.	Falta de recursos humanos y de actualización de conocimientos

PERSONAL DE ENFERMERÍA	Participación activa en el desarrollo de una atención de calidad.	Recursos humanos Recursos financieros **LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS Y LOS ENFERMEROS DEL ECUADOR, LEY No. 57, CAPITULO 3ro DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ART. 13** Hace referencia a que las obligaciones de las enfermeras deben brindar cuidado directo a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad como lo debe ser con los neonatos.	Deficiente capacitación. Exceso de trabajo. Déficit de personal
USUARIOS / MADRES DE NEONATOS ATENDIDOS	Recibir atención de calidad en sus hijos	Recursos humanos La ley de derechos y amparo del paciente Ley No. 77. RO/ Sup 626 de 3 de Febrero de 1995 Hace referencia a los Derechos para los pacientes en donde la información que se dé debe ser con términos que pueda entender el paciente sobre el diagnóstico, el tratamiento y sus riesgos.	Poco conocimiento sobre el manejo
MAESTRANTE	Aportar con conocimientos adquiridos durante el estudio de la Maestría en Gerencia en Salud	Recursos humanos Recursos materiales Recursos económicos	Falta de interés y colaboración de los usuarios internos.

2.2 Árbol de Problemas.



2.3 Árbol de Objetivos.



2.4 Matriz de Marco Lógico.

	OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Contribuir a disminuir la insatisfacción de los padres de los neonatos hospitalizados en el Servicio de Neonatología de HE-1			
PROPÓSITO	Mejorar la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades Médicas FF.AA No. 1, año 2015	Calidad de atención mejorada en un 70% hasta Febrero del 2015	Resultados de Evaluaciones periódicas Encuestas de satisfacción	Personal participando en mejora de la calidad
RESULTADOS ESPERADOS	1. Personal del servicio del área de neonatología actualizado en conocimientos sobre calidad de atención y manejo de niño prematuro	80% de personal de salud del servicio de neonatología del HE-1 capacitado hasta Febrero del 2015	Lista de personas capacitadas Memorias de los talleres	Personal de salud participando en capacitación
	2. Manual de atención para el personal y guía para padres elaborado y difundido.	100% del Manual de atención al usuario elaborado hasta Febrero del 2015	Manual de atención impreso y en digital Acta de reuniones de difusión Taller de difusión	Personal motivado elaborando manual de atención al usuario
	3. Comité de vigilancia conformado para la aplicación y estandarización de protocolos en el servicio de neonatología y comunicación	100% del comité conformado hasta Febrero del 2015	Actas sobre las reuniones realizadas Plan de trabajo Acta conformación	Participación activa del personal médico y de enfermería
Actividades		**Responsables**	**Cronograma**	**Recursos**
A1. Actualización de conocimientos al personal que ingresa al servicio de neonatología.				
1.1	Diseño y planificación del taller de capacitación sobre los servicios de calidad en salud.	Maestrante y jefe del servicio de Neonatología	21 de Febrero del 2015	$ 5
1.2	Realización del Taller de capacitación al personal de salud del servicio de neonatología	Maestrante	26 de Febrero y 18 de Mayo del 2015	$ 10

1.3	Talleres prácticos sobre cuidados del recién nacido prematuro y a término. "LO QUE UN NEONATO PREMATURO, CRÍTICO Y A TERMINO NECESITA DESPUES DE SU NACIMEINTO"	Maestrante y jefa de enfermería	10 de mayo del 2015	$ 10
1.4	Elaboración de normas de inducción para el personal nuevo	Maestrante y jefa de enfermeras	18 de Mayo el 2015	$ 5
A2. Elaboración del manual de atención para el personal y la guía para padres				
2.1	Reunión con el personal de salud para consensuar contenidos	Maestrante y médicos del servicio	10 de Mayo del 2015	$ 5
2.2	Reunión con los padres de los neonatos para la obtención de información	Maestrante y médicos del servicio	18 de Mayo el 2015	$ 5
2.3	Elaboración de manual de atención de calidad al neonato y la guía para los padres	Maestrante Médicos de los Servicios.	10 de Mayo del 2015	$ 5
2.4	Presentación y validación del manual y la guía propuestos	Maestrante	13 -14-15 de Mayo del 2015	$ 5
2.5	Aprobación del manual para el personal de salud y guía para padres	Jefe de servicio Médicos Enfermeras	18 de mayo el 2015	
2.6	Socialización del manual elaborado para el personal del servicio	Maestrante	18 de mayo de 2015	$ 35
2.7	Socialización de la guía para padres de los neonatos	Maestrante	18 de mayo de 2015	$ 35
A3. Conformación del Comité de vigilancia de procedimientos para la aplicación y estandarización de protocolos en el servicio de neonatología				
3.1	Sociabilización del proyecto al personal del Servicio de Neonatología y determinación del número de personal a participar	Maestrante	21de Febrero del 2015	$ 5
3.2	Conformación del comité	Maestrante Jefe del servicio Lcda. Líder el servicio	6 de Julio del 2015	

3.3	Planificación de responsabilidades y actividades	Jefes del servicio personal integrante Maestrante	31 de Julio del 2015	$ 40
3.4	Realización de un folleto con información detallada de lo que se requiere para el ingreso del neonato y cuando es dado de alta que prestará ayuda a padres	Jefe del servicio Lcda. Líder y Maestrante	29 de Julio del 2015	$ 10

CAPITULO III

RESULTADOS

Para dar inicio al desarrollo de las actividades de la tesis el día 21 de Febrero del 2015, solicito autorización al Dr. Nelson Sigüencia jefe del servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades FF.AA No.1 (Apéndice 1).

3.1 RESULTADO 1.

Actualización de conocimientos al personal que ingresa al servicio de neonatología.

3.1.1Diseño y planificación del taller de capacitación sobre los servicios de calidad en salud.

Las actividades propuestas se inician con la socialización del proyecto de tesis al jefe de servicio y la Lcda. Líder, quienes dieron apertura y apoyo en el desarrollo del mismo, para lo cual el 21 de Febrero del 2015 se realizó una reunión en el que se expuso la propuesta del proyecto que permitió desarrollar todas y cada una de las actividades programadas como consta en el acta 1 que corresponde al (Apéndice 2), como resultado de esta primera actividad se diseñó y planifico el plan de capacitación necesario para el personal que consta en el Apéndice.

3.1.2 Realización del Taller de capacitación al personal de salud del servicio de Neonatología.

La realización del taller se desarrolla en base a la bibliografía e información redactada en la tesis sobre atención de calidad en salud con enfoques al neonato y los padres de acuerdo al Plan de capacitación ya establecido con el personal, el taller se realizó por 2 ocasiones sugerido por el Jefe del servicio los días 26 de Febrero y 18 de mayo del 2015 ya que por ser una unidad de cuidados especializados a paciente en estado crítico, no puede quedar desatendida. Apéndice 3

MEMORIA TECNICA N° 1

TALLER DE ACTUALIZACIÓN:
SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD

GRUPO META: PERSONAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL FF.AA. HE-1

EVENTO: TALLER DE ACTUALIZACIÓN

FECHA: Jueves 26 de Febrero del 2015
Lunes 18 de Mayo del 2015

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 11 personas

LUGAR: Sala de reuniones de Ginecología.

TEMA

TEMA	FECHA
Calidad de atención en salud Calidad de asistencia en Neonatología Papel de la enfermera en Neonatología Familiares Riesgos éticos en torno a la atención del neonato	26 de Febrero del 2015
	18 de Mayo del 2015

HORAS: 3 Horas

EXPOSITORES: Dra. Mayra Jaramillo (Maestrante)

FACILITADOR RESPONSABLE: Dra. Mayra Jaramillo

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar al personal de salud de la unidad el intercambio de experiencias, apoyo mutuo, planificación y aprendizaje sobre servicios de calidad en salud con enfoque al neonato y sus padres.

METODOLOGIA Y MATERIALES EMPLEADOS:

En este taller de actualización se contó con el personal del servicio de Neonatología que fue convocado, los cuales se mostraron muy interesados y comprometidos en brindar una mejorar calidad de atención a los neonatos.

La metodología utilizada fue la exposición participativa con apoyo de presentación power point además se distribuyó material (carpetas, hojas de papel bond tamaño A4, lápices de colores) que sirvió para realizar un trabajo de lluvia de ideas para conocer la opinión del personal presente.

Posterior a la exposición y con la partición activa del personal se determinó las falencias existentes según lo expuesto por los asistentes y se concluyó que es debido al desconocimiento sobre temas de calidad de atención en salud, especialmente en la unidad especializadas como es de neonatología que no es percibida por sus padres.

AGENDA DEL TALLER

09h00	Presentación y bienvenida
09h15	Exposición de los temas
10h45	Preguntas y discusión de los temas
11h15	Compromisos
12h00	Coffe breack

COMPROMISOS:

- El jefe del servicio y la Lcda. líder deben dar apoyo continuo al personal del servicio.
- El personal del servicio deberá comunicar oportunamente las actividades a realizar y los problemas que pueden generarse, además dar soporte al personal nuevo.
- Todo el personal de salud del servicio debe mejorar la interrelación con los padres y familiares del neonato.
- Dar información inmediata del estado del neonata a los padres
- Mantener informados a los familiares sobre el estado del neonato y el o los procedimientos a realizarse para su cuidado, dicha información debe ser emitida por el Jefe del servicio.
- El personal de la unidad logrará la satisfacción en los usuarios (padres y familiares), además de difundir y compartir con el servicio de ginecología la calidad de atención.

3.1.3 Talleres prácticos sobre cuidados de recién nacido prematuro y a término. "LO QUE UN NEONATO PREMATURO, CRÍTICO Y A TERMINO NECESITA DESPUES DE SU NACIMEINTO".

Una vez diseñado el taller práctico sobre cuidados del recién nacido prematuro y a término que consta en la apéndice 3 se procede al desarrollo y ejecución del mismo el día 10 de Mayo el 2015 bajo la autorización del Dr., Nelson Sigüencia jefe de servicio de Neonatología y supervisado por la Lcda. Líder Marcela Ayala. Durante la ejecución de esta actividad se recalca que las unidades de neonatología brindan atención a neonatos en estado crítico, es por ello que el cuidado del neonato debe ser constante y continuo, además se recalcan puntos importantes en el que se involucra la responsabilidad del personal, quienes no deben dejar la unidad sola, además que el cuidado debe ser individualizado. (Apéndice 4).

MEMORIA TECNICA N° 2

TALLER PRÁCTICO:

TALLER PRÁCTICO SOBRE CUIDADOS DE RECIÉN NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO.

GRUPO META: PERSONAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL FF.AA. HE-1

EVENTO: TALLER PRÁCTICO

FECHA: Domingo 10 de Mayo del 2015

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 11 personas

LUGAR: Unidad de Neonatología

TEMAS:

TEMA	FECHA

NEONATO PREMATURO Y CRÍTICO
• Signos y síntomas de distrés respiratorio
• Monitorización constante de gases sanguíneos
• Función respiratoria óptima
• Oxigenoterapia
NEONATO A TÉRMINO
• Antropometría
• Aplicación de vitamina k
• Baño al neonato
• Indicación a su madre para alimentación del neonato cuando es madre primeriza
• Indicaciones generales
  ○ Baño
  ○ Limpieza nasal
  ○ Limpieza del ombligo
  ○ Cambio de pañal
	10 de Mayo del 2015

HORAS: 4 Horas

EXPOSITORES: Lcda. Líder Marcela Ayala, Lcda. Nancy Cola, Lcda. Marianita Oñate y Aux. Inés Chapaca

FACILITADOR RESPONSABLE: Dra. Mayra Jaramillo (Maestrante)

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar las técnicas de cuidado a los neonatos al personal nuevo y antiguo de la unidad.

METODOLOGIA Y MATERIALES EMPLEADOS:

El día 10 de Mayo del 2015 se dio inicio formal del taller, con la presencia del jefe del servicio Dr. Nelson Sigüencia y Lcda. Líder Marcela Ayala además del personal que conforma la unidad.

Se pidió a los participantes organizarse en dos grupos para colaborar con el desarrollo del taller. A continuación se solicitó a los participantes identificarse con cartulinas a colores pequeñas que coloquen sus nombres, y coloquen que aptitudes tienen cada uno frente a las técnicas de cuidado al neonato. Posterior a este proceso cada participante realizó la práctica consiguiendo determinar cuál era la falencia en la aplicación de las técnicas del cuidado al neonato.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y bienvenida
09h15	Exposición de los temas
10h30	Taller práctico
11h30	Preguntas
12h15	Compromisos
13h00	Coffe breack

COMPROMISOS

- Enseñar al personal nuevo lo aprendido en el taller y continuar difundiéndolo continuamente para una mejora atención.
- Los médicos, internos rotativos, enfermeras y auxiliares trabajaran en equipo y brindaran apoyo al personal que lo requiere.
- Proveer en lo posible medidas de seguridad, higiene y control del personal y de los padres de los neonatos.
- Mantener las normas de asepsia y antisepsia en la unidad, siendo esto el compromiso primordial para el cuidado adecuado del neonato.

- Disponer del equipo interdisciplinario completo antes de realizar los procedimientos y cuidados al neonato.
- Brindar apoyo continuo a las madres primerizas para que se dé una adecuada lactancia materna.

3.1.4 Elaboración de normas de inducción para el personal nuevo.

El 10 de Mayo el 2015 se recopilan datos por parte del personal así como se revisan las fuentes bibliográficas pudiendo redactar las normas para inducción del personal nuevo que rota al servicio. Posterior a esto se entrega una copia al personal del servicio quienes emitieron varias sugerencias siendo añadidas y finalmente se culmina con la norma. (Apéndice 5).

Se adjunta temario

1. INTRODUCCION

2. OBJETIVO

3. CONTENIDO:

I. BIENVENIDA
II. PRESENTACION
III. INDUCCIÓN

a) Los jefes de Servicio tanto médico con licenciada darán la bienvenida al personal nuevo y presentaran al equipo de trabajo de la unidad.
b) Cada profesional nuevo será guiado de acuerdo a su área de trabajo, siendo estos clasificados en:
    a. Residentes
    b. Internos Rotativos de Medicina
    c. Enfermeras
    d. Internos Rotativos de Enfermería
    e. Auxiliar de enfermería
c) Cada profesional deberá lavarse las manos para la manipulación de los neonatos, al preparar la medicación o al realizar algún procedimiento.
d) El profesional deberá estar preparado con medidas de protección y seguridad en cualquier eventualidad (gafas, mascarilla, mandil, guantes) siento tanto para él como para el paciente.
e) Dependiendo del nuevo profesional se informará del horario de trabajo, vacaciones y feriados:

I. Médico Tratante
II. Médico residente
III. Internos rotativos de medicina
IV. Enfermeras, internas y auxiliares de enfermería
V. PROTECCION PERSONAL
a) PROTECTORES DE OJOS
b) PROTECCION DE PIES
c) PROTECCION DE LAS MANOS
d) PROTECCION PARA EL CUERPO Y LA CARA

5. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)
6. UBICACIÓN Y RELACION CON OTROS SERVICIOS

- AREAS DE SERVICIO

a. Sala de Espera
b. Oficina de Médicos
c. Oficina del Jefe de Servicio
d. Área de Cuidados Críticos
e. Estación de Enfermeras
f. Área de Equipo, Instrumentos y Medicamentos
g. Utilería sucia
h. Cuarto de Aseo

6. RIESGOS ESPECIFICOS

3.1.5 Análisis del Indicador 1.

Se puede evaluar que se alcanzó el indicador planteado, ya que no todo el personal asistió a la capacitación, a pesar de los turnos que tienen y a las otras actividades ya preestablecidas, fruto de estas reuniones se elaboró el manual de inducción para el personal nuevo que ingresa al servicio.

3.2 .RESULTADO 2

Manual de atención para el personal y guía para padres

3.2.1 Reunión con el personal de salud para consensuar contenidos.

Esta actividad se realizó previa convocatoria al personal en la sala de reuniones de Ginecología el 10 de Mayo del 2015 con el personal del servicio, para lo cual se envió

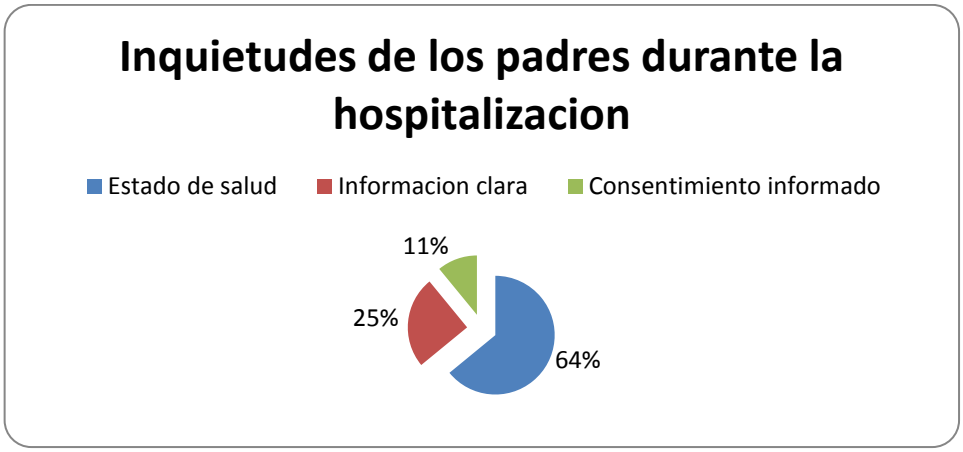
previamente un comunicado indicándoles el motivo de la reunión, solicitándoles llevar bibliografía de acuerdo a su experiencia. (Apéndice 6)

Estuvieron presentes el Dr. Nelson Sigüencia Jefe del servicio, la Lcda. Marcela Ayala líder de enfermeras del servicio, la Dra. Mónica Álvarez, la Dra. Lupita Nicolalde médicos tratantes de pediatría y el Dr. Patricio Leoro médico tratante de neonatología, entonces se procedió a exponer el manual de atención al usuario (neonatos y padres) que se diseñó previamente con la información disponible de las unidades de cuidados intensivos neonatales, así como del componente Neonatal del MSP del Ecuador y AIEPI Neonatal para consolidar la información básica, posterior a esto se analiza y se emiten modificaciones. Acta 2 Apéndice 7

3.2.2 Reunión con los padres de los neonatos para la obtención de información. Para cumplir con esta actividad se realizó una reunión con los padres de los neonatos que en ese momento se encontraban hospitalizados y el personal de enfermería el día 18 de mayo de 2015, para levantar un diagnóstico de las necesidades de conocimiento sobre el manejo del recién nacido para poder elaborar la guía. Los padres supieron expresar sus necesidades, comentarios y sugerencias de lo que ellos desean saber cuándo su bebe se encuentre hospitalizado y como cuidarlo cuando son dados de alta. (Acta 3 Apéndice 8)

Esta información se obtuvo realizando una entrevista a 7 padres de los neonatos en ese momento hospitalizados por prematurez, ictericia e intolerancia oral, en donde las inquietudes más frecuentas de lo que quieren saber de sus hijos luego del nacimiento y durante su hospitalización son: a) su estado de salud 64%, b) que la información emitida sea con un lenguaje claro y explícito 23% y c) que todo procedimiento sea comunicado y se lo realice previo consentimiento informado 11% Fig. 7

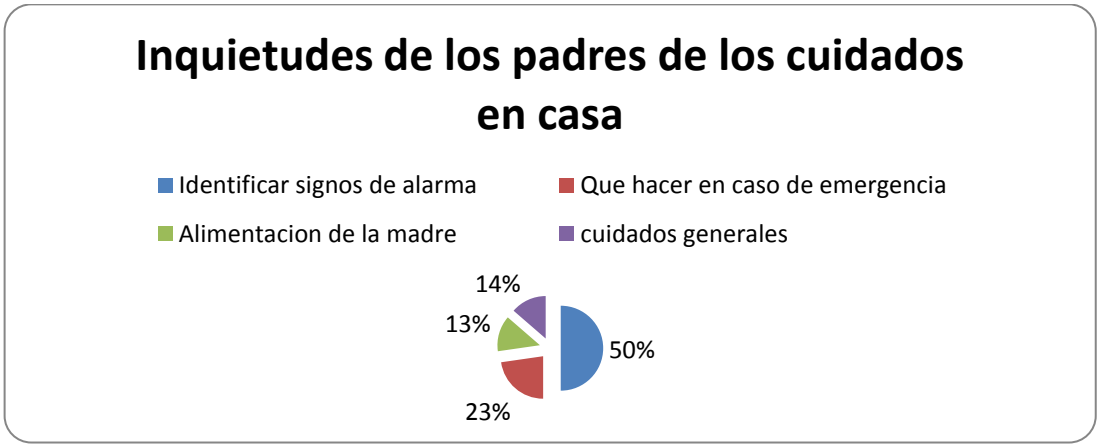
Figura 7. Inquietudes principales de los padres durante la hospitalización del neonato



Elaborado por: La Maestrante
Fuente: Entrevista realizada a los padres de los neonatos hospitalizados

Las inquietudes en cuanto a lo que deben saber cuándo ya son dados de alta son: a) que hacer en casos de emergencia 23%, b) saber identificar signos de alarma 50%, c) que tipo de comida debe comer la madre13% y d) como debe ser el cuidado en general 14% Fig. 8.

Figura 8. Inquietudes de los padres sobre los cuidados en casa



Elaborado por: La Maestrante
Fuente: Entrevista realizada a los padres de los neonatos hospitalizados

3.2.3 Elaboración de manual de atención de calidad al neonato y la guía para los padres.

Días posteriores a las reuniones con el personal y con los padres de los neonatos se procedió a realizar las modificaciones y concluir con la elaboración del manual de atención al usuario y la guía de manejo para padres para que puedan ser aplicables en el servicio y guiadas por el comité de vigilancia.

3.2.4 Presentación y validación del manual y la guía propuesta y Aprobación del manual para el personal de salud y guía para padres.

Una vez elaborados estos instructivos de manejo se entrega una copia al jefe del servicio y la Lcda. Líder para que se valide lo trabajado sobre el manual y la guía, previa al proceso de socialización de los mismos; se incorporó sugerencias y correcciones respectivas y se planificó la aplicación. (Apéndice 9)

3.2.6 Socialización del manual elaborado para el personal del servicio y Socialización de la guía para padres de los neonatos.

La elaboración del manual para el personal se decide realizarlo porque en cada nacimiento se observa la inocencia, la ternura y la fragilidad de los recién nacidos llamados neonatos, que incentivan al personal a brindar cuidado, protección y seguridad, pero al mismo tiempo produce temor y preocupación ya que muchos de ellos no tiene el suficiente conocimiento para su manejo. Por otro lado el desconocimiento de los padres sobre el cuidado que debe tener en casa con su hijo prematuro, el poco apego durante su estancia hospitalaria, el temor a lastimarlo por su inmadurez y la dificultad para continuar administrando cierto tipos de medicinas me lleva a elaborar la guía para padres ya que en la unidad no se cuenta con una.

A continuación se pone en conocimiento la temática de los contenidos que tiene el manual y la guía para padres socializados: (Apéndices 10-11)

MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO (NEONATOS Y PADRES)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. DEFINICIONES

2.1. ATENCIÓN DE CALIDAD
2.2. ATENCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
2.3. DIMENSIONES DE CALIDAD
2.4. PERIODO NEONATAL

3. ATENCIÓN CON ENFOQUE AL NEONATO

3.1. PRIMAERA ATENCION
3.2. SEGUNDA ATENCIÓN
3.3. TERCERA ATENCIÓN
3.4. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y DERIVACIÓN
3.5. ATENCION DEL NEONATO EN EL PUERPERIO
3.6. EVALUACIÓN PEDIATRICA PREVIA AL ALTA

4. ENFOQUE HACIA LOS PADRES

4.1. Paso 1 ESTADO DEL BEBE
4.2. Paso 2 LO QUE RODEA A SU BEBE
4.3. Paso 3 POSIBLES PATOLOGÍAS QUE PUEDE PRESENTAR SU BEBE

5. FLUJOGRMA

6. ANEXOS

7. BIBLIOGRAFIA

Hospital de Especialidades HE-1

GUIA PARA PADRES CON LA LLEGADA A CASA DE UN HIJO PREMATURO O QUE TUVO UNA PATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

1) EN EL MOMENTO DEL ALTA

2) PASOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES CON EL BEBE

- **a) COMO TOMAR LA TEMPERATURA DE SU BEBÉ**
  - i) Para tomar la temperatura axilar
  - ii) Para tomar la temperatura rectal
- **b) COMO ALIMENTAR A SU BEBÉ**
  - i) Horario de Alimentación
  - ii) Como dar de lactar
  - iii) Cuidado de sus pezones
  - iv) Por Cuanto Tiempo dar de lactar
  - v) Extracción Manual de Leche
  - vi) La Dieta de Mama mientras da de lactar
  - vii) Alimentación con biberón
    - (1) Tipo de Formula
    - (2) La Preparación de la Formula.
    - (3) Al dar la Formula
    - (4) Consideraciones Especiales
- **c) SACAR LOS GASES**
- **d) HIPO**
- **e) REGURGITACION**
- **f) DEPOSICIONES DE LOS NEONATOS**
  - i) Un bebé alimentado con leche materna
  - ii) Un bebé alimentado con Biberón
- **g) BAÑO**
  - i) Comentarios Especiales sobre el Baño
  - ii) Solo para niños
- **h) PAÑALES**

3) CUANDO LLAMAR AL DOCTOR

Hospital de Especialidades HE-1

3.2.7 Análisis del Indicador II.

Después de haber realizado todas las actividades previstas, y ser validado por las autoridades el manual y la guía para padres, es importante comentar que se ha cumplido con un 100% del indicador propuesto y que se ha entregado en físico el manual para el manejo en la atención a neonatos, así como la guía para padres para el manejo en casa.

3.3 RESULTADO 3

Comité de vigilancia de procedimientos conformado para la aplicación y estandarización de protocolos en el servicio de neonatología.

3.*3.1 Sociabilización del proyecto al personal del Servicio de Neonatología y determinación del número de personal a participar y Conformación del comité.*

El 6 de Julio del 2015 bajo la supervisión del Dr. Nelson Sigüencia y la Lcda. Marcela Ayala se socializó el objetivo de este resultado y se invitó a todo el personal en ese momento presente a participar en la formación del comité de vigilancia que serán los calificados de dar cumplimiento a las normas y manuales desarrollados, con el fin de estandarizar la atención y mejorar la satisfacción de los padres y familiares de los neonatos. Además el comité será el encargado de buscar la solución a los problemas que en un momento dado se presenten así como también brindar apoyo al personal e insistir en el trabajo en equipo, dicho esto y presentados los manuales y guías a utilizarse el comité queda conformado por 4 integrantes: el jefe del servicio, una licenciada, un médico residente y un médico tratante. El representante directo fue el Dr. Nelson Sigüencia Jefe de Neonatología que junto al apoyo de la Lcda. Marcela Ayala que estará a cargo del personal de enfermería y auxiliar de enfermería, permanecerán en constante contacto con el equipo de trabajo de la unidad. (Acta 4 Apéndice 12)

3.3.3 Planificación de responsabilidades y actividades.

El 31 de Julio del 2015 se invita al comité de vigilancia a la reunión que se realiza en la sala de Neonatología para la redacción de las responsabilidades de cada uno de los miembros del comité, que constan en las normas de funcionamiento del comité, el mismo ha sido difundido y que se anexa en el Apéndice 13

3.3.4 Realización de un folleto con información detallada de lo que se requiere para el ingreso del neonato y cuando es dado de alta que prestará ayuda a padres.

Esta actividad se realiza el 29 de Julio del 2015 en supervisión de la Lcda. Líder Marcela Ayala y la jefe de residentes Verónica Contento quienes supieron brindar su apoyo y consejos para la elaboración del folleto informativo, ya que ellas y su personal a cargo están es contacto directo con los padres y familiares de los neonatos que ingresan a la unidad tanto para cuidado crítico, intermedio y mínimo, conociendo además lo necesario para su estancia en la unidad. Posterior a esto se ordena la información recopilada y se redacta el folleto informativo que consta en el Apéndice 14 siendo revisado y aprobado por el Jefe del servicio.

3.3.5 Análisis del indicador III.

Se ha cumplido con un 100% el indicador propuesto ya que se ha conformado el comité con sus miembros y ellos ya saben que funciones deben desarrollar y se ha socializado el folleto de funcionamiento, quienes permitirán continuar con el proceso de mejora de la

Análisis del Indicador

Fin

Se ha logrado disminuir de forma parcial la ansiedad e insatisfacción de los padres de los neonatos que están internados en el servicio de de neonatología del Hospital de Especialidades HE-1, la implementación y el manejo de la guía y el manual para padres se podrá ver sus efectos el momento que disminuyan las quejas.

Propósito

Con este proyecto se ha logrado mejorar la calidad de atención al neonato y capacitar a los padres y personal del servicio, alcanzado el indicador planteado, la misma que debe ir mejorando a través del tiempo, hasta alcanzar el 100% de satisfacción de los usuarios internos y externos. Por lo que el imparto de una atención mejorada se podrá evaluar en el tiempo mientras persista los cambios y se mantenga una buena comunicación y monitoreo del trabajo que se realiza que va en relación directa al bienestar y cuidado del neonato del hospital de las FF.AA. HE1 Quito.

CONCLUSIONES

1. En toda unidad de salud, sea de cualquier nivel, el grado de satisfacción al usuario interno y externo, es parte importante de la atención, la necesidad de mejoramiento de los conocimientos del personal lo que contribuye a una mejor atención a los neonatos, por ende mejora la imagen del servicio de neonatología para ello es importante las capacitaciones continuas, de actualización de conocimientos y de atención de calidad así como el trato adecuado lo que permitirá mejorar el ambiente laboral.
2. El manual de atención para el personal permite un mayor grado de continuidad en la atención de los neonatos, así como de cumplir con las normativas establecidas mejorando el desempeño laboral y disminuyendo los tiempos muertos; por otro lado las guías informativas ayudan al personal del servicio a entablar una mejor relación con los padres y familiares creando una comunicación en dos sentidos y disminuyendo el grado de ansiedad por el desconocimiento en el manejo de recién nacido prematuro.
3. El comité de vigilancia conformado en la unidad servirá para incentivar el uso de protocolos y el cumplimiento de la normativa vigente, así como el monitoreo constante sobre la percepción del usuario frente a la atención recibida.
4. Mejorar la calidad de atención a los neonatos y disminuir la ansiedad en los padres, creará un ambiente adecuado y un impacto social en la población que atiende cumpliendo con el fin de este proyecto.
5. Con el presente proyecto se ha podido actualizar los conocimientos del personal, mejorar la atención que reciben los neonatos y que los padres se sienten involucrados en el manejo dentro y fuera de la institución disminuyendo su insatisfacción por desconocimiento cumpliendo con el propósito del proyecto.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que el hospital HE1 y el servicio de neonatología mejore la comunicación y la capacitación al personal que son pilares importantes en un área hospitalaria y se debe motivar al personal del servicio, para de esa manera mejorar la atención al neonato.
2. Actualizar permanente el manual y la guía de atención que permita mantener un trabajo estandarizado y que pueda servir de apoyo al personal nuevo y que aporte en un mayor grado de complejidad de la atención de los neonatos.
3. Que se fortalezca al comité de vigilancia conformado para que el personal pueda emitir todas sus necesidades, preocupaciones y sobre todo entablar criterios para brindar un adecuado trato al usuario.
4. Es necesario que el personal de la unidad debe conocer la opinión y el grado de satisfacción de los padres y familiares de los neonatos respecto a los diferentes factores o elementos que intervienen en la prestación de los servicios. Además deberán determinar los puntos fuertes y puntos débiles que tenga la unidad.
5. Continuar con el proyecto de actualización para reforzar la calidad de atención de los neonatos y que los padres como parte del proceso de recuperación se involucren más en las actividades a desarrollarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown, L.D. (2003) Garantía de calidad de la atención e salud en los países en desarrollo.
2. Busso, D. N. (2008). Calidad de la atención médica. *Fascículo No. 1 Nuevas formas de organizacion y financiación de la salud*.
3. Cabañas, D. R. (1994). Evaluacion de la atencion de la salud.
4. Castillo, G. (2011). Grado e satisfaccion del usuario externo .
5. Chacón, F. (2004). Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimiento de la secrectaria e salud Mexico .
6. Constitución de la Repúplica el Ecuador, Asamblea Constituyente . (s.f.). *Sección segunda: salud Art. 363*.
7. Donabedian, A (1984). La calidad de la atencion médica, Ediciones científicas, cap1, pp 7.
8. Escalona, D. Á. (2009). Satisfaccion percibidas por pacientes atendidos en el servicio dde uregencias. *Gestion sanitaria*.
9. Espinoza, L. A. (2009). Comunicacion Efectiva para el logro de una Visión Compartida.
10. Fescina, RH. (2010). Sistema Informativo Perinatal OPS.
11. García, E. (2010). Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios .
12. Hovland, I. (2005). Comunicación Efectiva. *Herramientas para investigadores y organizaciones de la sociead civil*.
13. Humet, C. (2001), Calida Asistencial, Organo de la sociedad española de calidad asistencial.
14. Izquiero, D .W. (2008). Componente normativo neonatal CONASA.
15. La calidad de la salud Art. 32. (2008). *Analisis del contexto constitucional del Titulo II sobre derechos del buen vivir*.
16. Lozano, D. G. (2007). Guia del cuidado del recien nacido.
17. Llovera , A. (2007). Plan de calidad para la atencion y servicio al usuario de la unida de patología cervical el Hospital Universitario de Coro.
18. Mauricio Losada Otálora, a. R. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Scielo*.
19. Norma Internacional ISO 9001, (2008) pp 14.
20. Patricia Mena, M. M. (2005). Guias nacionales de neonatología.
21. Perez, (2008). La evaluación de la satisfaccion en la salud: un reto a la calidad
22. Perez, E. (2007). Protocolo de canalización de cateter epicutáneo en neonatos.
23. Rodriguez, C. C. (2007). Calidad de atención y satisfaccion del usuario con cita

previa en medicina familiar de Guadalajara . *Salud Publica* .

24. Rosa Suñol, á. N. (2008). la calidad de la atención . *Ponencies I Jornadas* .
25. Taylor, M. (2008). Manual para el cuidado el recien nacido y el infante
26. Urquiza, R. (2004). Conceptos e calidad en salud.
27. Vilma, V. (2013). Calia en la prestación de servicios de la salu: parámetros de medición.
28. Sagasta, C. M. (2007). Estandarización de procesos asistenciales. *Calidad en la Gestión Clínica*.
29. Viladrich, C. (2001). la comunicacion cara a cara en la direccion de personas .
30. Villanueva, J. (2003) Medición e la calidad percibida por los usuarios externos del C.S. San Francisco, Tesis.
31. Departamento de Estadística del HG1. (2012). Egresos Hospitalarios por Especialidad. Quito.
32. Hospital Militar-Quito. (12 de maro de 2013). hospital militar. Recuperado el 18 de julio de 2013, de hospital militar: http://www.hospitalmilitar.com/
33. INEC. (2010). Sistema Nacional de Información del Ecuador. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/home/
34. Instituto Nacional de Estadistica y Censos. (12 de MARZO de 2010). INEC. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de INEC: http://www.inec.gob.ec/inec/

APÉNDICES

Apéndice 1

Quito, 21 de Febrero del 2015

Sr. Dr. TCRNL

NELSON SIGUENCIA

JEFE DEL SERVICIO DE NNEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA NO. 1

Quito

De mi consideración:

Yo, Mayra Viviana Jaramillo Toapanta, con número de cédula N° 1719353839, estudiante del 4to semnestre del Centro universitario Quito de la Maestría en Genrencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Prticular de Loja, me dirijo a ud con la finalidad de solicitar de la manera más comedida se me permita el acceso a la información necesaria del servicio de Neonatología que usted acertadamnete dirige, con la finalidad de realizar el Proyecto de Fin de Titulación: Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades Médicas FF.AA No. 1.

Me comprometo a desarrollar la respectiva invetigación con profesionalismo, responsabilidad, y mantener en sigilo la información otorgada a mi permiso, ya que es exclusivamnete para temas académicos e investigativos. El trabajo final será entregado a su servicio y los resultados difundidos en la Base de Datos del Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador (SNIESE bajo lo estipulado en el artículo 144 d la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los beneficios de la investigación para su servicio serán:

- Padres totalmente satisfechos de la atencion prestada
- Información permanente sobre el trabajo que debe desempeñar cada miembro del personal del servicio.
- Persoanal del servicio motivado, en capacidad de resolver los problemas sucitados en cualquier momento, ademas de saber brindar confianza al usuario.

Agradezco de anemano por su valiosa ayuda y colaboración en este proceso de adquisiscoón de competencia previo a la obtención de mi titulo académico de la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local.

Atentamente,

MAYRA VIVIANA JARAMILLO TOAPANTA

CI N° 1719353839

Adj. Copia de cédula de Identidad

21 - Feb - 2015
Recibido 10:20 AM

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Dr. Nelson Siguencia R.
PEDIATRA - NEONATOLOGO
MSP Libro 1 Folio 12 No. 34

EL ECUADOR HA SIDO
ES Y SERÁ PAÍS AMAZÓNICO

COMANDO CONJUNTO DE LAS FF.AA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA No.1

AUTORIZACION

Quito, 21 de Febrero del 2015

A quien corresponda

El Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Nª1 ubicado en la ciudad de Quito no dispone del trabajo a implementarse, por lo cual autorizo el desarrollo de la misma, además de proporcionar la información requerida a la Dra. Mayra Viviana Jaramillo Toapanta para el desarrollo de las tesis con el tema: "Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Neonatología"

f

Dr. Nelson Siguencia Rojas
TCRN de SND
Jefe del Servicio de Neonatología del HE-1

Dr. Nelson Sigüencia R.
PEDIATRA - NEONATOLOGO
Cod. 1200164

Dirección : Queseras del Medio s/n y Gran Colombia
Teléfonos: 2568008-2568009 ext. 1390 servicio de Neonatología

Apéndice 2

Acta 1

Reunión con personal del servicio de neonatología para la presentación y socialización del Proyecto

Quito, 21 de Febrero del 2015

Sala de reuniones del décimo segundo piso

10:30 am

La reunión realizada el día sábado 21 de Febrero del 2015, a las 10:30 am en la Sala de reuniones del Décimo segundo piso con motivo de presentación y socialización del proyecto de tesis por mi ejecutado, contó con la presencia del Jefe de servicio de Neonatología Dr. Nelson Sigüencia, Lcda. Líder de enfermería Marcela Ayala, médicos: Dra. Gabriela Jaramillo y Carola Galán y enfermeras Lcda. Marianita Oñate y Anita Llumiguano ese día de turno.

La reunión duró 1 hora con 45 minutos, tiempo en el que se expuso brevemente el contenido del proyecto, además se solicita al personal se me pueda brindar de su ayuda para la ejecución de las actividades a realizarse en el servicio.

Tanto los jefes como el personal apoyaron la propuesta de mi proyecto decidiendo colaborar y brindar su ayuda. Se indica una segunda reunión siendo esta el día 06 de Julio del 2015 con todo el personal que labora en el servicio para la conformación del comité de vigilancia.

Se debe adjuntar el plan de capacitación, los temas de los talleres y las fotos de evidencia de la reunión

Mayra Jaramillo (maestrante) .....

Dr. Nelson Sigüencia (jefe de servicio) .....

Lcda. Marcela Ayala (líder de enfermeras) .....

Dra. Gabriela Jaramillo .....

Dra. Carola Galán .....

Lcda. Marianita Oñate .....

Lcda. Anita Llumiguano .....

PLAN DE CAPACITACION

ACTIVIDAD DE LA UCIN

La UCIN es un unidad de cuidados críticos, intermedios y mínimos de los recién nacidos.

JUSTIFICACION

El recurso más importante en cualquier organización lo forma el personal implicado en las actividades operativas, siendo de especial importancia en una organización que presta servicio, en la cual la conducta y rendimiento de cada persona influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que brinda.

El personal motivado y trabajando en equipo, son los pilares en el progreso de la organización, es por eso que se plantea el siguiente plan de capacitación

ALCANCE

Todo el personal de la UCIN

FINES DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

Impulsar la eficacia organizacional nos contribuye a:

- Elevar el nivel de rendimiento
- Mejorar los conocimientos
- Generar conductas positivas

OBJETIVOS:

General

- Preparar al personal para la ejecución de sus responsabilidades en el servicio.

Específicos:

- Proporcionar orientación e información de lo que se debe realizar en la unidad
- Promover conocimientos y promover habilidades
- Actualizar y ampliar los conocimiento

- Apoyar al desarrollo de la unidad.

TEMAS DE CAPACITACION:

- Atención de calidad
- Manejo del recién nacido prematuro, a término y en estado critico
- Enfermedades más frecuentes en los neonatos
- Lavado de manos

TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD

Calidad de atención en salud

Calidad de asistencia en Neonatología

- Elementos
- Entorno
- Confort
- Relación con los familiares
- Hospitalización

Papel de la enfermera en neonatología

- Asignación de personal a la unidad.
- Dotación de insumos
- Procedimientos (colocación de vía central, periférica)

Familiares

- Información
- Formación.
- Apoyo
- Confort
- Accesibilidad

Riesgos éticos en torno a la atención del neonato

- Autorización para el tratamiento.
- Problemas que suscita la omisión de tratamiento
- Aplicación del proceso de enfermería en el cuidado de los neonatos

TALLER PRÁCTICO SOBRE CUIDADOS DE RECIÉN NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO.

NEONATO PREMATURO Y CRÍTICO

- Signos y síntomas de distres respiratorio
- Monitorización constante de gases sanguíneos
- Función respiratoria óptima
- Oxigenoterapia

NEONATO A TÉRMINO

- Antropometría
- Aplicación de vitamina k
- Baño al neonato
- Indicación a su madre para alimentación del neonato cuando es madre primeriza
- Indicaciones generales
    - Baño
    - Limpieza nasal
    - Limpieza del ombligo
    - Cambio de pañal

FOTOGRAFIAS

REUNION CON LAS LICENCIADAS Y AUXILIARES DEL SERVICIO

Apéndice 3

Lista de participantes

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

LISTA DE ASISTENTES

26 Febrero 2015.

1. Lic. Geovanna Condor
2. Aux Maria Rondal
3. Maria E. Rosas
4. Yudith Chicongo
5. Carmen Cangui
6. Lic Marcela Ayala
7. Inés Chapaca
8. Ana Llumiguano
9. Lic Jeanneth Cevallos
10. Lic Nancy Cola
11. Blanca Acosta

LISTA DE PARTICIPANTES

FECHA 18 de Mayo del 2015.

NOMBRE	CI	FIRMA
Tayym Rosero	172226780-5	[illegible]
María Belén Mosquera	1716908551	[illegible]
Andrea Chellamu Conde	1104838501	[illegible]
Maura Eugenia Batallas P.	0401626599	[illegible]
Julio Javier Quintanilla B.	1104726623	[illegible]
Lupe Jimena Nicolal de Reinoso	1709059999 5	[illegible]
Verónica Contentos	1719963892	[illegible]

TALLER DE CAPACITACION AL PERSONAL DEL SERVICO

Apéndice 4

TALLER PRACTCO

PERSONAL AL CUIDADO DE LOS NEONATOS

PERSONAL APLICANDO MEDICACION Y MOTITORIZANDO

Apéndice 5

NORMAS PARA INDUCCIÓN DEL PERSONAL NUEVO QUE ROTA AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

En el momento en que haya cambio de personal, el servicio de Neonatología ejecutará ciertos parámetros para la llegada de los nuevos profesionales.

I. BIENVENIDA

- **a.** Hacer de la organización como su segundo hogar, en donde haya confianza, respeto y apoyo de equipo.
- **b.** Se Informara al profesional la visión y misión del servicio

II. PRESENTACION

- **a.** Los jefes de servicio realizaran una reunión no mayor a quine minutos en donde presentarán al nuevo profesional con su equipo de trabajo.
- **b.** Plan de capacitación
- **c.** Manual de atención de calidad de UCIN

III. INDUCCIÓN

- **a.** Los jefes de Servicio tanto médico con licenciada darán la bienvenida al personal nuevo y presentaran al equipo de trabajo de la unidad.
- **b.** Cada profesional nuevo será guiado primero en:
  - **i.** Reconocimiento del lugar
  - **ii.** Ubicación de los materiales y equipos a ser utilizados durante la jornada laboral dependiendo del horario (mañana, tarde, velada)
  - **iii.** Se indicara lo que debe y no realizar el profesional dividiéndolos en:
- c. Residentes
  - i. Debe acudir a la emergencia para examinar y valorar a los neonatos que acudan al Hospital.
  - ii. Realización de Notas de INGRESO de los neonatos en estado crítico o que requieran permanecer en cuidados intermedios y observación
  - iii. Realizar notas de evolución de los neonatos que se encuentran en cuidados intermedios y críticos.
  - iv. Realizar los respectivos cálculos de medicación, nutrición parenteral así como la enteral.
  - v. Estar pendiente de los cambios de prescripción médica los días de guardia.

vi. Revisión de historia clínica a los Internos de Medicina
vii. Mantener una bitácora en la que conste lo que se realiza a cada paciente durante el turno.
viii. Recepción del recién nacido a término y prematuro, tanto por parto normal como por cesárea,
ix. Ayudará y realizará procedimientos con el médico tratante
x. En caso de ser necesario deberá tomar muestras sanguíneas
xi. Presentación de casos clínicos cada semana (temas dados por el jefe de servicio)
xii. Deberá informar constantemente al médico tratante de llamada de lo que suceda con cada paciente o si tiene alguna duda sobre el tratamiento, así como de la recepción de un neonato que pueda presentar complicaciones.

d. Internos Rotativos de Medicina
    i. Realizar historias clínicas de todos los neonatos que ingresan al servicio
    ii. Realizar las notas de evolución de los neonatos de cuidados mínimos y la presentación de los mismos en el momento de pase de vista.
    iii. Realizar examen físico de los neonatos
    iv. Tener preparado con insumos y medicamentos básicos la cuna de transporte
    v. Estar pendientes sobre los ingresos que se den en el servicio de ginecología en cuanto a las mujeres gestantes.
    vi. Exposición de temas de neonatología cada semana
    vii. En lo posible llevar y retirar exámenes, además de realizar las interconsultas si el caso lo amerita

e. Enfermeras
    i. Recibir a los neonatos cuando llegan de la sala de parto o quirófano
    ii. Mantener todos los equipos, insumos listos para su utilización.
    iii. Realizar descargos de insumos y medicamentos
    iv. Administra la medicación prescrita en la hora indicada.
    v. Antropometría del recién nacido
    vi. Aplicación de credé y vitamina K
    vii. Tomar muestras sanguíneas

f. Internos Rotativos de Enfermería
    i. Recepción del Neonato a término
    ii. Administración de medicación guiado por enfermera de turno
    iii. Bañar al neonato a la hora de haber nacido
    iv. Alimentar a los neonatos en caso de ser necesario
g. Auxiliar de enfermería
    i. Bañar al neonato a la hora de haber nacido
    ii. Llevar a los neonatos a alojamiento conjunto
    iii. Indicar a las madres como deben dar de lactar a sus hijos
    iv. Limpiar los equipos una vez utilizados
    v. Se encargan de la utilería limpia y contaminada.
h. Cada profesional deberá lavarse las manos para la manipulación de los neonatos, al preparar la medicación o al realizar algún procedimiento.
i. El profesional deberá estar preparado con medidas de protección y seguridad en cualquier eventualidad (gafas, mascarilla, mandil, guantes) siento tanto para él como para el paciente.
j. Dependiendo del nuevo profesional se informará del horario de trabajo, vacaciones y feriados.
    i. Médico Tratante: Cumplirá 8 horas diarias: 6 horas cubriendo consulta externa y pasando visita en el piso y 2 horas de llamada las mismas que se realizan cada semana por cada médico incluye
    pase de visita sábado, domingo y feriados, cuando existan emergencia el médico debe acudir a la hora que sea necesaria.
    ii. Médico residente: realizará turnos cada 4to día de 24 horas además de la entrega de turno y luego de haber culminado todos los pendientes de la guardia, así como en lo posible ayudar si se requiere. Realizara además pre turnos de 5 horas el horario puede
    iii. varias mañanas o tarde. Cabe recalcar que al contar con 4 residentes, se deberán realizar turnos cada 3er día para inducción o cuando una de las compañeras salga de vacaciones las mismas q serán organizadas por el equipo, si no hay conformidad se indicara al Jefe de servicio con quien se pondrán de acuerdo.
    iv. Internos rotativos de medicina: permanecerán en el servicio durante 5 semanas. Deberán realizar turnos de 24 horas cada tercer día, entrega de turno hasta las doce del mediodía, día intermedio acudirán

de 7h00 a 12h00. Si hay 4 internos, habrá un grupo de dos en una de las guardias.

v. Enfermeras, internas y auxiliares de enfermería: el horario se estable mensualmente por la jefa de enfermeras del hospital. Si se requieren cambios de turno se debe informar a su jefa inmediata.

IV. PROTECCION PERSONAL

Consiste en utilizar ropa o equipo especializado como protección contra un peligro.

- El personal de servicio debe acudir al hospital con ropa civil y colocarse los uniformes para el ingreso al área en los vestidores de cada grupo, esto es una forma de disminuir el contagio de enfermedades, ya que en una unidad de cuidado intensivo es prioritario mantener la asepsia por la complejidad de paciente que ingresan al servicio.

a. PROTECTORES DE OJOS

Para proteger los ojos se utilizan, gafas que impiden la penetración de partículas y cuerpos extraños, compuestos químicos corrosivos, fluidos corporales, chispas, partículas de polvo, humos, láseres. Se deberá utilizar en partos, especialmente al extraer muestra de sangre.

b. PROTECCION DE PIES

Zapatos de seguridad son recomendados para prevenir heridas en los pies debido a objetos que caen al piso y otros peligros y para evitar caídas por lo que deben ser de alto tránsito y antideslizantes.

c. PROTECCION DE LAS MANOS

La protección de las manos generalmente se logra usando guantes, y una gran variedad de guantes utilizados en hospitales están disponibles en el mercado. Los guantes protegen contra cortaduras, raspaduras, químicos, calor, frío, y contaminación con fluidos corporales. Es importante usar guantes apropiados que protegen sus manos de contacto con sangre y fluidos corporales. Es igualmente importante asegurarse de que los guantes no están dañados. Guantes dañados o gastados deben ser reemplazados.

d. PROTECCION PARA EL CUERPO Y LA CARA

La protección del cuerpo y la cara se logra a través de ropa que incluye sobretodo,

mascarilla, bata, y mandiles. Existe ropa protectora de acuerdo al tipo de tarea que se realiza.

- Trajes descartables son utilizados en áreas estériles o áreas quirúrgicas del hospital así como realizar cierto tipo de procedimientos; ropa quirúrgica es utilizada por personal médico para proteger al paciente y mantener un ambiente estéril en zonas de alto riesgo del hospital; y batas de laboratorio son utilizadas por el personal de laboratorio, para proteger la ropa del personal de salpicaduras de sangre y químicos.

e. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

Es un área multidisciplinaria, donde se proporciona al paciente el máximo nivel de atención médica. Son ingresados en la UCIN neonatos en estado grave (con patología médica o quirúrgica como MEMBRNA HIALINA, TAQUIPNE TRANSITORIA, SINDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL, ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, SEPSIS ENTRE OTRAS), procedentes del propio hospital o de otros centros a los que el Hospital sirve de referencia. Estos pacientes requieren atención y supervisión continua.

Al ser un lugar aséptico el personal médico, de enfermería, sanidad y madres en el caso de mujeres deberán colocarse gorro o permanecer con el cabello recogido y colocarse una bata tanto para ingresas como para la manipulación del Neonato.

f. UBICACION Y RELACION CON OTROS SERVICIOS

Tiene relación importante con hospitalización (Ginecología), emergencias, sala de operaciones y partos, terapia respiratoria, con servicios auxiliares de diagnóstico, como Laboratorios o rayos X.

i. AREAS DE SERVICIO

- **Sala de Espera**

  La sala de espera sirve para los familiares del paciente. Ya que el tiempo de visita es corto y programado.

- **Oficina de Médicos**

  Aquí se discuten los casos clínicos, se plantean tratamientos y estrategias a seguir para la recuperación del paciente.

- **Oficina del Jefe de Servicio**

  En esta se desempeña el trabajo administrativo y de información al público sobre el estado del paciente.

- **Área de Cuidados Críticos**

Lugar donde permanece el neonato durante su estancia. Durante ésta se encuentra conectado a monitores los cuales captan diferentes registros de signos vitales, y en algunas ocasiones, de acuerdo a la patología, también permanecen conectados a equipo de soporte de vida como ventiladores.

- **Estación de Enfermeras**

Desde este punto se realiza el trabajo de vigilancia del paciente. Las enfermeras vigilan constantemente el monitor central de signos vitales, en donde aparecen los registros de todos los neonatos. También se realiza trabajo administrativo.

- **Área de Equipo, Instrumentos y Medicamentos**

Área abierta en el que pueden con facilidad sacarse o guardarse indistintamente cualquiera de ellos.

- **Utilería sucia**

Área donde se deposita provisionalmente la ropa sucia utilizada para los neonatos, cubetas de desechos, es decir todo lo sucio que proviene de la Unidad.

- **Cuarto de Aseo**

Lugar donde se guardan los utensilios de limpieza de paredes, techo y pisos.

- **Sanitarios para el personal, sanitarios para pacientes.**

g. RIESGOS ESPECIFICOS

- Exposición a patógenos presentes en sangre y otros materiales potencialmente infecciosos.
- Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), particularmente las neonatales, pueden estar diseñadas sin paredes entre pacientes. Esto puede hacer que los empleados estén expuestos sin saberlo a químicos en forma de aerosoles y radiación proveniente de áreas vecinas.
- Debido al ambiente de éste departamento, es decir, gran movimiento y espacio para tratamiento reducido, existe un riesgo potencial de resbalarse, tropezarse o caerse si agua es derramada en forma accidental en el piso, cables eléctricos atraviesan el pasillo, y/o si el equipo o materiales bloquean los pasillos.
- La exposición al látex en productos como guantes de látex, desarrolla sensibilidad al látex o alergias al látex.
- Riesgos tecnológicos. El empleado puede resultar herido por el uso inapropiado del equipo y sus controles (por ejemplo desfibriladores).

- Exposición del personal a infecciones nosocomiales como el Estafilococo Áureos Resistente a la Meticilina (EARM) debido al contacto con fluidos corporales. Esto es especialmente común en el área de UCI, donde los empleados deben cuidar de pacientes los cuales tienen heridas abiertas o cicatrizantes de cirugías recientes.

TENER PRESENTE QUE:

- Para realizar cualquier procedimiento deben lavarse las manos
- Usar medidas de protección: gorra, mascarilla, mandil y guantes.
- Colocarse una bata para la manipulación del neonato.
- Los papitos del neonatos deben ingresas al servicio lavados las manos, con bata y las mamitas recogidas el cabello y si van a realizar plan canguro con ningún tipo de perfumes y con una camiseta grande de algodón en especial blanca.

Apéndice 6

UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES HE-1

CARTA DE INVITACIÓN

Estimados profesionales del Servicio de Neonatología

Reciban un cordial saludo, me permito invitarles el día 10 de Mayo de 2015 a la reunión que se realizará en el décimo segundo piso en la sala de reuniones de Ginecología para la elaboración del Manual de atención al usuario (neonatos y padres) dirigido al personal del servicio

En la reunión se pretende analizar y revisar la información con evidencia científica disponible de las unidades de cuidados intensivos neonatales, el componente Neonatal del MSP del Ecuador y AIEPI Neonatal para consolidar la información básica sobre el manejo integral del neonato, para lo cual requerimos su aporte y experiencia.

Su asistencia es de gran importancia para el desarrollo de nuevas formas de mejorar la calidad de vida del neonato.

Atentamente

Dra. Mayra Jaramillo
Maestrante de la UTPL.

Apéndice 7

Acta 2

Reunión con personal del servicio de neonatología para la consolidación de información para la elaboración del Manual y Taller sobre cuidado del neonato

Quito, 10 de Mayo del 2015

Sala de reuniones del décimo segundo piso y servicio de Neonatología

09:00 am

La reunión y el taller realizados el día domingo 10 de Mayo del 2015, a las 09:00 am se ejecuta en dos lugares:

Primero en la Sala de reuniones del Décimo segundo piso con motivo de consolidación de información para la elaboración del manual, en donde el personal emitió criterios y sugerencias para la elaboración del manual como:

- Indicar la responsabilidad de cada uno de los integrantes del equipo que se encuentre de turno.
- Colocar qué es lo que se necesita en la cuna de transporte cuando hay el nacimiento de un neonato
- Describir de forma explicativa las patología que pueden presentar los neonatos para poder comunicar a sus padres y lo entiendan
- Describir también los equipos que se usan en la unidad y puedan informar a sus padres lo que se utiliza en su bebe.

La reunión duró 2 horas, tiempo en el que se tomó nota de cada opinión, criterio y sugerencia emitida por el personal

Segundo en la unidad de Neonatología (área de cuidados intensivos, intermedios y mínimos) con motivo de dar el Taller práctico sobre cuidados de recién nacidos prematuro y a término estando a cargo la Dra. Mónica Álvarez y Lcda. Marcela Ayala.

El taller duró 1 hora con 30 minutos, tiempo en el que la Dra. y licenciada a cargo indican como se debe recibir al neonato dependiendo si es a término sin patologías o un neonato a término en estado crítico y un neonato prematuro indicando como debemos actuar tanto el medico como la licenciada siendo este un trabajo en equipo.

Mayra Jaramillo (maestrante) .....

Dra. Mónica Álvarez (médico tratante) .....

Lcda. Marcela Ayala (líder e enfermeras) .....

Dra. Gabriela Jaramillo .....

Lcda. Marianita Oñate .....

Interno rotativo .....

Aux. de enfermería Elsa Aimacaña .....

Apéndice 8

Acta 3

Reunión con los padres de los neonatos en ese momento hospitalizados en el servicio de neonatología para conocer cuáles son las inquietudes sobre sus bebes y lo que deben hacer cuando sean dados de alta.

Quito, 18 de Mayo del 2015

Servicio de Neonatología HE 1 FFAA.

09:00 am

La reunión realizada el día domingo 18 de Mayo del 2015, a las 09:00 am en el servicio de Neonatología con motivo de conocer cuáles son las inquietudes que tienen los padres de los neonatos hospitalizados y que es lo que quieren saber cuando son dados de alta, contó con la presencia del Jefe de servicio de Neonatología Dr. Nelson Sigüencia, Lcda. Líder de enfermería Marcela Ayala, padres de los neonatos.

La reunión duró 1 hora con 45 minutos, tiempo en el que se conoció las inquietudes de cada padre siendo las siguientes:

-Que desea saber de su hijo:

- Su estado de salud al nacer
- Que riesgos podría presentar por su prematurez
- Que se explique detalladamente con lenguaje claro y que no se me oculte nada por más compleja que sea la situación
- Cada procedimiento que se le realice sea bajo mi consentimiento previa información.

-Cuidados en casa

- Como actuar en casos emergentes como asfixia
- Saber identificar signos de alarma n general
- Cuidados en general por más mínimos que sean ya que para una madre primeriza es importante informado por el profesional
- Que debo y no darle al bebe en casa
- Como dar de alimentar a su bebe en casa

Con las opiniones inquietudes dadas por los padres se obtiene información para la elaboración de la guía para los padres de los neonatos.

Se adjunta fotografías

Mayra Jaramillo (maestrante) .....

Dr. Nelson Sigüencia (jefe de servicio) .....

Lcda. Marcela Ayala (líder e enfermeras) .....

Padres de neonatos:

Jomara Flores .....

Beatriz Mendosa .....

Gloria Yánez .....

Susana Guerrero .....

Mónica Porras .....

FOTOGRAFÍAS

PADRES DE NENOSTOS PREMATUROS EL DIA DEL ALTA

Apéndice 9

ENTREGA DEL MANUAL PARA EL PERSONAL Y GUIA PARA PADRES AL JEFE DE SERVICIO Y LCDA. LIDER

(Dr. Nelson Sigüencia y Md Mayra Jaramillo)

(Dr. Nelson Sigüencia, Lcda. Marcela Ayala y Md Mayra Jaramillo)

Apéndice 10

MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO (NEONATOS Y PADRES)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. DEFINICIONES

2.1. ATENCIÓN DE CALIDAD
2.2. ATENCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
2.3. DIMENSIONES DE CALIDAD
2.4. PERIODO NEONATAL

3. ATENCIÓN CON ENFOQUE AL NEONATO

3.1. PRIMAERA ATENCION
3.2. SEGUNDA ATENCIÓN
3.3. TERCERA ATENCIÓN
3.4. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y DERIVACIÓN
3.5. ATENCION DEL NEONATO EN EL PUERPERIO
3.6. EVALUACIÓN PEDIATRICA PREVIA AL ALTA

4. ENFOQUE HACIA LOS PADRES

4.1. Paso 1 ESTADO DEL BEBE
4.2. Paso 2 LO QUE RODEA A SU BEBE
4.3. Paso 3 POSIBLES PATOLOGÍAS QUE PUEDE PRESENTAR SU BEBE

5. FLUJOGRMA

6. ANEXOS

7. BIBLIOGRAFIA

Hospital de Especialidades HE-1

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital de especialidades FF.AA. No. 1 ha incrementado su espacio físico y desarrollo tecnológico, para ello se ha generado este manual para normatizar y brindar una atención de calidad.

El Hospital se encuentra ubicado en la Av. Gran Colombia y Queseras del Medio.

El Servicio de neonatología se localiza en el décimo segundo piso, mano izquierda, conjuntamente con el área de ginecología. El área cuenta con personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería que brinda atención las 24 horas del día.

La sala de partos se encuentra en el tercer piso donde será recibido el Neonato, es aquí en donde recibe su primera atención (médicos tratantes, residentes y enfermeras), posterior es llevado en cuna de transporte al servicio en donde el personal de enfermería y auxiliar son quienes lo reciben e inmediatamente es atendido, dependiendo del estado del recién nacido será colocado en un área específica.

La información del estado del paciente será emitida únicamente por el Médico tratante (jefe de servicio) a cada uno de los padres que tenga un neonato hospitalizado, en cuanto a un neonato que esta junto a su madre en alojamiento se lo examina en cada habitación.

- Teléfono: 2568019
- Horario de visitas
    - Madre: cada tres horas
    - Padre: 09:00-15:00-18:00 horas.

Al ser un servicio que presta servicios tanto a paciente militar, civil así como a la red del Ministerio de Salud Pública y del Seguro Social IESS, se conoce que muchos de los familiares tienen un nivel de cultura diferente lo que conlleva a que muchos de ellos no tengan una buena comunicación y entendimiento de los procedimientos que se realizaran al recién nacido, es por eso que se genera esta guía, ya que la Atención Neonatal es un conjunto de acciones médicas y de enfermería que vigilan y cautelan la normal evolución de los cambios: respiratorio, circulatorio, de homeostasis y maduración de diversos sistemas enzimáticos.

Durante la atención al neonato todo el personal está con la capacidad de pesquisar oportunamente las malformaciones congénitas u otras patologías, fomentar el apego y preparación para una lactancia exitosa, ayudar a la madre en la comprensión de fenómenos fisiológicos y sobre todo la educación a los padres en cuidados posteriores de su hijo.

2. DEFINICIONES

2.1. ATENCIÓN DE CALIDAD

Avedis Donabedian
"El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar mayores mejoras posibles en salud".

OMS
"Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de Salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"

Concluyendo que la atención a los usuarios debe ser en iguales condiciones sin presentar prioridades por sexo, raza, o nivel económico, cumplir un objetivo con acciones establecidas con el menor de los recursos económicos pero con metodología y tecnologías adecuadas alcanzando una cobertura e impactos adecuados

2.2. ATENCIÓN DE CALIDAD EN SALUD

La Calidad de Atención en Salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos.

- Amabilidad y disponibilidad de tiempo
- Características físicas del sitio en donde recibe la atención
- Tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, etc.

2.3. DIMENSIONES DE CALIDAD

- **Tangibles**: Como la parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.
- **Confiables**: la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
- **Respuesta del personal**: respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de proveer el servicio con prontitud y esmero.
- **Seguridad**: conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.
- **Calidez o empatía**: el cariño, la atención individualizadas que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada.

2.4. PERIODO NEONATAL

Es el periodo comprendido entre los 0-27 días de vida, caracterizado por una serie de cambios clínicos que son normales y que reflejan una adaptación fisiológica a la vida autónoma.

2.4.1. CLASIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Los recién nacidos se clasifican como:

- Pre término (<37 semanas)
- A término (37 a 41 semanas)
- Pos término (>42 semanas)

3. ATENCIÓN CON ENFOQUE AL NEONATO

3.1. PRIMERA ATENCION

Contacto directo con los padres del neonato al realizar la historia clínica en donde se observan posibles riesgos que puedan afectar la vida del neonato. Para esto se llenara la hoja del clap. (*Ver anexo 1*)

3.2 SEGUNDA ATENCIÓN

3.2.1. ATENCIÓN EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Contacto directo con el neonato.

- Identificar y evaluar posibles problemas desarrollados en el periodo de transición.
- Prevenir enfriamiento neonatal.

Para brindar atención de calidad se requiere de:

- Médico tratante, residente y enfermeras entrenadas en reanimación y adiestramientos en trabajo en equipo.
- Espacio físico adecuado
    - Ambiente térmico neutral
    - Cuna de calor radiante
    - Equipo de reanimación disponible
        - Laringoscopio con hojas de diferente tamaño
        - Fuente de aspiración
        - Toma de oxigeno
        - TET de diferentes calibres
        - Bolsa auto inflable con mascarilla de diversos diámetros
        - Fonendoscopio
        - Tubos para la recolección de muestras (colocar el apellido paterno y materno)
        - Brazalete para la identificación del recién nacido (colocar apellidos paterno y materno)
        - Jeringuillas 3-5-10 cc
        - Tarjeta de ingreso para admisión

Conocimiento previo sobre antecedentes perinatales. (Llenar la hoja del clap hasta antes del parto)

3.2.2. ATENCION EN SALA DE PARTOS

a. Realizar aspiración al salir la cabeza (boca –nariz)
b. Verificar el líquido amniótico
    - Si es claro con grumos abundante
    - Si es meconial (como puré de arvejas)
c. Realizar pinzamiento del cordón:
    - Una vez establecido el llanto con o sin estimulo
    - Primeros 60 segundos o cuando hayan cesado las pulsaciones del cordón tras el parto, con ciertas excepciones como:
        - Si nace deprimido-cianótico se debe estimular antes de ligar el cordón para intentar lograr el llanto. (sin apuro)
        - Si nace deprimido, pálido, flácido con incapacidad para lograr el llanto después de estimularlo se debe ligar inmediatamente el cordón. (rápido)
        - Si hay sufrimiento fetal agudo y nace deprimido con líquido amniótico con meconio espeso, circular de cordón irreductible, anestesia general-nace deprimido.
d. La recepción del recién nacido debe:
    - Estar a cargo del personal capacitado
    - Con campo estéril y caliente
    - Realizar apego materno en lo posible
    - Traslado a cuna de calor radiante completamente cubierto
e. Toma de muestras de cordón umbilical

3.2.3. ATENCION EN LA CUNA DE PROCEDIMIENTOS

- Evaluación del proceso de adaptación inicial con test de APGAR (1 y 5 min del nacimiento) (*ver anexo 2*)
- Aspiración de secreciones según normas
- Secado y cambios de campos secos
- Sección y ligadura de cordón, colocar el clamp a 2-3 cm de la inserción abdominal
- Toma de muestras sanguíneas para clasificación del grupo, factor y VDRL.
- Identificación con brazalete
- Se cubre a neonato e inmediatamente se coloca en cuna de trasporte para ser trasladado a la unidad de Neonatos.

3.3. TERCERA ATENCIÓN

3.3.1 ATENCION EN LA UNIDAD DE NEONATOS

Dependiendo del estado del paciente y su adecuado examen físico se coloca al neonato en cada una de las áreas que cuenta la unidad.

3.3.1.1. Atención de enfermería

- Se toman medidas antropométricas
    - Peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal
- Paso de una sonda nasogástrica
- Aplicación de vitamina k IM 1 mg al neonato > 2000 gr y 0.5 mg >2000 gr
- Toma de temperatura rectal
- Profilaxis ocular
- Se realizara el examen para verificar la edad Gestacional del bebe con la escala de CAPURRO (*Ver anexo 3*)
- Dependiendo del área a la que se ubicara al neonato se abrirán hojas de control de peso, signos vitales, ingesta/excreta y colocación de medicación.
- Luego de una hora de nacido se realiza baño no más de 5 minutos.
- Al trascurrir 1 horas luego del nacimiento de un neonato A término se inicia tolerancia oral dependiendo del estado de la madre se dará fórmula 1 oz.
- A los neonatos a término sin complicaciones se los traslada a alojamiento conjunto, por el contrario si hay patología o es prematuro se mantendrá en la unidad en observación, cuidado intermedio o crítico.
- Se realizara la apertura de historia clínica (*ver anexo 4*)

3.3.2. ATENCION Y CUIDADOS EN EL PERIODO DE TRANSICIÓN

3.3.2.1. Características en el periodo de transición

Son cambios fisiológicos que siguen una determinada secuencia en las primeras 24 horas de vida que se manifiestan en variaciones de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, estado de alerta y actividad motora.

a. Primer periodo de “reactividad “ : 15-30 min
    - Taquicardia >180 latidos por minuto
    - Respiración irregular 60-80 x´ con retracciones, ruidos respiratorios y aleteo nasal
    - Presencia de secreciones mucosas en boca
    - Temperatura corporal en disminución
    - Llanto, actividad motora
b. 2-6 horas siguientes
    - Frecuencia cardiaca desciende a 140-120 x´
    - Frecuencia respiratoria 60 x´ o menos
    - El neonato tiendo a dormir
c. Segundo periodo de reactividad, 4 a 10 horas:
    - Aumento de la actividad motora y estado de alerta
    - Salivación
    - Ruidos hidroaéreos aumentados
    - Paso de meconio

- Frecuencia cardiaca lábil si neonato esta con patología o su madre recibió sedación o drogas anestésicas.

3.3.2.2. Acciones en el periodo de transición

- Supervisión y registro de signos vitales, tono, actividad, color hasta su normalización
- Registro de eliminación de meconio
- Toma de muestras si están indicadas

3.3.2.3. Atención médica

A. Examen físico:

La inspección del recién nacido nos da cerca del 70% de la información.

- Actitud general: flexión activa y simétrica (salvo presentación podálica y cara).
- Piel: unto, color, descamación, lanugo, hemangiomas planos, mancha mongólica, eritema tóxico, piel marmorata, arlequín.
- Ombligo y cordón: Hernias, color, número de vasos.
- Genitales:
  - Masculinos: Escroto: tamaño y aspecto variable, hidrocele, hipospadia, fimosis.
  - Femeninos: Variabilidad, secreción vaginal, pseudomenstruación, hipertrofia del clítoris.
- Región anal: Fístulas, verificar esfínter, foseta sacrococcigea (fístula pilonidal).
- Extremidades:
  - Superiores: parálisis, polidactilia, sindactilia, clinodactilia.
  - Inferiores: Caderas, simetría (Ortolani), deformidades posturales de los pies.
  - Columna: deformaciones y disrafias

B. Examen segmentario:

- Cráneo: deformación plástica, cefalohematoma subperióstico, subaponeurótico, fontanelas, suturas, bolsa serosanguínea.
- Cara: asimetría postural, parálisis.
- Ojos: hemorragias conjuntivales, pupilas, rojo pupilar.
- Nariz: estridor, millium, atresia de coanas.
- Boca: dientes, frenillos, Perlas de Ebstein, micrognatia, paladar ojival, paladar hendido.
- Orejas: papilomas, fístulas auriculares, hipotrofia.
- Cuello: tortícolis, cuello corto exagerado, quiste tirogloso, fístulas branquiales, hematoma del esternocleidomastoídeo.
- Tórax: cilíndrico y blando, retracción. FR 40-60 x`. A la auscultación: estertores húmedos la primera hora, tonos cardíacos, soplos variables. Presión arterial media 60 mm Hg.
  - Clavículas: fracturas.
  - Mamas: tumefacción en ambos sexos, pezones supernumerarios.

- Abdomen: globoso, diastasis de los rectos, hígado palpable.

C. Examen neurológico:

- Actitud y tono.
- Reflejos arcaicos: Moro, palmar y plantar, búsqueda, succión, marcha, Babinsky.

D. Evaluación de la edad gestacional

Por FUM, Ecografía fetal y valoración física pediátrica.
(Ver anexo 5)

E. Evaluación de edad gestacional por valoración física:
En caso de edad gestacional dudosa se realiza Test de Ballard en prematuros (*Ver anexo 6*). A pesar de mejorar la precisión de la edad gestacional en edades menores a 28 semanas, tiene una variabilidad importante con errores de estimación de hasta 4 o 5 semanas respecto a una edad gestacional obstétrica confiable y un promedio de sobreestimación de 1,5 semanas. Sobre las 30 semanas el error es de + 2 sem.

3.4. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y DERIVACIÓN:

El diagnóstico definitivo será realizado por el médico, si se presenta alguna alteración se derivara a observación de lo contrario pasara a alojamiento conjunto.

- En alojamiento conjunto el neonato completara su período de transición, siendo una de sus ventajas: inicio de apego y amamantamiento precoz.
- En Sala de Observación, idealmente no más de 4 horas, si se presentan:
  - Malas condiciones maternas.
  - No ha regulado la temperatura.
  - No normaliza sus signos vitales.
  - En espera de exámenes.
  - Eventualmente se debiera hospitalizar si la condición se mantiene a las 4 horas de observación.

3.5. ATENCION DEL NEONATO EN EL PUERPERIO

Es una etapa muy importante desde el punto de vista educativo y preventivo.
La madre, está más receptiva a adquirir destrezas y conocimientos para el cuidado de su hijo.

1. Alimentación natural
   - Dar a conocer las ventajas de la leche materna
   - Debe tranquilizarse a la madre cuando se ha presentado algún problema durante la lactancia.
2. Explicar los cambios fisiológicos de los neonatos a sus padres especialmente primigestas.

- Meconio: cambios de color, consistencia, frecuencia de defecación.
- Cambios de coloración de la piel; rosada las primeras 24 horas, eritema tóxico, ictericia, carácter preventivo de la fototerapia.
- Comportamiento y reflejos: posición, tono y movimientos reflejos especialmente el de Moro, deben ser explicados a la madre.
- Efectos hormonales: las hormonas maternas circulan en el niño y producen la crisis genital: ingurgitación mamaria en ambos sexos, secreción láctea al 5º día, pseudomenstruación en las niñitas.
- Evolución del peso:
  - Disminución del peso entre un 7-10% en RN término.
  - Recupera el peso alrededor del 8º día.
  - Niños con peso mayor de 4 kg. bajan más de peso y se recuperan más tarde.

3. Cuidados del ombligo:
   - Considerarlo como puerta de entrada de infecciones por lo que debe hacerse aseo frecuente con alcohol.
   - Secreción húmeda, serosa del fondo umbilical, es normal.
   - Enrojecimiento y secreción purulenta son signos de infección.
   - La hernia umbilical es frecuente y no requiere tratamiento.
4. Observación de Enfermería:
   - Control de signos vitales.
   - Peso diario.
   - Registro de evacuación de heces y orina.
   - Educación permanente.
   - Pruebas de detección precoz de enfermedades metabólicas (PKU-TSH) a las
   - 24-72 horas de vida a todos los RN término o cercano a término y a los 10 días a los RN prematuros.

3.6. EVALUACIÓN PEDIATRICA PREVIA AL ALTA

- Corazón: aparición de soplos, cianosis, pulsos periféricos.
- Sistema Nervioso Central: actividad, reactividad, suturas, fontanelas.
- Abdomen: masas palpables, orina, deposiciones.
- Piel: ictericia, piodermitis.
- Cordón: infección.
- Alimentación: disminución de peso, regurgitaciones, vómitos.
- Apego y aptitud materna.

SI HAY ALTA PRECOZ (< 48 horas):

- Evalúe muy bien lactancia
- Evalúe muy bien ictericia. Considere control de bilirrubina.
- Citación precoz a consultorio (24 a 48 horas.)

VACUNAS:

- RN TERMINO:
  - BCG: Se coloca el primer día de vida al recién nacido mayor de 2.000 gramos,
  - En RN patológico colocar BCG al alta del Servicio de Neonatología y DPT al cumplir los 2 meses de edad cronológica independiente del peso.

- RN PRETERMINO:
  - BCG: al llegar a 2.000 gramos de peso cualquiera sea su edad gestacional.
  - DPT: al cumplir los 2 meses de edad cronológica independiente del peso.

4. ENFOQUE HACIA LOS PADRES

Existe un proceso natural de ser padres, este proceso se ve alterado e interrumpido bruscamente en el caso del nacimiento de un bebe prematuro o gravemente enfermo, de tal manera que estos padres son de alguna forma tan prematuros como sus hijos.

Para nuestro servicio todo el personal procurará que la separación entre padres e hijos sea la menor posible, por lo que se facilitara la entrada a la unidad y se potenciara la comunicación entre el personal de salud y los padres. Por otro lado, mientras dure su ingreso los profesionales les proporcionaran información realista y veraz sobre la situación de sus hijos guardando el mayor grado de privacidad.

En cuanto a la atención brindada es recibida por el neonato pero percibida por sus padres al constatar el estado de su hijo. Es por eso que el primer contacto con sus padres es cuando se realiza la entrevista para la realización de la historia clínica, es aquí donde se dará la información y se indicara los posibles riesgos que se desarrollan al tener un hijo prematuro durante su hospitalización o en si un neonato con alguna patología.

Con la llegada del neonato en la unidad de cuidados intensivos se indicara a sus padres todo lo que será utilizado, pues la primera vez que entren en la UCIN posiblemente se alarmen al ver a su hijo rodeado de aparatos y máquinas.

Una vez que el neonato es atendido, se requiere de su primera visita que será la de sus padres, en donde el personal de salud será el encargado de brindar la información de forma comprensible y simple, para ello se precisa indicar como es su bebe.

Paso 1

ESTADO DEL BEBE

Se indica a sus padres como es su hijo y como es su comportamiento dependiendo de la edad gestacional, para ello se iniciara con indicaciones previas como:

- Enseñar cómo debe ingresas al área de cuidados intensivos neonatales.
- Aplicar una bata, gorro y mascarilla
- Indicar un buen lavado de manos (*Ver Anexo 7)*
- Brindar afecto y seguridad a sus padres con previa información de cómo es su bebe, para poder establecer un vínculo físico de forma inmediata.

1. Aspecto Piel
   - Inmadura que a través de ella pueden verse los vasos sanguíneos subyacentes. Esto hace que tenga un color rojizo o violáceo.
   - Puede aparecer “pegajosa” al tacto, amoratarse o cortarse con facilidad.
   - Fina capa de vello muy suave llamado lanugo, que les cubre la mayor parte del cuerpo que irá desapareciendo según crezca el bebé.

Cabeza:
- Puede parecer desproporcionadamente grande para el tamaño de su cuerpo y sus brazos y piernas bastante largos.
- Tienen muy poca cantidad de grasa sobre sus huesos, pero, al ir creciendo desarrollarán más grasa y la cabeza, brazos y piernas adquirirán un aspecto más proporcionado.

Ojos:
- Si es muy prematuro, los párpados se encuentran fusionados en el momento del nacimiento; con el tiempo se abrirán.

Orejas:
- Poco desarrolladas, muy pegadas a la cabeza y con poco o nada de cartílago.
- Si están plegadas o dobladas, es posible que se mantengan en esta posición durante algún tiempo, lo cual no debe preocuparles. Según crezcan las orejas, formarán cartílago y esto hará que se enderecen al ser tocadas.

Genitales:
- Un niño muy prematuro tiene un pene muy pequeño y es posible que los testículos no hayan descendido todavía a las bolsas.
- Una niña muy prematura tiene un clítoris prominente debido a que los labios circundantes todavía no están desarrollados.

Es frecuente que se mueva poco y cuando lo haga sea con movimientos bruscos a modo de “sacudidas” o “sobresaltos”. Esto sucede porque sus respuestas todavía no están desarrolladas y su coordinación sigue siendo inmadura. Puesto que el niño prematuro tiene poco tono muscular, tendrá que observarlo atentamente para descubrir los signos que muestran cómo sus músculos están ganando fuerza y coordinación.

Es posible que le vea haciendo movimientos espontáneos o doblando un brazo o una pierna.

También podrá observar un reflejo de succión al poner el dedo cerca de su boca. A medida que duerme, come y gana peso, su tono y color de la piel irán pareciéndose cada vez más a la de los niños más mayores.

Para brindar mayor seguridad a los padre se le indicara lo que deben hacer para estar en contacto con su hijo y de esta manera se pueda lograr un apego mayor además de estimularlo y que pase etapas llegando así a su crecimiento y desarrollo.

Paso 2

Explicar de forma simple todo lo que se encuentra alrededor de su hijo.

1. Incubadora
   - Es una máquina que sirve para crear un ambiente con la humedad y temperatura adecuadas para el crecimiento y desarrollo del neonato.
   - Consiste en una cámara cerrada de material transparente que incluye una acolchado esterilizado para acostar al bebé, con calefacción por convección (transferencia de calor por un fluido (líquido o gas) que transporta el calor entre zonas con diferentes temperaturas), filtro de aires exterior, ventanas para manipular al paciente, y diversos y sofisticados sistemas de monitoreo que incluyen control de peso, respiración, cardíaco y de actividad cerebral.
   - La cámara permite limitar la exposición del recién nacido a los gérmenes.

2. Ventilador
   - Es una máquina que ayuda con la respiración del neonato.
   - Se utiliza para brindar soporte respiratorio a los neonatos prematuros o enfermos, que por su inmadurez o por patología asociada respectivamente, no están totalmente aptos para respirar por si solos y necesitan ayuda de un respirador mecánico.
   - Ayuda a suministrarles aire "bueno" (oxígeno) a los pulmones y eliminar el aire "malo" (dióxido de carbono).
   - Algunas veces, el suministro de oxígeno bajo presión puede ocasionar daño a los frágiles sacos alveolares. Esto puede llevar a escapes de aire, lo cual puede dificultar la tarea del ventilador de ayudarle al bebé a respirar, sin embargo el personal de salud permanece pendiente de la cantidad de presión que se envía evitando en mayor parte lesiones.
   - Una de las lesiones que se presenta es el neumotórax. Este aire se puede extraer con una sonda puesta en dicho espacio hasta que el neumotórax se cure.
   - Otra es el enfisema intersticial pulmonar. Este aire no se puede extraer, pero por lo general desaparece por sí solo en forma lenta.
   - También se puede presentar daño a largo plazo, lo que lleva a una forma de enfermedad pulmonar crónica llamada displasia broncopulmonar.

Ésta es la razón por la cual el personal médico vigila muy de cerca y trata de reducir gradualmente o disminuir la regulación del ventilador en todo momento que sea posible. El grado de soporte respiratorio que se administre dependerá generalmente de las necesidades del bebé.

3. Monitores
   - Son dispositivos que se utilizan en las unidades de cuidados intensivos, que nos permite detectar, procesar y desplegar en forma continua los parámetros fisiológicos del bebe.
   - Consta de un sistema de alarmas que nos alertan de alguna circunstancia que pueda producirse en el neonato y de esta manera actuar de inmediato.

4. Oxigeno
   - Es un gas que para uso medicinal se produce por el método de destilación fraccionada, que consiste básicamente en el enfriamiento del aire previamente filtrado y purificado. El mismo que se envasa en tanques de metal o pasa a través de filtros para ser utilizado con un ventilador mecánico.

5. Catéteres intravenosos
   - En niños gravemente enfermos y con tratamientos prolongados, las vías periféricas llegan a ocupar un segundo plano, reservándose su uso para transfusión de hemoderivados y ciertos medicamentos
   - Vías centrales:
     - Umbilicales: habitualmente primer acceso central que se canaliza en un recién nacido. Es una técnica realizada por el personal médico. Tiene una duración limitada.
     - Catéter percutáneo: catéter venoso central de acceso periférico cuya técnica es realizada por el personal de enfermería.
     - Vías centrales de acceso directo mediante disección venosa (femoral, yugular, subclavia...) realizada por el personal de cirugía (menos frecuente).
   - Líquidos parenterales

Sirven para garantizar que el recién nacido tenga una transición adecuada del medio ambiente acuático que tiene en el útero a un ambiente seco después del nacimiento. Ya que se aporta electrolitos, glucosa, oligoelementos nutriente (proteínas, grasas) que por prematurez o patología el neonato no puede recibir por vía oral

Por lo que el personal que conforma el servicio de Neonatología siempre deberá estar preparado para la recepción de un neonato prematuro y cuando se producen complicaciones de un neonato a término, para ello se deberá tener:

- Incubadora previamente encendida y en funcionamiento
- Ventilador armado y probado
- Toma de oxígeno y aire comprimido
- Insumos médicos (tubos endotraqueales, sondas nasogástricas, jeringuilla, cánulas nasales, Hood, etc.)

- Medicación para reanimación
- Sabanas, cobijas para mantener un ambiente térmico adecuado.

Paso 3
Las posibles patologías que puede tener su hijo si es prematuro o a término:

ENFERMEDADES O TRASTORNOS	CONCEPTOS	CLASIFICACIÓN/TIPOS
VARIABILIDAD DE LA TEMPERATURA	Los prematuros en especial pierden calor porque tiene poco tejido celular subcutáneo, así como cantidad reducida de depósitos de grasa y grasa parda.	**HIPOTERMIA:** disminución de la temperatura < 36.5 °C
		HIPERTERMIA: temperatura > de 37.5° C
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	Es un cuadro que comienza poco después del nacimiento o en las primeras horas de vida que se caracteriza por taquipnea, cianosis, quejido, retracciones y grados variables de insuficiencia respiratoria	**SDR TIPO I MEMBRANA HIALINA:** implica taquipnea (> 60 respiraciones por minuto), retracciones torácicas y cianosis al respirar aire ambiental que persiste o progresa en las primeras 48-96 horas de vida, en radiografía de tórax se característica patrón reticulogranular uniforme y broncograma aéreo periférico. La EMH es causada por un déficit de surfactante: sustancia lipoproteica que tiene por objeto disminuir la tensión superficial de los alvéolos, su ausencia lleva al colapso alveolar, atelectasia progresiva, cortocircuito pulmonar e hipoxemia. Si el colapso es masivo habrá insuficiencia ventilatoria con hipercapnea. A estos cambios fisiopatológicos se agregará edema pulmonar intersticial que puede acompañarse de grados variables de hipertensión pulmonar.
		SDR TIPO II TAQUIPNEA TRANSITORIA: también conocida como pulmón húmedo. Es una enfermedad benigna de los recién nacidos casi de término, o prematuros grandes con dificultad respiratoria poco después del parto, que por lo general se resuelve en tres a cinco días. Los estímulos químicos y físicos no responden tan bien en los bebés nacidos prematuros y puede haber más líquido en el pulmón cuando estos nacen. Lo mismo parece ser el caso si la madre fue sometida a una operación cesárea sin estar en trabajo de parto, de nuevo dejando más líquido en el pulmón al momento de nacer. El riesgo de una taquipnea transitoria del recién nacido es mayor en neonatos prematuros, aquellos que nacen por cesárea sin trabajo de parto y quienes nacen de madres diabéticas o que hayan recibido grandes cantidades de analgésicos durante el parto.

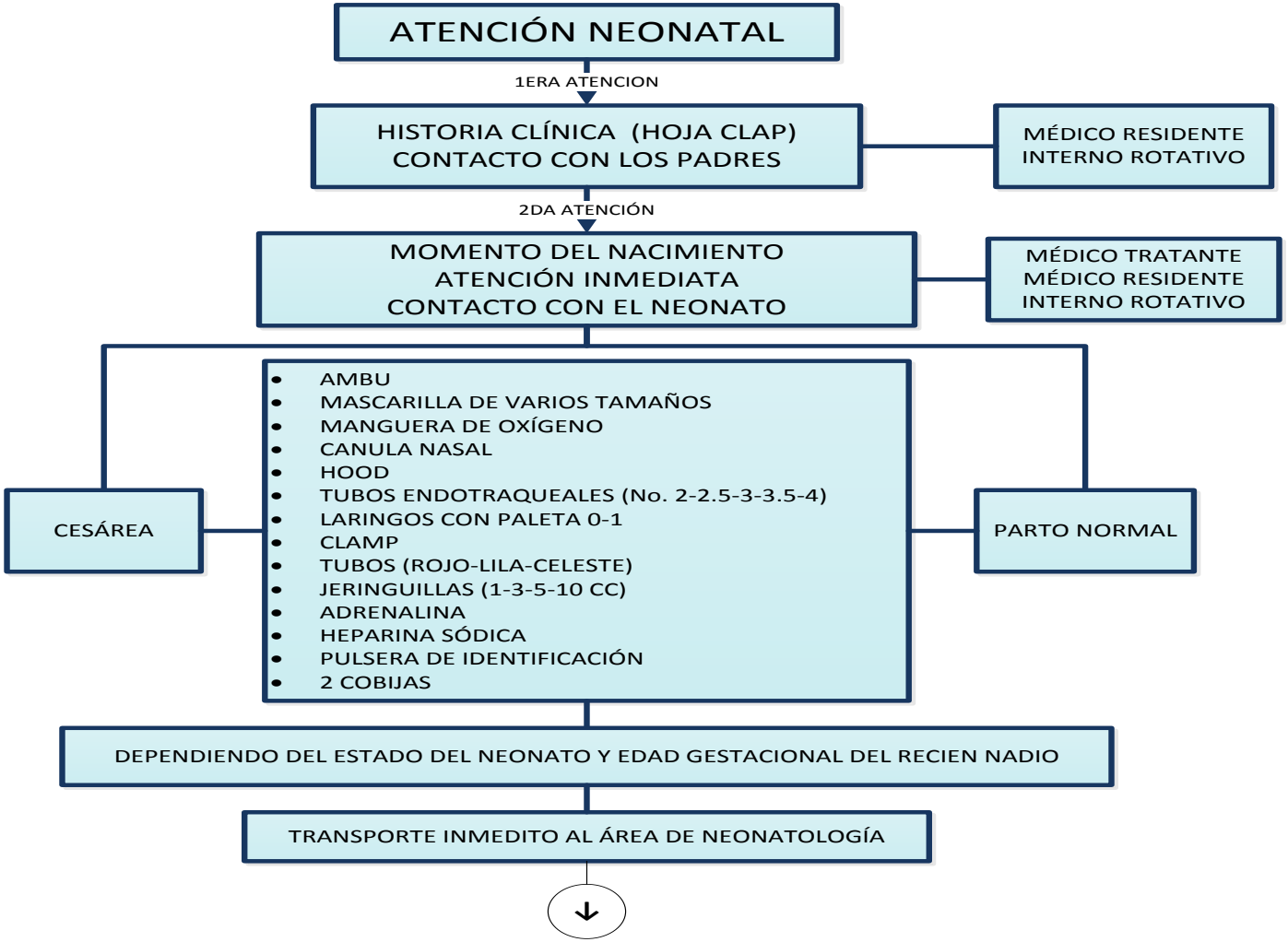
ENFERMEDADES O TRASTORNOS	CONCEPTOS	CLASIFICACIÓN/TIPOS
		SDR TIPO III ASPIRACION DE MECONIO: el meconio es la primera secreción intestinal del recién nacido y está compuesto por células epiteliales, pelo fetal, moco y bilis. El sufrimiento intrauterino puede producir la evacuación in útero de meconio en el líquido amniótico. El feto puede aspirar el líquido amniótico teñido de meconio cuando el boqueo o los movimientos respiratorios profundos de éste se estimulan por la hipoxia y la hipercapnia. La presencia de meconio en la tráquea puede producir obstrucción una respuesta inflamatoria de las vías aéreas, lo que genera dificultad respiratoria grave.
APNEA	Es la ausencia del flujo de aire respiratorio durante un periodo ≥20 seg. O de menor duración que se asocia con bradicardia o una desaturación importante.	**APNEA CENTRAL:** se inicia en el sistema nervioso central, se caracteriza por la ausencia de flujo de aire sin esfuerzo respiratorio alguno.
		APNEA OBSTRUCTIVA: es el esfuerzo respiratorio continuo que no produce flujo de aire.
		APNEA MIXTA: combinación de central y obstructiva.
		RESPIRACIÓN PERIÓDCA: son dos o más periodos de apnea que duran 3 seg. o más dentro de un periodo de 20 seg. de una respiración por otra parte normal.
ICTERICIA	La ictericia resulta del depósito de bilirrubina en la piel y las membranas mucosas, llegando a ser clínicamente visibles cuando alcanza el nivel de 5 a 7 mg/dL en suero. En la Hiperbilirrubinemia neonatal se presenta: 1) Degradación de la hemoglobina por el hemooxigenasa. 2) Unión de la bilirrubina a la albúmina para su transporte en el suero. 3) Conjugación de la bilirrubina con el ácido glucorónico por la glucoronil transferasa.	
HIPOGLICEMIA	La hipoglicemia clínicamente significativa refleja un desequilibrio entre la oferta y el uso de glucosa y combustibles alternativos, y puede resultar de una multitud de alteraciones de los mecanismos de regulación. El punto de corte es < 45 mg/dl (2,5 mmol/l), tanto para bebés pretérmino como a término, y a cualquier rango de edad extrauterina.	**INICIAL TRANSITORIA:** Hipoglicemia que se produce por una disminución de la producción, aumento de la utilización de glucosa o por hiperinsulinismo transitorio, debido a que la alimentación se retrasa de 4 a 6 horas luego del nacimiento. Por lo general cede con la administración precoz de la alimentación.
		TRANSITORIA: Responde rápidamente al tratamiento con cargas de < de 12 mg/kg/min y requiere un aporte continuo por menos de 7 días.
		PERSISTENTE: Necesita de cargas de > de 12 mg/kg/min y/o un aporte continuo por más de 7 días.

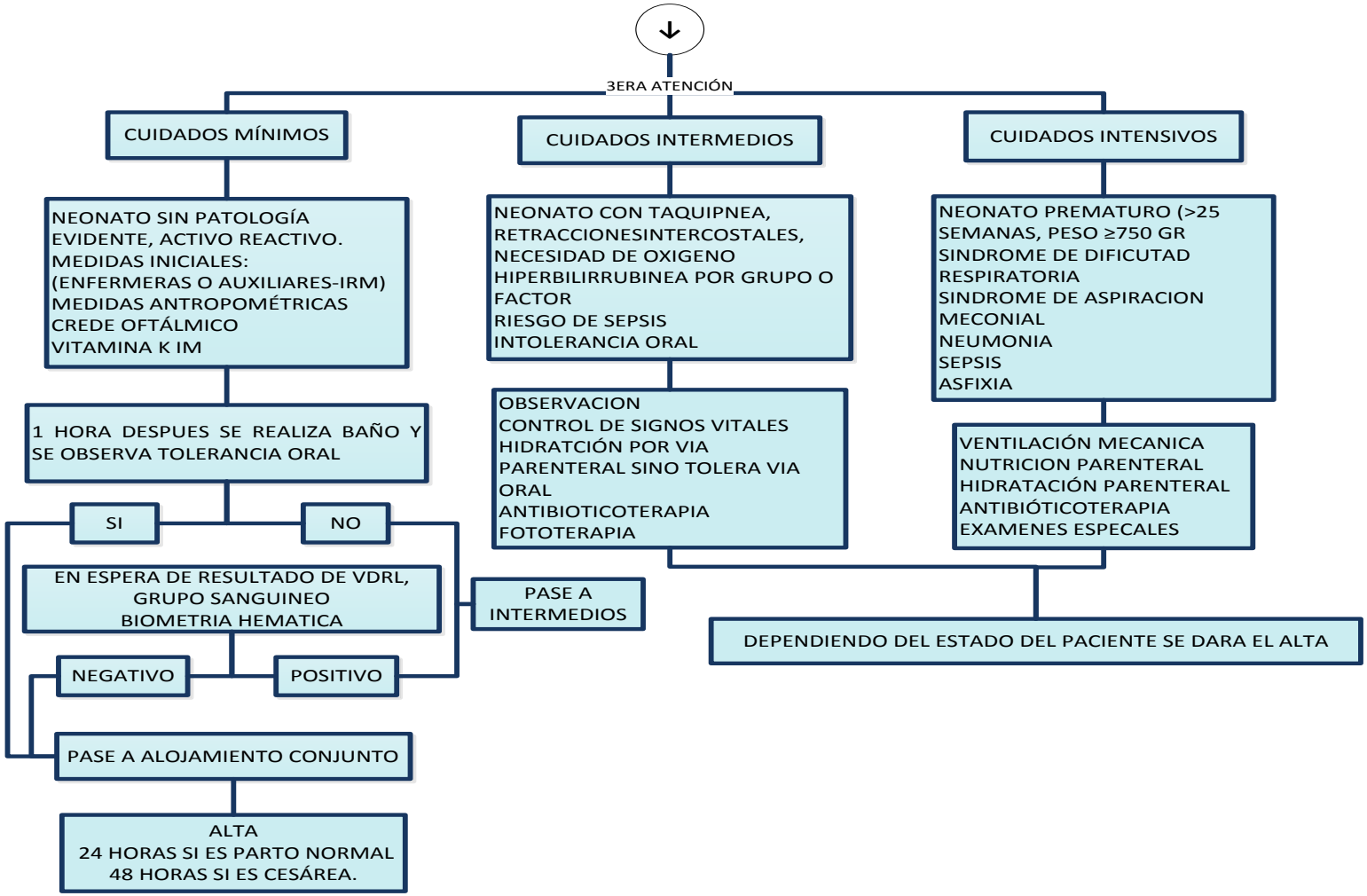
ENFERMEDADES O TRASTORNOS	CONCEPTOS	CLASIFICACIÓN/TIPOS
HEMORRAGIA INTRAVENTRI-CULAR	Es una hemorragia intracraneal que se origina en la matriz germinal subependimaria periventricular con el ingreso ulterior de sangre en el sistema ventricular. Afecto sobre todo a neonatos prematuros	**TIEMPO**
		TEMPRANA: es aquella que se diagnostica <72 horas después del nacimiento.
		TARDIA: se utiliza para la hemorragia intraventricular diagnostica después de las 72 horas.
		LOCALIZACIÓN
		GI: hemorragia de la matriz germinal.
		GII: hemorragia intraventricular sin dilatación ventricular. **GIII:** hemorragia intraventricular con dilatación ventricular. **GIV:** hemorragia de la matriz germinal o hemorragia interventricular con afectación parenquimatosa.
ANEMIA	Reducción de la masa GR, de la concentración de Hb o del Hto: En RN > de 28 semanas: Hb de 13 g/Dl En RN ≤ de 28 semanas: Hb de 12 g/dL	**ANEMIAS POR PÉRDIDA SANGUÍNEA (AGUDAS O CRÓNICAS)**
		EMBARAZO: transfusión feto-materna, transfusión gemelo- gemelo, causas obstétricas (circular de cordón, prolapso), rotura del cordón umbilical, inserción velamentosa del cordón, Abruptio placentae o placenta previa.
		PARTO: incisión accidental de la placenta durante la cesárea, pinzamiento precoz del cordón, elevación del RN por encima del nivel del periné, parto traumático con hemorragia interna.
		ETAPA POSNATAL: cefalohematomas, caput, hemorragias (intraventricular, pulmonar, suprarrenales, deficiencia congénita de factores de coagulación VIII, IX, X), RN críticamente enfermo (Sepsis, CID), extracciones repetidas en especial en el prematuro.
		ANEMIAS POR DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE HEMATÍES (ANEMIAS DE CURSO LENTO) Anemia fisiológica
		Anemia del RN Pretérmino y en RN de menos de 32 semanas (se presenta entre la 4ta y 8va semana de vida)
		Anemias hipoplásicas congénitas
		Infecciones congénitas (STORCH)
		Anemias por aumento de la destrucción de hematíes.
		Anemia hemolítica inmune (Rh, AB0, subgrupos) Enfermedades maternas autoinmunes (LES, artritis reumatoide)
		Alteraciones hereditarias del hematíe
		Hemoglobinopatías (alteraciones cualitativas: anemia drepanocítica, alteraciones cuantitativas: talasemias)
PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO (PCA)	Es un vaso de tamaño variable que se localiza 5 a 10 mm más allá de la arteria subclavia izquierda y que conecta la aorta con el tronco pulmonar o la parte proximal de la arteria pulmonar izquierda. Es uno de los cortocircuitos de la circulación fetal, que se encarga de mantener la distribución de la sangre oxigenada suministrada por la vena umbilical	

ENFERMEDADES O TRASTORNOS	CONCEPTOS	CLASIFICACIÓN/TIPOS
ENTEROCOLITIS NECROSANTE (ECN)	Es un trastorno neonatal adquirido que representa una expresión extrema de lesión intestinal grave que sigue a una combinación de lesiones vasculares, mucosas y metabólicas de un intestino relativamente inmaduro	
DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP)	Es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica que sigue a una insuficiencia respiratoria primaria. Es la dependencia de oxígeno más allá de los 28 días de vida. Es posible predecir la gravedad de la disfunción pulmonar en las primeras etapas de la infancia según la dependencia de oxígeno a las 36 sem. de edad proporcionalmente en los niños <32 sem. de edad gestacional y a los 56 días de vida en los que presentan edad gestacional mayor.	
ASFIXIA NEONATAL	Se caracteriza por hipoxemia, retención de CO2 y acidosis metabólica o mixta, generando daño cerebral y compromiso de múltiples órganos como el riñón, corazón, pulmones, intestino y médula ósea.	
SEPSIS	Los gérmenes invaden la sangre a partir de varios sitios, siendo los más frecuentes en el neonato, las infecciones del aparato respiratorio digestivo y la piel. El fenómeno de cascada séptica, que lleva a la falla orgánica múltiple, se debe a una inadecuada respuesta auto inmunitario que provoca daño tisular directo de la bacteria.	**PRECOZ:** Signos y síntomas se inician antes de los 3 días de edad. Se presenta como una enfermedad multisistémica, con compromiso pulmonar. En gran porcentaje es fulminante. Existen antecedentes obstétricos de importancia. **TARDIA:** Signos y síntomas se inician a partir de los 3 días de edad. Se presenta como una enfermedad progresiva, con frecuente compromiso meníngeo. **NOSOCOMIAL:** Gérmenes identificados a los 3 o más días luego del ingreso y asociado a patógenos intrahospitalarios. **BACTEREMIA SECUNDARIA:** Existe foco de infección en otro sitio por el mismo patógeno. **SHOK SEPTICO:** Sepsis más trastornos hemodinámicos.
RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	Es un trastorno de la vasculatura retiniana en desarrollo que resulta de la interrupción de la progresión de normal de los vasos retinianos recién formados. La vasoconstricción y la obliteración del lecho capilar en desarrollo son seguidas por una neovascularización que compromete el cuerpo vítreo, el edema y las hemorragias retinianas, la fibrosis y la tracción de la retina, que por último se desprende.	
OSTEOPENIA DE LA PREMATURIDAD	Se presenta como raquitismo en el prematuro. El raquitismo es un trastorno crónico del metabolismo del calcio que se caracteriza por signos radiológicos de desmineralización ósea y por concentraciones séricas elevadas de fosfatasa alcalina.	
INFECCION POR VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO (VSR)	Es un paramixovirus que provoca infección en casi todos los niños durante los 3 primeros años de vida, sin embargo es más frecuente en los neonatos antes de las 32 semanas de gestación.	

Elaborado por: Maestrante

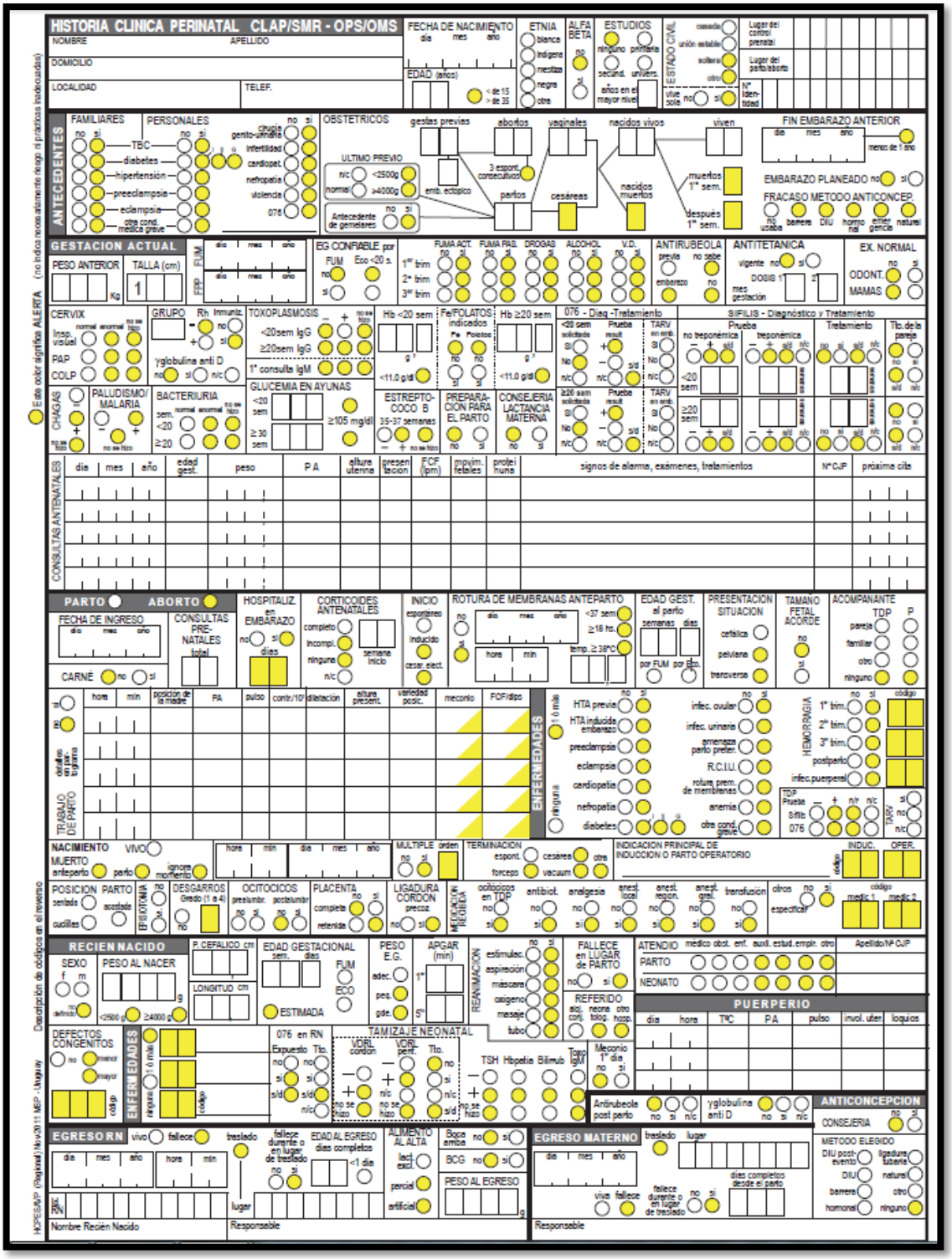
5. FLUJOGRAMA




3ERA ATENCIÓN
CUIDADOS MÍNIMOS
CUIDADOS INTERMEDIOS
CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATO SIN PATOLOGÍA EVIDENTE, ACTIVO REACTIVO. MEDIDAS INICIALES: (ENFERMERAS O AUXILIARES-IRM) MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CREDE OFTÁLMICO VITAMINA K IM
NEONATO CON TAQUIPNEA, RETRACCIONESINTERCOSTALES, NECESIDAD DE OXIGENO HIPERBILIRRUBINEA POR GRUPO O FACTOR RIESGO DE SEPSIS INTOLERANCIA ORAL
NEONATO PREMATURO (>25 SEMANAS, PESO ≥750 GR SINDROME DE DIFICUTAD RESPIRATORIA SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL NEUMONIA SEPSIS ASFIXIA
1 HORA DESPUES SE REALIZA BAÑO Y SE OBSERVA TOLERANCIA ORAL
OBSERVACION CONTROL DE SIGNOS VITALES HIDRATCIÓN POR VIA PARENTERAL SINO TOLERA VIA ORAL ANTIBIOTICOTERAPIA FOTOTERAPIA
VENTILACIÓN MECANICA NUTRICION PARENTERAL HIDRATACIÓN PARENTERAL ANTIBIÓTICOTERAPIA EXAMENES ESPECALES
SI
NO
EN ESPERA DE RESULTADO DE VDRL, GRUPO SANGUINEO BIOMETRIA HEMATICA
PASE A INTERMEDIOS
DEPENDIENDO DEL ESTADO DEL PACIENTE SE DARA EL ALTA
NEGATIVO
POSITIVO
PASE A ALOJAMIENTO CONJUNTO
ALTA
24 HORAS SI ES PARTO NORMAL
48 HORAS SI ES CESÁREA.

ANEXOS

1



Fuente: Sistema Informativo Perinatal OPS.

CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

50	**GESTACION MULTIPLE**	O30
51	**HIPERTENSION PREVIA**	O10
01	Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0
02	Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4
52	**PRECLAMPSIA**	O13, O14
04	Hipertensión transitoria del embarazo	O16
05	Peclampsia leve	O13
06	Preclampsia severa y moderada	O14
53	Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	O11
54	**ECLAMPSIA**	O15
55	**CARDIOPATIA**	Z86.7
56	**DIABETES**	O24
57	Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0
58	Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1
59	Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4
07	Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0
60	**INFECCION URINARIA**	O23.0-O23.4
08	Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7
61	**OTRAS INFECCIONES**	O98,B06,B50-B54,A60
62	Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5
09	Sifilis complicando EPP	O98.1
10	Gonorrea complicando EPP	O98.2
11	Malaria	B50-B54
12	Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60
63	Hepatitis viral	O98.4
64	TBC complicando EPP	O98.0
80	Rubeola complicando EPP	B06.O, B06.8 y B06.9
65	**PARASITOSIS COMPLICANDO EPP**	O98.8
77	Chagas	O98.6
78	Toxoplasmosis	O98.6
66	**RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**	P05
67	**AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)**	O60
13	Incompetencia cervical	O34.3
68	**DESPROPORCION CEFALOPELVICA**	O64, O65, O69
14	Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64
15	Parto obstruido debido a anomalidad pélvica materna	O65
16	Otros partos obstruidos por causa fetal	O66
69	**HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE**	O20
17	Mola hidatiforme	O01
18	Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03
19	Embarazo ectópico	O00
20	Aborto inducido y terapéutico	O06, O04
21	Amenaza de aborto	O20.0
70	**HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE**	
22	Placenta previa con hemorragia	O44.1
23	Desprendimiento prematuro de placenta	O45
24	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O46.0
25	Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1
26	Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3
71	**ANEMIA**	O99.0
27	Anemia por deficiencia de hierro	D50
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
72	**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**	O42
28	Infección del saco amniótico y membranas	O41.1
73	**INFECCION PUERPERAL**	O85,O86
29	Sepsis puerperal	O85
30	Infección mamaria asociada al nacimiento	O91
74	**HEMORRAGIA POSTPARTO**	O72
31	Placenta retenida	O72.0, O72.2
32	Utero atónico	O72.1
33	Laceraciones perineales de 1er y 2do grado	O70.0, O70.1
34	Laceraciones perineales de 3er y 4° grado	O70.2, O70.3
75	**OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS**	(resto de O00-O99)
35	Placenta previa sin hemorragia	O44.0
36	Hiperemesis gravídica	O21
37	Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39)
38	Dependencia de drogas	F10-F19
39	Sufrimiento fetal	O68
40	Polihidramnios	O40
41	Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0
42	Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69
43	Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74
44	Embolismo obstétrico	O88
45	Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0
46	Falla de cierre de la episiotomía	O90.1
47	SIDA	B20-B24
76	HIV positivo	R75
48	Neoplasia maligna del cuello uterino	C53
49	Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

01	Cesárea previa	14	Posición transversa
02	Sufrimiento fetal agudo	15	Ruptura prematura de membranas
03	Desproporción céfalo-pélvica	16	Infección ovular (sospechada o confirmada)
04	Alteración de la contractilidad	17	Placenta Previa
05	Parto prolongado	18	Abruptio placentae
06	Fracaso de la inducción	19	Ruptura uterina
07	Descenso detenido de la presentación	20	Preeclampsia y eclampsia
08	Embarazo múltiple	21	Herpes anogenital
09	R.C.I.U.	22	Condilomatosis genital
10	Parto de pretérmino	23	Otras enfermedades maternas
11	Parto de postérmino	24	Muerte fetal
12	Presentación podálica	25	Madre exhausta
13	Posición posterior	26	Otras
		76	VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01	Lidocaina o similar	16	Inhibidores de Prostaglandinas		
02	Aminas simpatomiméticas	17	Antagonistas del calcio		
03	Gases anestésicos (pentrane-fluorane-óx. nitroso)	18	Sulfato de magnesio		
04	Barbitúricos	19	Hidralazina		
05	Relajantes musculares	20	Beta bloqueantes		
06	Diazepóxidos	21	Otros antihipertensivos		
07	Meperidina	22	Sangre y derivados		
08	Espasmolíticos	23	Heparina		
09	Oxitocina	24	Corticoides		
10	Prostaglandinas	25	Cardiotónicos		
11	Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26	Diuréticos		
12	Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27	Aminofilina		
13	Eritromicina	28	Insulina	31	Antiretrovirales
14	Metronidazol	29	Difenilhidantoina	32	Sulfadoxina-Pirimetamina
15	Betamiméticos	30	Otros	33	Cloroquinas

HCPEBRP 09/06

PATOLOGIA NEONATAL

50	**ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS**	P22.0
51	**SINDROMES ASPIRATIVOS**	P24
52	**APNEAS POR PREMATUREZ**	P28.3-P28.4
53	**OTROS SDR**	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
01	Ductus arterioso persistente	Q25.0
02	Persistencia de la circulación fetal	P29.3
03	Neumonia congénita	P23
04	Neumotorax y enfisema intersticial	P25
05	Taquipnea transitoria	P22.1
06	Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
	HEMORRAGIAS	
07	Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
55	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
56	Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
	HIPERBILIRRUBINEMIAS	
08	Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh	P55.0
09	Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO	P55.1
10	Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
58	**HEMATOLOGICAS** (excluyendo P50-P59)	P60-P61
11	Policitemia neonatal	P61.1
12	Anemia congénita	P61.3
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
13	Otras afecciones hematológicas	(P35-P39,A09,G00,A54.3)
	INFECCIONES	
14	Diarrea	G00
15	Meningitis	P38
16	Onfalitis	P39.1, A54.3
17	Conjuntivitis	P39.4,L00
59	Infecciones de la piel del recién nacido	P36
18	Septicemia	(resto del P35-P39)
20	Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
49	Tétanos neonatal	A33
60	Sifilis congénita	A50
61	Enfermedades congénitas virales	P35
68	Síndrome de Rubeola congénita (SRC)	P35.5
69	Citomegalovirus (CMV)	P35.1
70	Toxoplasmosis congénita	P37.1
39	HIV positivo	R75
19	Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
33	Hidrocefalia adquirida	G91
34	Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1,P91.2
35	Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10,P11,P14
36	Hemorragia intracraneana no traumática	P52
37	Convulsiones	P90
71	Encefalopatia Hipóxico Isquémica	P21
38	Otras afecciones del estado cerebral	P91
	METABOLICA/NUTRICIONAL	
43	Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
45	Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46	Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
66	**OTRAS PATOLOGIAS RN**	
40	Retinopatia de la prematurez	H35
41	Hernia inguinal	K40
65	Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)

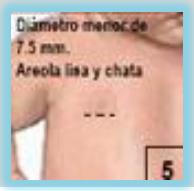
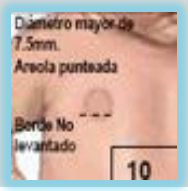
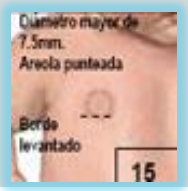
ANOMALIAS CONGENITAS

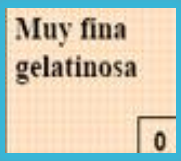
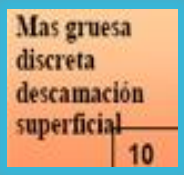
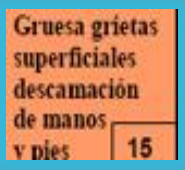
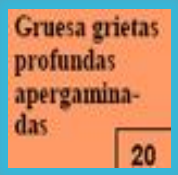
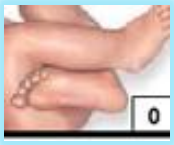
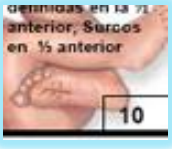
120	Anencefalia	Q00.0
121	Espina bifida/Meningocele	Q05,Q07.0
122	Hidranencefalia	Q04.3
123	Hidrocefalia	Q03
124	Microcefalia	Q02
125	Holoprosencefalia	Q04.2
127	Otras anomalias del Sistema Nervioso Central	Q04,Q06
128	Tronco arterioso	Q20.0
129	Trasposición grandes vasos	Q20.3
130	Tetralogía de Fallot	Q21.3
131	Ventrículo único	Q20.4
132	Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
133	Canal atrio-vent. completo	Q21.2
134	Atresia pulmonar	Q22.0
135	Atresia tricuspide	Q22.4
136	Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
137	Coartación de aorta	Q25.1
138	Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2
139	Otras anomalias circulatorias/respiratorias	Q24,28,34
140	Paladar hendido	Q35
141	Fistula traqueo-esofágica	Q39.1
142	Atresia esofágica	Q39.0,Q39.1
143	Atresia de colon o recto	Q42.0,Q42.1,Q42.8,42.9
144	Ano imperforado	Q42.3
145	Onfalocele	Q79.2
146	Gastrosquisis	Q79.3
147	Atresia duodenal	Q41.0
148	Atresia yeyunal	Q41.1
149	Atresia ileal	Q41.2
150	Otras anomalias gastrointestinales	Q40,43,45
151	Genitales malformados	Q50-56
152	Agenesia Renal bilateral	Q60.1
153	Riñones poli o multiquisticos o displásicos	Q61.1-61.9
154	Hidronefrosis congénita	Q62.0
155	Extrofia de la vejiga	Q64
156	Otras anomalias nefrourinarias	Q63,64
157	Trisomia 13	Q91.4, Q91.5,Q91.6
158	Trisomia 18	Q91.0, Q91.1,Q91.2
159	Síndrome de Down	Q90
160	Otras anomalias cromosómicas	Q92,97-99
126	Labio hendido	Q36
161	Polidactilia	Q69
162	Sindactilia	Q70
163	Displasia esquelética	Q77-78
164	Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
165	Hernia Diafragmática	Q79.0
166	Hidrops fetalis	P56,P83.2
167	Oligoamnios severo	P01.2
168	Otras anomalias musculoesqueléticas	Q68,74,75,79
169	Anomalias tegumentarias	Q82,84

Fuente: Sistema Informativo Perinatal OPS.

TEST DE APGAR				
PUNTUACIÓN	**0 puntos**	**1 punto**	**2 puntos**	**Acrónimo**
COLOR DE LA PIEL	todo azul	extremidades azules	normal	**A**pariencia
FRECUENCIA CARDÍACA	0	menos de 100	más de 100	**P**ulso
REFLEJOS E IRRITABILIDAD	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado	**G**esto
TONO MUSCULAR	ninguna	alguna flexión	movimiento activo	**A**ctividad
RESPIRACIÓN	ausente	débil o irregular	fuerte	**R**espiración

Fuente: Componente normativo neonatal CONASA

TEST DE CAPURRO					
Forma de la oreja (Pabellón)					
	Aplanada, sin incurvación (0 pts)	Borde sup. parcialmente incurvado (8 pts)	Todo el borde sup. incurvado (16 pts)	Pabellón totalmente incurvado (24 pts)	-
Tamaño de la glándula mamaria					
	No palpable (0 pts)	Palpable menor de 5mm (5 pts)	Palpable entre 5 y 10 mm (10 pts)	Palpable mayor de 10mm (15 pts)	-
Formación del pezón					
	Apenas visible sin areola (0 pts)	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata (5 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado (10 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado (15 pts)	-

Textura de la piel					
	Muy fina, gelatinosa (0 pts)	Fina, lisa (5 pts)	Más gruesa, discreta, descamación superficial (10 pts)	Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies (15 pts)	Gruesa, grietas profundas apergaminadas (20 pts)
Pliegues plantares					
	Sin pliegues (0 pts)	Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 pts)	Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior (10 pts)	surcos en mitad anterior (15 pts)	surcos en más de la mitad anterior (20 pts)

A continuación se suman las puntuaciones obtenidas (a esta suma la llamaremos *P*) y se aplica la siguiente fórmula para obtener la edad gestacional estimada (que llamaremos *E*):

$$E = \frac{204 + P}{7}$$

Debido a que este test tiene implicancias subjetivas, es solo una estimación, y tiene error de +/- 18 días.

Fuente: Disponible en: www.saluddealtura.com

HISTORIA CLÍNICA DEL NEONATO

HOSPITAL GENERAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS
HG-1
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

NOMBRE: _____

HCL: _____

PADRE:
EDAD:
PESO:
TALLA:
GS:
INSTRUCCIÓN:
OCUPACIÓN:

MADRE:
EDAD:
P. ANT:
GAN. PESO:
G.S:
INSTRUCCIÓN:
OCUPACIÓN:

P. ACT:
TALLA:
HCL:

FAMILIARES: NO ☐ SI ☐ _____

MATERNOS: NO ☐ SI ☐ _____

OBSTÉTRICOS: NO ☐ SI ☐ _____

PERSONALES: NO ☐ SI ☐ _____

HÁBITOS:

Alcohólica ☐ Fumadora ☐ Drogadicta ☐

AMBIENTE SOCIAL: Bueno ☐ Malo ☐ _____

Rh - ☐ Coombs indirecto: Negativo ☐ Positivo ☐ _____

GESTACIÓN:
Número: _____ EG: _____

P: _____ C: _____ A: _____ HV: _____ HM: _____

Embarazo controlado: SI ☐ N: _____

Serología VDRL: Negativa ☐

HIV: Negativo ☐

FUM: _____ ECOS: # ___ SEMANAS: _____

NO: _____

Positiva ☐ _____

Positivo ☐ _____

MEDICACIÓN: NO ☐ SI ☐ _____

Evolución normal: SI ☐ NO ☐ _____ Traumatismos ☐ Radiaciones ☐

AMNIORREXIS:
Espontánea: SI ☐

Aspecto de LA: Claro: ☐

Cantidad de LA: Normal: ☐

Artificial: ☐ Día _____ Hora: _____

Meconial: ☐ Hemáticas: ☐ Purulentas: ☐ Malolientes: ☐

Polidramnios: ☐ Oligoamnios: ☐ _____

PARTO: FECHA: _____ HORA: _____

SEXO:

Hospitalario: SI ☐

Espontáneo: SI ☐

Situación y Presentación: Cefálica ☐

Extrahospitalario: _____

Inducido: ☐ Cesárea urgente: ☐ Cesárea electiva: ☐ _____

Cara ☐ Nalgas ☐ Podálica ☐ Transversa ☐

Eutócico: SI ☐

Riesgo Elevado: NO ☐

Medicación intraparto: NO

Distócico: ☐ Fórceps Ventosa Múltiple Cir. Cordón

SI ☐ por _____

SI ☐ _____

Fuente: Historia Clínica Neonatal del UCIN del HE-1

ANEXOS
Peso placenta: _____ g. Cordón: _____ cm
Inserción: _____ Aspecto: _____
Observaciones:

APGAR:

PUNTAJE	1 MIN	5 MIN	10 MIN	20 MIN
0 – 3				
4 – 7				
8 - 10				

MANIOBRAS DE REANIMACIÓN:
OXÍGENO: ☐
MASCARILLA: ☐
INTUBACIÓN: ☐

ASISTIDO POR:
_____ FUNCIÓN: _____
_____ FUNCIÓN: _____

EXPLORACIÓN:
EDAD GESTACIONAL: Doubowitz _____ sem Temp rectal. _____ °C
Peso: _____ g. Talla: _____ cm. PC _____ cm. PT _____ cm. PA: _____ cm

IMPRESIÓN GENERAL: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ por _____

COLOR: Rosado ☐ Pálido ☐ Rubicundo ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ _____

PIEL: Normal
Petequias ☐ Equimosis ☐ Pliegue ☐ ☐ _____
Descamación ☐ Erupción ☐ _____

CABEZA: Normal ☐ Cabalgamiento: _____
Fontanela : Normal ☐ _____
Facies: Normal ☐
Caput ☐ _____ Cefalohematoma ☐ _____
Abombada ☐ Deprimida ☐ _____
Parálisis Facial ☐ _____

OJOS: Normales ☐ Observaciones: _____

BOCA: _____
NARIZ: _____
OÍDOS: _____
Mucosas: Normales ☐
Atresia coanas ☐ Labio leporino ☐ Hendidura palatina ☐
Pabellones anormales ☐ _____ ☐ _____
Secas ☐ Rinorrea ☐ Sialorrea ☐ _____

CLAVÍCULAS: íntegras ☐ Fractura ☐ _____

CUELLO: Normal ☐ Observaciones: _____

RESPIRATORIO: FR _____ p/m
Config. Normal: ☐
Ritmo Resp: Normal: ☐
Auscultación: Normal:
Taquipnea: ☐ Bradipnea: ☐ _____
Mastitis: ☐ Intumescencia mamaria : ☐ _____
Irregular: ☐ Boqueadas: ☐ Apneas: ☐ _____
Anormal: ☐ _____

CIRCULATORIO: FC: _____ p/m
Ritmo card: Normal: ☐
Auscultación: Normal: ☐
Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ _____
Anormal _____
Tonos débiles ☐ Soplos ☐ _____

Fuente: Historia Clínica Neonatal del UCIN del HE-1

Pulsos distales.: Presentes ☐	Débiles ☐ Ausentes ☐ _____
ABDOMEN: Normal ☐ Ombligo: Normal ☐	Excavado ☐ Distendido ☐ Hepatomeg ☐ Esplenomeg Nefromeg ☐ _____ Ruidos ausentes ☐ Masas _____ Observaciones: _____
ANO Y GENITALES: Normales ☐ FEMENINO ☐ _____ MASCULINO: ☐ _____	Ano imperforado ☐ Intersexo ☐ Testes no descen. ☐ _____
LOCOMOTOR: Ext. superior: Normal ☐ Ext. Inferior: Normal ☐ Ortolani: Negativo ☐ Columna: Normal ☐	Edemas ☐ Parálisis bronquial ☐ _____ Edemas ☐ Pie zambo ☐ _____ Positivo ☐ _____ Maniobra Barlow _____ Anormal ☐
S. NERVIOSO: Actividad: Normal ☐ Tono: Normal ☐ Llanto: Fuerte ☐ Ref. Moro: Normal ☐ Ref. succión: Vivo ☐ Ref. búsqueda: Vivo ☐ Ref macha: Presente ☐ Ref. Palmar: Vivo ☐ Ref. Plantar: Vivo ☐ Enderezamiento: Vivo ☐	Irritable ☐ Temblor ☐ Inactivo ☐ Deprimido ☐ _____ Hipertonia ☐ Hipotonia ☐ _____ Débil ☐ Ausente ☐ Agudo ☐ _____ Anormal ☐ Por _____ Débil ☐ Ausente ☐ Débil ☐ Ausente ☐ Débil ☐ Ausente ☐ Débil ☐ Ausente ☐ Débil ☐ Ausente ☐ Débil ☐ Ausente ☐
Grupo: _____ Rh: _____ Vitamina K ☐ _____ CREDE: ☐	COMENTARIOS: _____
ESTADO NEONATAL: EDAD G: A término ☐ PESO: Adecuado EG ☐ PATOLOGIA: Ausente ☐	Pretérmino ☐ Postérmino ☐ Bajo peso EG ☐ Peso elevado EG ☐ Presente o probable ☐ por _____
Destino: Cuidados Mínimos ☐	UCI ☐ Intermedios ☐ Aislamiento ☐ Dg: _____ Se traslada a otro centro _____
FECHA DEL EF: _____ HORA _____	RESPONSABLE: _____

Fuente: Historia Clínica Neonatal del UCIN del HE-1

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
HOSPITAL GENERAL DE LAS FF AA			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
RESULTADOS ESPERADOS	**RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS**

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS
RESULTADOS ESPERADOS	**RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS**

NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
RESULTADOS ESPERADOS	**RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS**

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

		FIRMAS DEL PACIENTE
A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C	CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D	CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.	
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDEDIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fuente: MSP Form. 024 Autorizaciones y Consentimiento Informado

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE

AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO

AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE

ÓRGANOS DONADOS		NOMBRE DE LOS RECEPTORES	

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA

AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

AUTORIZACIÓN, EXONERACIÓN Y RETIRO

Fuente: MSP Form. 024 Autorizaciones y Consentimiento Informado

CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL	
POR FUM	COMUNMENTE DEBE DURAR 280 DÍAS (40 SEMANAS)
	SE SOLICITA LA FECHA DE ULTIMA MENSTERUACIÓN (FUM) A LA PACIENTE, SE EMPIEZA A CONTAR LOS DIAS QUE FALTAN DEL MES Y SE SUMAN LO DE LOS SIGUIENTES MESES HASTA CUANDO LA PACIENTE ACUDE PARA EL NACIMIENTO DEL BEBE Y SE DIVIDE PARA 7 DÍAS
	EJEMPLO: PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL EL 10/09/2014, FUM 02/02/2014 → 26 FEBRERO, 31 MARZO, 30 ABRIL, 31 MAYO, 30 JUNIO, 31 JULIO, 31 AGOSTO, 10 SEPTIEMBRE = 220 / 7 = 31 SEMANAS 2 DÍAS
POR ECO	SE DEBE CALCULAR POR ECO QUE SE HAYA REALIZADO LA PACIENTE CON EL MENOR TIEMPO DE EMBARAZO POSIBLE.
	LA LONGITUD DE TU FETO DESDE EL CRÁNEO HASTA EL RAQUIS (ABREVIADO LCR EN ESPAÑO O CRL EN INGLÉS), SE UTILIZA PARA CONOCER LAS SEMANAS, SUMA "6" A LA PRIMERA CIFRA Y PARA SABER LOS DÍAS TOMA LA 2ª CIFRA. CUANDO LA 2ª CIFRA SEA SUPERIOR A "6", SUMA "7" A LA PRIMERA CIFRA.
	EJEMPLO: CRL 54 MM = 5+6 = 11 SEMANAS 4 DÍAS , CRL 58 MM = 5+7 = 12 SEMANAS 4 DÍAS
	AL OBSERVAR LA EDAD GESTACIONAL POR EL ECO MAS RECIENTE SE EXTRAPOLA LA FEHCA HASTTA LA QUE ACUDE AL CONTROL. ES DECIR SI EL ECO DE LA PCTE, ES DE 9 SEMANAS HASTA EL
FONDO UTERINO	PERMITE CORRELACIONAR LAS SEMANAS DE GESTACIÓN CON EL CRECIMIENTO FETAL PARA SU SEGUIMIENTO.
	SE LO REALIZA A PARTIR DE LAS 20 SEMANAS YA QUE EN ESA EDAD SE ENCUENTRA EN EL OMBLIGO, DE DONDE SE SUMARA DOS DEDOS POR CADA SEMANA.

Elaborado por: Maestrante

TEST DE BALLARD

MADUREZ FISICA	-1	0	1	2	3	4	5
PIEL	Pegajosa Quebradiza Transparente	Gelatinosa roja Traslúcida	Rosa Pálido Venas visibles	Descamación superficial y/o eritema, pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas Venas raras	Engrosamiento, agrietado profundo, no venas	Dura, agrietada y arrugada
LANUGO	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres	Casi no hay lanugo	
SUPERFICIE PLANTAR	Talón-dedo gordo 40-50mm: -1, <40mm:-2	>50mm no hay pliegues	Marcas rojas mortecinas	Sólo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2/3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta	
MAMAS	Imperceptibles	Apenas perceptibles	Areola plana, no hay glándula	Areola granulosa, glándula de 1-2mm	Areola sobre elevada, glándula de 3-4 mm	Areola completa, glándula de 5-10 mm	
OJO/OREJA	Párpados fusionados levemente: -1 Frecuentemente: -2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugada	Pabellón ligeramente incurvado, blando, despliegue lento	Pabellón bien incurvado, blando, pero con despliegue rápido	Formado y firme, despliegue instantáneo	Cartílago grueso, oreja enhiesta	
GENITALES MASCULINOS	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con vagas rugosidades	Testículos en la parte alta del conducto, pliegues muy escasos	Testículos en descenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes, rugosidades profundas	
GENITALES FEMENINOS	Clítoris prominente, labios aplanados	Clítoris prominente y labios menores pequeños	Clítoris prominente labios menores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Labios mayores cubren el clítoris y labios menores	

MADUREZ NEURO-MUSCULAR	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote de brazos		180°	140-180°	110-140°	90-110°	< 90°	
Angulo poplíteo	180°	180°	140°	120°	100°	90°	< 90°
Signo de la bufanda							
Talón-oreja							

INDICE DE MADUREZ	
PUNTOS	SEMANA DE GESTACIÓN
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

FUENTE: Gomella, Neonatología 5ta edición pág. 25-26

LAVADO DE MANOS			
EL MERECE TU CUIDADO LAVATE LAS MANOS			
	1. MOJA TUS MANOS CON AGUA	2. APLICA SUFICIENTE JABÓN	3. FROTA LAS PALMAS DE LAS MANOS
4. FROTA PALMA CON PALMA CON LOS DEDOS INTERCALADOS	5. FROTA LA PALMA SOBRE EL DORSO DE LA MANO	6. ENTRELAZAR LAS MANOS Y FROTA LOS DORSOS DE LOS DEDOS.	7. FROTA EL PULGAR ABRAZANDOLO CON LA PALMA
8. FROTA LAS YEMAS DE LOS DEDOS SOBRE LA PALMA	9. ENJUAGA TUS MANOS CON AGUA	10. SECA BIEN TUS MANOS CON TOALLA DE PAPEL	11. USA LA MISMA TOALLA DE PAPEL PARA CERRAR LA LLAVE

Fuente: http://www.unisabana.edu.co/nc/br/la-sabana/campus-20/noticia/articulo/semana-del-lavado-de-manos/

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fescina, RH. (2010). Sistema Informativo Perinatal OPS.
2. Gomella, C, Neonatología, 5Ta Eición, editorial Medica Panamaericana
3. Izquiero, D .W. (2008). Componente normativo neonatal CONASA.
4. Lozano, D. G. (2007). Guia del cuidado del recien nacido.
5. Patricia Mena, M. M. (2005). Guias nacionales de neonatología.
6. Perez, E. (2007). Protocolo de canalización de cateter epicutáneo en neonatos.
7. Taylor, M. (2008). Manual para el cuidado el recien nacido y el infante

Apéndice 11

GUIA PARA PADRES CON LA LLEGADA A CASA DE UN HIJO PREMATURO O QUE TUVO UNA PATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

1) EN EL MOMENTO DEL ALTA

2) PASOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES CON EL BEBE

- **a) COMO TOMAR LA TEMPERATURA DE SU BEBÉ**
  - i) Para tomar la temperatura axilar
  - ii) Para tomar la temperatura rectal
- **b) COMO ALIMENTAR A SU BEBÉ**
  - i) Horario de Alimentación
  - ii) Como dar de lactar
  - iii) Cuidado de sus pezones
  - iv) Por Cuanto Tiempo dar de lactar
  - v) Extracción Manual de Leche
  - vi) La Dieta de Mama mientras da de lactar
  - vii) Alimentación con biberón
    - (1) Tipo de Formula
    - (2) La Preparación de la Formula.
    - (3) Al dar la Formula
    - (4) Consideraciones Especiales
- **c) SACAR LOS GASES**
- **d) HIPO**
- **e) REGURGITACION**
- **f) DEPOSICIONES DE LOS NEONATOS**
  - i) Un bebé alimentado con leche materna
  - ii) Un bebé alimentado con Biberón
- **g) BAÑO**
  - i) Comentarios Especiales sobre el Baño
  - ii) Solo para niños
- **h) PAÑALES**

3) CUANDO LLAMAR AL DOCTOR

Hospital de Especialidades HE-1

GUIA PARA PADRES CON LA LLEGADA A CASA DE UN HIJO PREMATURO O QUE TUVO UNA PATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

Con el nacimiento de un neonato prematuro o que presente algún tipo de patología muchos de sus padres se sienten temerosos de cómo será el desarrollo y crecimiento del neonato, pero con el transcurso del tiempo, el permanecer constantemente con él, iniciar plan canguro tanto el padre como la madre, el alimentarlo, bañarlo día a día, brinda seguridad a sus padres sin embargo al momento de decidir el alta empiezan a generar muchas preguntas las mismas que podrán ser respondidas con esta guía.

Los cuidados que se darán en casa dependerán de las enfermedades que haya pasado y del peso con el que se vaya, pero generalmente sólo precisará un poco más de vigilancia, paciencia y algunas medidas preventivas.

El personal de neonatología estará a su disposición para ayudarles a hacer la transición del hospital a su casa más tranquila.

Asegurándose que los padres entiendan las indicaciones que les den sobre los cuidados a realizar en casa, pues es un derecho y una necesidad para cualquier padre o familiar que preste ayuda para el cuidado de la salud de un niño. Se deberá revisar con los profesionales la alimentación, los medicamentos, las citas de las consultas, y las recomendaciones para después del alta.

El alta será dada cuando el niño esté en la siguiente situación:

- Mantiene su temperatura estable.
- No tiene apneas o si las tiene son muy breves y no precisan tratamiento (aunque pueda necesitar un monitor).
- Toma la alimentación (pecho o biberón) por succión.
- Aumenta de peso.
- No necesita oxígeno (en algunos casos puede irse a casa con él).
- Tiene un peso de 1.800-2.200 g (el peso para el alta está en relación a la existencia de un equipo de asistencia domiciliaria en el hospital).

A. EN EL MOMENTO DEL ALTA

El personal del servicio, dependiendo del estado del paciente debe programar e informar 72 horas antes a sus padres sobre el alta del neonato para que adecuen el área en donde va a permanecer el niño.

Durante el alta el personal debe dar todas las indicaciones:

1. Medicamentos que deban seguir siendo administrados
2. Como, cuando y que tiempo deberá bañar al niño
3. Como mantener hidratada la piel
4. Qué tipo de ropa debe usar él bebe
5. Tipo de leche de fórmula debe usar para complementar su alimentación o sino no tiene leche materna.
6. Indicar que debe continuar con el plan canguro en casa
7. Como debe limpiar su ombligo diariamente si así lo requiera.
8. Enseñar cómo debe tomar la temperatura del niño.
9. Decir que vacunas ha recibido que vacunas ha recibido y cuales deberá hacerlo.
10. Informar sobre la posibilidad de contactar con el Servicio de Neonatología para preguntar acerca del cuidado del niño, si fuera preciso.
11. Indicar que medico deberá atenderlo en su primer control para su primera revisión
12. Se debe informar a sus padres que hay un riesgo para el niño, como el VRS (virus respiratorio sincitial).
13. Si él bebe aún requiere de oxigeno por cánula nasal a mínimos requerimiento se enviara a trabajo social para solicitar los lugares en donde se puede obtener el tanque de oxígeno, una vez tenga el tanque se enseñara a usar.

Lo que debe y no debe haber en la habitación del bebé:

1. Tener cobijas térmicas (5), sabanas y ropa de algodón
2. Evitar colonias, talcos o cremas perfumadas.
3. No mantener peluches o juguetes que desprendan pelusas en la habitación.
4. Mantener un ambiente templado

Lo que deben realizar sus padres:

1. Lavarse las manos con frecuencia, antes de tocar al niño y al preparar los alimentos
2. Evitar los ambientes con humo y, en lo posible, las aglomeraciones y el contacto con personas con enfermedad respiratoria.
3. Cuando él bebe va a dormir deben recostarlo siempre sobre su espalada (boca arriba) o de lado, cambiando su cabeza de lado, sobre un colchón rígido, sin almohada y evitando el sobrecalentamiento.
4. Cuando él bebe está despierto debe ponerlo a ratos sobre su abdomen para fortalecer los músculos, y prevenir el aplanamiento de la cabeza.
5. Cuando viajen en automóvil utilicen siempre, y de forma correcta, los sistemas de retención infantil homologados y adecuados al peso del niño

B. PASOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES CON EL BEBE COMO TOMAR LA TEMPERATURA DE SU BEBÉ

La temperatura en un niño prematuro puede tomarse en la axila y/o en el recto. Actualmente se está utilizando la temperatura en el oído, pero no se tiene suficiente experiencia en niños muy pequeños. (1)

Para tomar la temperatura axilar

- Asegurarse de que el mercurio está por debajo de 35.5º C.
- Poner la zona de mercurio dentro de la axila, en contacto con la piel.
- Colocar el brazo del niño pegado al pecho, para que no se mueva el termómetro.
- Mantenerlo 3-4 minutos.

Para tomar la temperatura rectal

- Asegurarse de que el mercurio está por debajo de 35.5º C.
- Poner lubricante (por ejemplo vaselina estéril) en la zona a introducir.
- Colocar al niño boca arriba con las piernas abiertas, como si se estuviera cambiando el pañal.
- Introducir en el ano sólo la parte del mercurio
- Mantenerlo 2-3 minutos.

Limpie el termómetro con agua y jabón o con alcohol de fricción (isopropanol alcohol antiséptico), y guárdelo en un lugar limpio y seguro.

COMO ALIMENTAR A SU BEBÉ

Como sabemos muchos de los bebes que han nacido prematuros o con alguna patología no se alimentan directamente del seno materno pues se inicia su alimentación por sonda oro gástrica, posterior por biberón y por ultimo si su madre aún mantiene leche en sus mamas se da las instrucciones para que debe de lactar a su bebe.

Con las indicaciones dadas durante la hospitalización de su bebe sobre cómo debe dar de lactar, Ud. debe continuar igual en casa sin suspenderlo, pues alimentarlo casi será la experiencia más importante que su bebé tendrá durante los primeros meses de vida, es la primera experiencia social y emocional de su bebé. El contacto íntimo con usted y el sentimiento de amor, calor y seguridad que el bebé adquiere al estar cerca de usted son tan importantes para su crecimiento y desarrollo como la misma leche que come.

Horario de Alimentación

- En el hospital su bebé se alimentaba con un horario fijo, cada 3 horas.
- Esto no es necesariamente lo que ocurrirá cuando los dos se vayan a su casa, es probable que usted y su bebé sean más felices si en vez de seguir un horario rígido, le dé de comer cada vez que él o ella lo deseen. Aun en las primeras semanas, su bebé puede dejarle saber mejor que nadie cuando y cuanta cantidad es la indicada en cada comida.
- Sin embargo se debe informar a su madre que el dar del pecho, o amamantar, no es en su totalidad una experiencia cómoda, especialmente en las primeras semanas. Usted puede sentir molestias en la primera semana por irritación en los pezones, y/o por llenura y recargamiento de sus pechos cuando la leche fluye.

Para lo cual puede intentar lo siguiente:

- Use un brasíer especial para dar del pecho con buen soporte.
- Extraerse (sacarse) manualmente un poco de leche puede ayudarle a suavizar los pechos y aliviar un poco la presión.
- Compresas o toallitas tibias aplicadas a los pechos antes de amamantar pueden ayudarle a la bajada y salida de la leche.
- Quedarse un rato bajo la ducha tibia puede inducir al flujo de la leche y aliviar la presión y recargamiento. Podría necesitar ponerse de espalda al chorro de agua para que esta no le pegue directamente en los pechos.

- Compresas de hielo después de dar del pecho podrían ayudarle a bajar la inflamación y el dolor. Aplíquelas por unos 15 minutos.

Sus pezones podrían dolerle cuando su bebé empieza a succionar. El dolor usualmente se presenta al tercer o cuarto día y luego empieza a mejorar en el transcurso de la siguiente semana.

Esta molestia puede ayudarse con lo siguiente:

- Lavar sus pezones solo con agua, y no con jabón.
- Permitir que sus pezones se sequen por unos 10 a 15 minutos después de cada vez que da del pecho. Puede hacerlo dejando abierto el brasíer de amamantar por debajo de su camisón o blusa.
- Ir rotando las posiciones al amamantar al principio, por ejemplo, acostada, sentada, etc.

Como dar de lactar

1. Lo primero y más importante, es que se encuentre en una posición cómoda.
2. Cualquiera que sea la posición más cómoda para usted será la que le funcione mejor. Podría intentar acostándose de lado al principio o quizás sentándose en una silla cómoda, apoyando a su bebé en una almohada sobre sus regazos o debajo de su brazo.
3. Toque su pezón contra la mejilla de su bebé. Él o ella buscara su pezón ya que esto es un reflejo innato. No intente forzar a su bebé para que se dé vuelta, si hace esto más bien lograra que busque su mano y no el pezón.
4. Con su otra mano, ponga el dedo índice por arriba y su dedo medio por debajo de su pezón, ambos detrás del área circular oscura conocida como la areola.
5. Ayude a su bebé a introducir el pezón entero en su boca y lo más posible de la areola. De esta forma le será más fácil y más efectivo a su bebé succionar Si fuera necesario, aparte un poco su pecho de la nariz de su bebé, con sus dedos, de esta manera él o ella respirara más fácilmente cuando este alimentándose.
6. Cuando haya terminado, presione cuidadosamente la parte de su pecho junto a la comisura (esquina) de la boca de su bebé. Esto permitirá que entre un poco de aire en la boca, lo cual romperá la succión y permitirá que saque más fácilmente su pezón.

Cuidado de sus pezones

- Lávese bien las manos con agua y jabón antes de manipular sus pechos.
- Quítese cualquier crema (si tuviese) de los pezones con un trapito o toallita suave antes de dar del pecho. Lavar sus pechos con agua solamente es suficiente, no use jabón en sus pezones.
- Si parece ayudarle a la irritación, aplique una crema que le indique su médico. Esto generalmente es necesario solo por los primeros días.

Por Cuanto Tiempo dar de lactar

- Permita que su bebé tome hasta 15 minutos en cada pecho por toma
- Empiece gradualmente a aumentar el tiempo de amamantar. De veinte a treinta minutos deberá ser el máximo aun después que sus pezones se hayan acostumbrado y ya esté produciendo la máxima cantidad de leche. El bebé toma la mayor cantidad de leche en los primeros 5 a 10 minutos. El resto es más que nada para satisfacer su necesidad de succionar.
- Si Ud. ya no tiene leche por el tiempo que permaneció sin dar de lactar a su bebe porque permaneció hospitalizado poco a poco Ud. se dará cuenta cual es la cantidad que su bebe debe tomar satisfaciendo sus necesidad de alimentarse, comúnmente él bebe debe tomar entre 30 a 60 onzas en los primeros meses y
  poco a poco ira aumentando a libre demanda.

Extracción Manual de Leche

Podría ser necesaria si:

- Si su bebé se duerme antes de vaciarle el pecho y usted queda incómodamente llena.
- Si por alguna razón tiene que saltarse una o más dada de pecho.

Como hacerlo:

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Ponga su dedo pulgar justo arriba del borde de la areola y su dedo índice justo abajo del borde inferior.
- Empuje su mano hacia adentro hasta que pueda sentir las costillas. Al mismo tiempo, levante su pecho con la palma de la mano.
- Presione sus dedos contra su pecho y ábralos y ciérrelos como si fueran unas tijeras.

- Para vaciar el pecho en su totalidad, use la misma posición de la mano pero empiece con los dedos desde la parte de más afuera del pecho y gentilmente vaya acercándose hacia el pezón.
- También podría usar una bomba de pecho manual o eléctrico, si tuviese una. Algunos modelos pueden obtenerse en farmacias o tiendas de materiales médicos.

La Dieta de Mama mientras da de lactar

- Coma lo que desee y sea observadora. Si una comida en particular pareciera que le cae mal a su bebé después de que usted la come, sáquela de su dieta por unos días, luego introdúzcala de nuevo.
- La cafeína puede estimular a los bebés, haciéndolos irritables e inquietos por varias horas. Así que modere su ingesta de bebidas que contengan cafeína (café, Coca-Cola, té, etc.), usualmente no más de 1 taza de café o dos bebidas gaseosas con cafeína al día.
- Evite TODA bebida alcohólica mientras esté dando del pecho.
- Mientras usted este dando de lactar va a necesitar todas las comidas que son necesarias en la dieta de cualquier persona saludable. Incluya al menos una porción diaria de carne magra (sin grasa), pollo o pescado, huevos, frutas, vegetales, y cereal o pan integral. Beba un poco de leche entera cada día (a menos que sea sensible a productos lácteos). Es importante la ingesta adecuada de líquidos, tome al menos 8 onzas de líquido con cada dada del pecho y con cada comida. Use vitaminas de suplemento prescritas por su médico obstetra.
- Muchas drogas (medicinas) son excretadas en pequeñas cantidades en la leche materna cuando la madre lactante las toma. Pregúntele a su médico (obstetra, medico familia, y/o pedíatra) si está bien antes de tomar cualquier medicamento mientras esta amamantando o dando del pecho.

ALIMENTACION CON BIBERON

Tipo de Formula.

Muchas veces los neonatos prematuros por su tiempo de estancia hospitalaria toma leche de fórmula, la misma que es exclusiva para ellos.

Nosotros sugerimos una formula preparada comercialmente como **Similac Advance®** o **Enfamil Lipil®** para prematuros la cual ha sido modificada para tener una composición química y propiedades físicas similares a la leche materna.

La Preparación de la Formula.

- Las fórmulas para bebés pueden comprarse en muchas formas diferentes, como lista para usarse, concentradas, o en polvo.
- Lo primero que Ud. debe hacer es siempre utilizar agua hervida o utilizar agua de botella.
- Muchas de las formulas indican en la parte posterior dependiendo del tipo de medida cuantas debe utilizar.
- En cuanto a las fórmulas liquidas hay de varias calorías la principal para un neonato prematuro es de 24 kcal. Este tipo de formula no necesita de ser mezclada con agua.
- Al utilizar los biberones Ud. debe hacerlos hervir todos los días y colocarlos en el refrigerador e ir utilizando conforme sea necesario.
- Para calentar el biberón o el agua usted puede usar un calentador de biberón o puede sostener el biberón bajo un chorro de agua tibia por un rato hasta traerlo a temperatura ambiente. Mueva (revolviendo) el biberón y pruebe unas gotas en la parte trasera de su muñeca para asegurarse que la leche no esté muy caliente antes de alimentar a su bebé.
- No intente reusar biberones parcialmente vaciados, ya que los gérmenes de la boca de su bebé crecen en la leche y después de un tiempo podrían enfermar a su bebé si él o ella bebé de esa leche.

Al dar la Formula

1. Lávese bien las manos con agua y jabón.
2. Siéntese en una silla cómoda, acurrucando a su bebé en sus brazos. “Siempre sostenga a su bebé. Nunca deje el biberón sobre la cama o deje desatendido a su bebé”.
3. Mantenga el biberón hacia arriba para que la leche siempre llene el cuello del biberón y la mamadera previniendo que su bebé trague aire.
4. Una vez que su bebé parezca estar bien satisfecho(a) y ya haya sacado gases, lo(a) puede volver a poner en su cama.

Consideraciones Especiales

- Revise los hoyos de las mamaderas periódicamente (puede hacerlo cuando este revisando la temperatura de la formula).
- Ajuste el tamaño del hoyo según su bebé.

- Si los hoyos están muy grandes, el bebé podría escaparse de ahogar, toser, escupir o vomitar.
- Si los hoyos son muy chiquitos, su bebé tendrá que hacer mucho esfuerzo para alimentarse y se podría cansar, o tragar mucho aire alrededor de la mamadera.
- Para la mayoría de los bebés, cuando el biberón se vuelve hacia abajo y se mantiene al revés, la leche deberá caer en un goteo constante. Si se derrama fácilmente, bote la mamadera.
- Si apenas sale leche solo cuando la sacude vigorosamente, haga el hoyo más grande, calentando una aguja pequeña en una llama hasta que se ponga roja, luego pasándola rápidamente por dentro del hoyo y hacia afuera de regreso.
- En cuanto termine de dar el biberón a su bebé, limpie la mamadera enjuagándola y lavándola con un cepillito y detergente. Enjuáguela completamente de forma que el agua corra varios minutos.
- Cuando usted viaje con su bebé ya sea local o distancias largas, debe tener mucho cuidado con cómo preparar y guardar la formula. Si usted está usando formula concentrada preparada en casa, deberá cargarla en una hielera (con hielo) o en refrigeración.
- Otra opción es cargar con biberones limpios y secos y usar formula lista-para usarlas individuales.
- Una opción más es, llevar la formula en polvo para cada toma en biberones limpios y secos
- con sus tapas, y mezclarlos con la cantidad correcta de agua embotellada cuando esté lista para alimentar al bebé.

SACAR LOS GASES

Es necesario para ayudarle a sacar o eliminar del estómago el aire que ha tragado. El tragar aire ocurre normalmente durante el llanto y al alimentarse. El aire acumulado puede hacer sentir mal e incómodo a su bebé.

Usted va a aprender por experiencia propia cada cuanto necesita sacarle gases a su bebé. Una manera de decir es cuando su bebé deja de tomar del pecho, se aparta del pezón y empieza a quejarse. Si su bebé no hace esto, intente sacarle gases después de darle de cada pecho o después de cada 1 a 2 onzas (si está alimentándolo con fórmula) más o menos a la mitad de su toma.

También deberá de intentar sacarle aire a su bebé antes de cada toma si su bebé ha estado llorando por hambre y pasar más rato intentándolo al final de su toma de leche.

La mejor posición para sacarle gases es con el bebé sostenido hacia arriba contra su hombro o en una posición sentadito(a) en sus regazos (o a la par suya en la cama). Dele palmaditas suaves en la espalda para que suban las burbujas de aire. Dele apoyo en su cabeza y espalda con su mano. Después de los 6 meses de edad, su bebé probablemente ya será capaz de eructar (sacar los gases) por sí mismo sin su ayuda.

HIPO

La mayoría de los bebés tienen hipo durante o después de algunas de su toma de leche. Algunos tienen hipo aun antes de que nazcan. El hipo no es dañino para el bebé, pero a veces lo pueden hacer enfurecer.

Si usted aún tiene su pecho o el biberón disponible, unos traguitos de leche pueden con frecuencia hacer que el hipo pare. De otra manera, simplemente espere a que el hipo pare por su cuenta.

REGURGITACION

Si él bebe vomita hay que estar pendiente como se encuentra su estado general, si descansa dos horas o más entre sus tomas de leche, y está ganando peso apropiadamente en sus chequeos de rutina, entonces probablemente no haya ningún problema.

Si él bebe está vomitando, irritable, alimentándose con más frecuencia, no está durmiendo bien, entonces usted deberá llamar a su médico para pedir consejo.

Y darse cuenta que el vómito puede ser:

- Debido a la forma de alimentación
- Que los hoyos de la mamadera son de tamaño inapropiado (o muy grandes o muy pequeños).
- Que su bebé este tragándose la leche demasiado rápido aun si los hoyos de la mamadera son de tamaño adecuado.

Pero al principio, su bebé puede devolver leche por inadecuada coordinación al tragar y succionar. Esto mejorara con la experiencia y madurez. Otras cosas que pueden aumentar la devolución de leche, podrían ser una atmósfera muy ansiosa al momento de la alimentación, revolotear al bebé con la pancita llena, o por comer demasiado.

“Recuerde que mientras su bebé este saludable, feliz, durmiendo de 2 a 6 horas entre tomas de leche, y ganando peso normalmente”

- Si la leche vomitada huele ácida y se ve cortada no tiene importancia. El primer paso en el proceso digestivo es la acción del ácido gástrico en la proteína de la leche, resultando en leche cortada y ácida.
- Si la leche es devuelta exactamente como fue tragada, lo único que quiere decir es que no estuvo en el estómago el suficiente tiempo para que este proceso se llevara a cabo.

DEPOSICIONES DE LOS NEONATOS

Las deposiciones de un bebé recién nacido sufrirán muchos cambios en los próximos meses de vida.

- Los primeros dos días, las deposiciones son de color verde oscuro y muy pegajoso, llamadas “heces meconiales”. Luego se van aflojando progresivamente en las próximas semanas.
- Un bebé puede tener desde una sola deposición cada tercer día o hasta ocho por día (uno por toma de leche).
- Después de los primeros dos días, los colores normales de las deposiciones incluyen amarillo, verde amarillento hasta verde.
- Al comenzar las dos semanas de edad, las deposiciones son todo un acontecimiento para los bebés. Ellos gruñen, hacen fuerza, y lloran sin importar el tamaño, la forma, la consistencia o la frecuencia de las heces. Esto sucede porque los bebés no tienen la coordinación muscular requerida para hacer fuerza y relajarse al mismo tiempo.
- Ellos lloran, gritan, se ponen morados, y luego sacan unas heces normales y suaves. Alrededor de los 3 a 4 meses de edad, un bebé podría gruñir y hacer fuerza ya sin llorar mientras tiene una deposición.
- Constipación, o estreñimiento, significa unas heces duras, secas, sin importar la frecuencia con que ocurran. Un bebé puede tener varias deposiciones en un día en la forma de bolitas pequeñas y secas, y por lo tanto estar constipado.
- Por otro lado, él bebe podría saltarse unos días y luego tener una deposición suave perfectamente normal.

Si usted piensa que su bebé esta constipado, llame a su médico a pedir consejo.

- La diarrea (heces acuosas y frecuentes) puede ser un problema mucho más urgente, especialmente en el infante pequeño. Si esto ocurre, las deposiciones aumentarán en número y se convertirán de consistencia cada vez más liquida y de color más verde, contendrán cada vez más cantidad de moco, y quizás un olor más ofensivo. Una característica de una diarrea que da problemas es que casi siempre empeora y no mejora.

Si el número de heces acuosas (liquidas) está aumentando en frecuencia y/o su bebé se está poniendo quejumbroso o irritable, llame a su médico a pedir consejo.

Un bebé alimentado con leche materna

- Casi nunca esta constipado.
- Las deposiciones son variables en número, desde 6 a 8 o más al día, especialmente al principio (la mayoría del tiempo es 1 por cada toma de leche) hasta de 1 cada tercer día.
- El color usualmente es amarillo pálido pero muchas veces tiene trazos de verde.
- La consistencia de las heces es suave hasta floja, podría ser granular.
- El olor es bastante fuerte.

Un bebé alimentado con Biberón

- Al principio podría tener deposiciones frecuentes como un bebé que ha tomado leche materna. Más tarde, usualmente es de 1 a 4 deposiciones al día.
- El color es amarillo a amarillo naranja.
- La consistencia es pastosa a firme. Puede contener grumos o pedacitos.

BAÑO

El baño del neonato no debe ser más de cinco minutos, en un ambiente templado, que no corra viento. Además siempre se deberá tener listo lo que se va a colocar al bebe.

Materiales que debe tener listo antes de empezar

- Bañerita o tina de bebe.
- Un jabón líquido para bebés (evitar jabones neutros o de manzanilla o avena ya q son alcalinos)

- Uno o dos trapitos suaves para baño
- Una toalla para envolver y otra para secar
- Bolitas de algodón (motitas)
- Hisopos con puntita de algodón
- Un cambio de pañales (mantillas) y de ropita
- Alcohol de frotar (Isopropanol)

El baño no debe interferir con sus patrones de alimentación o sueño. Puede ser preferible que el baño sea antes y no después que una toma de leche. El bañar a su bebé a la misma hora todos los días ayuda tanto a mama como a bebé acostumbrarse a la rutina.

- Revise la temperatura del agua con su muñeca o con su codo. La temperatura del agua debe estar cómodamente tibia para su piel.
- Con un trapito (toallita de baño suave) humedecida ligeramente en agua, con mucha delicadeza limpie los hoyitos de la nariz y alrededor de los ojos. No es necesario limpiar adentro de la nariz.
- Lave la cara con agua y jabón, incluyendo las orejas por fuera así como los pliegues detrás de las mismas. La cera en la apertura externa de la oreja se puede remover o limpiar con un o con un trapito suave. No lo introduzca adentro del canal de la oreja.
- Aplique jabón en el cuero cabelludo (cabeza), con cuidado de que no entre jabón en los ojos de su bebé. Sostenga su cabeza encima de la bañera y enjuague totalmente.
- Aplique jabón al cuello, pecho, brazos, manos, espalda, abdomen, piernas, nalgas y genitales (área privada). No deje de lavar los pliegues de piel, especialmente del cuello, axilas, pelvis, genitales, etc. Estos pliegues profundos son fácilmente olvidados y toman un poco de esfuerzo para limpiarlos. Si estos pliegues no se limpian y se lavan con cuidado es muy fácil que al bebé le salga rash en estas áreas.
- Un bebé mojado será resbaloso y usted podrá agarrarlo con más seguridad con un pañal limpio o una toalla pequeña. Poner una toalla al fondo de la bañera también es de utilidad.
- Sostenga la cabeza y los hombros con una mano, mientras con la otra mano sostenga la mitad inferior del cuerpo de su bebé, usualmente sosteniendo de las nalgas o piernas.
- Deslice al bebé en la bañera y suelte las piernas, continué sosteniendo la cabeza como antes. Enjuague totalmente. Levante fuera de la bañera.

- Seque suavemente por partes con una toalla seca, no restriegue con fuerzas.
- Vista a su bebé con ropa apropiada para la temperatura de la casa.

Comentarios Especiales sobre el Baño

- No evite la parte suave (la fontanela) cuando este lavando el cuero cabelludo. En realidad es un área muy fuerte y usted no necesita estar preocupada de lastimarla mientras la esté lavando con un trapito suave.
- En las niñas, asegúrese de apartar bien los labios genitales y limpiar entre medio de ellos, tanto durante los baños como cuando cambia de pañales, especialmente después de las deposiciones. La vagina se limpia por si sola y no requiere ninguna limpieza especial por dentro.
- Siempre limpie de adelante hacia atrás a través de la apertura vaginal. Nunca deje a su bebé solo durante los baños. El teléfono y el timbre de la puerta pueden esperar.

EL CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL

El cordón umbilical (ombligo) usualmente se cae entre los 7 y 14 días. Podría darse el caso en que se caiga tan temprano como al cuarto día. La separación ocurre por suavizamiento.

Usted podría ver, conforme se va separando, aparecer un material pegajoso en el ombligo y parte de él podría derramarse para afuera. Usted también podría ver un punteo de sangre. Esto podría permanecer hasta por una semana hasta que el ombligo se vea seco y haya sanado por completo.

- Mantenga el cordón umbilical lo más seco posible. Mientras más seco se mantenga, hay menos posibilidades de que se infecte. Evite empaparlo con agua, con jabón, crema, etc. durante los baños.
- Evite ponerle curitas, banditas, o cualquier otro tipo de material.
- Mantenga el borde del pañal doblado hacia abajo para evitar un roce continuo y una humedad constante del pañal húmedo.
- Limpie el ombligo (cordón umbilical) con alcohol de fricción (isopropanol) para mantener el cordón seco y reducir la infección.
- Humedezca una mota (bola) de algodón y limpie de arriba hacia abajo el cordón y alrededor del pliegue de la base del mismo.
- Darle cuidado al cordón umbilical y ombligo unas 2 o 3 veces al día es suficiente.

Si la parte de la piel alrededor del ombligo se inflama o pone roja, llame a su médico.

SOLO PARA NIÑOS

No hay ningún cuidado especial para el pene que no se ha circuncidado en los primeros meses de vida. Simplemente limpie el prepucio al bañar al bebé y a la hora de cambiar los pañales, igual que lo haría con el resto del área. Después de unos cuantos meses, mientras bañe al bebé, puede gentilmente empujar hacia atrás el prepucio del pene hasta que encuentre resistencia, para ver hasta donde se retrae fácilmente. Luego limpie el área expuesta de la cabeza del pene con agua y empújela hacia adelante otra vez.

PAÑALES

- Cambie el pañal siempre que su bebé parezca incomodo por la humedad y después de cada deposición.
- Usualmente no es necesario y no se recomienda despertar al bebé para cambiarle el pañal.
- A su bebé no le dará frío por tener el pañal húmedo si está lo suficientemente caliente (tibia) la casa.
- Los bebés con piel sensible podrían requerir que le cambien los pañales más frecuentemente.
- Cuando le cambie de pañal, limpie bien las nalgas y el área genital (partes privadas). Use un trapito húmedo con agua y jabón o una toallita con lanolina.
- Si su bebé tiende a tener rash del pañal fácilmente, aplíquele una capa fina de crema (Desitin®, crema cero) Vaselina® sobre el área del pañal después de cada cambio para proteger la piel de contaminación con las heces y orina. Esta precaución podría prevenir o disminuir el rash del pañal.
- Permita que el área del pañal se airee por unos 15 minutos sin pañal por lo menos una vez al día para prevenir rash del pañal.
- Si va a usar pañales de tela, la doblada del pañal, depende de la forma del mismo. Usted podría doblar el pañal ya sea en forma rectangular o triangular.

Lavando pañales de tela:

- Deje remojando los pañales sucios en una tina grande llena hasta la mitad con agua fría y medía taza de detergente exclusivo para bebes, hasta que esté lista para lavarlos.
- Lávelos en agua caliente y enjuáguelos una vez o dos veces en agua fría.
- Lo mejor es usar un jabón que no sea detergente

CUANDO LLAMAR AL DOCTOR

1. Una temperatura rectal de 38°C
2. Cuando su niño este intranquilo y parezca estar enfermo, tenga fiebre o no.
3. Vomito persistente
4. Diarrea persistente (heces liquidas y frecuentes)
5. Llanto, como por dolor, sin ninguna causa aparente
6. Una caída o accidente que pueda haber resultado en daño a la cabeza o algún hueso fracturado
7. Sangrado incontrolable
8. Cambios de conciencia, desmayo o convulsiones
9. Quemaduras, cortadas o mordisco de animal
10. Si es posible que el niño(a) se tragó algún veneno o cuerpo extraño
11. Respiración rápida, ruidosa o difícil
12. Rash progresivo o persistente, especialmente si está asociado a algún otro síntoma de enfermedad
13. Antes de llamar al doctor, asegúrese tener papel y lápiz disponibles para tomar apuntes. Ya que puede ser necesario el recetarle algún medicamento por teléfono, tenga el nombre y número de su farmacia favorita en mano.

ANEXOS

Tabla 1. Formato de cómo administrar la medicación

MEDICAMENTOS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	HORA
Teofilina			
Fenobarbital			
Complejos polivitamínicos			
Suplemento de hierro			

Figura 1 hoja de datos para el alta

Fecha _____

Nombres y apellidos del bebe _____

Fecha de nacimiento _____ Edad gestacional _____

Peso al nacer _____ Talla al nacer _____

Perímetro cefálico al nacer _____

Fecha del alta Edad corregida _____

Peso al alta _____ Talla al alta _____

Perímetro cefálico del alta _____

Fecha de pruebas metabólicas _____

Vacunas _____

Exploración ocular Fecha _____

Medicamentos al alta _____

Visitas de seguimiento Fecha _____

Persona de contacto del hospital _____

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bustos, G. (2007) Guía de cuidados de recién nacidos en las plantas de maternidad, hospital 12 de Octubre, Salud Madrid.
2. Gomella, C, Neonatología, 5Ta Edición, editorial Medica Panamericana
3. Hospital Universitario 12 de Octubre, (Septiembre 2010) Salud Madrid, Ante la llegada de un niño prematuro.
4. Hospital Universitario 12 de Octubre, Salud Madrid, tu hijo prematuro.
5. Hospital Universitario Vall de Hebron. (2011), 1era Edición, Servicio de Neonatología guía para padres.
6. Izquiero, D .W. (2008). Componente normativo neonatal CONASA.
7. Lozano, D. G. (2007). Guía del cuidado del recién nacido.
8. Malmierca, F, Coordinador, Asociación Española de Pediatría, Guía práctica para padres desde el Nacimiento hasta los 3 años.
9. Patricia Mena, M. M. (2005). Guías nacionales de neonatología.
10. Taylor, M. (2008). Manual para el cuidado el recién nacido y el infante

Apéndice 12

Acta 4

Reunión con personal del servicio de neonatología para la conformación del comité de vigilancia y redacción de las responsabilidades del comité.

Quito, 6 de Julio del 2015

Sala de reuniones del décimo segundo piso

10:00 am

La reunión realizada el día lunes 6 de Julio del 2015, a las 10:00 am en la Sala de reuniones del Décimo segundo piso con motivo de la conformación del comité de vigilancia, contó con la presencia del Jefe de servicio de Neonatología Dr. Nelson Sigüencia, Lcda. Líder de enfermería Marcela Ayala, médicos tratantes: Dr. Patricio Leoro, Dra. Mónica Álvarez, Lupita Nicolalde, y enfermeras Lcda. Marianita Oñate, Anita Llumiguano, Joandy Escobar, Jeannette Cevallos.

La reunión duró 1 hora con 30 minutos, tiempo en el que se expone lo que deberá realizar el comité de vigilancia, posterior a lo cual se conforma el comité, y se realiza el listado de responsabilidades del mismo, sus integrantes son: Dr. Nelson Sigüencia, Lcda. Marcela Ayala, Dra. Mónica Álvarez y Dra. Verónica Contento

Con la conformación del Comité se espera pueda ejecutar las actividades propuestas.

Dr. Nelson Sigüencia .....

Dr. Patricio Leoro .....

Dra. Mónica Álvarez .....

Dra. Lupita Nicolalde .....

Dra. Verónica Contento .....

Dra. Carola Galán .....

Lcda. Marianita Oñate .....

Lcda. Anita Llumiguano .....

Aux. Enfermería Blanca Acosta .....

Aux. Elsa Aimacaña .....

Mayra Jaramillo (maestrante) .....

Apéndice 13

RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ VIGILANCIA

1. Realizar reuniones mensuales con el personal del servicio de Neonatología para conocer el progreso en la unidad.
2. Verificar el cumplimiento de las normas neonatales del MSP.
3. Reconocer el grado de conocimiento del personal mediante la evaluación del personal con la presentación de temas médicos quincenalmente, poniendo énfasis en los temas menos conocidos.
4. Fortalecer las actividades que el personal realiza diariamente con la realimentación permanente, consiguiendo el trabajo en equipo y el entusiasmo por mejorar la unidad.
5. Desarrollar Planes de Mejora en el servicio
6. Obtener y conocer todas las guías de Neonatología del ministerio de salud Pública
7. Fotocopiar cada guía para lo colocación de la misma en cada área (UCIN, INTERMEDIOS Y MÍNIMOS)
8. Realizar guías de procedimientos que se ejecutan de forma repetitiva y el que el personal debe saber con certeza.
9. Se llevará un libro de actas por cada reunión del comité, la persona encargada de esta actividad será designada por el Jefe del servicio.
10. Designar a los médicos residentes e internos rotativos la elaboración del resumen, presentación y análisis de casos clínicos que se presenten en el servicio.
11. Analizar los casos clínicos más críticos para consensuar un tratamiento adecuado.

Apéndice 14

Acta 5

Reunión con la Lcda. Líder Marcela Ayala y la Jefa de Residentes la Dra. Verónica Contento integrantes del comité para la realización del folleto informativo.

Quito, 29 de Julio del 2015

Sala de reuniones del décimo segundo piso

10:00 am

La reunión realizada el día miércoles 29 de Julio del 2015, a las 10:00 am en la Sala de reuniones del Décimo segundo piso con motivo de la elaboración del folleto informativo, contó con la presencia del Jefe de servicio de Neonatología Dr. Nelson Sigüencia, Lcda. Líder de enfermería Marcela Ayala, médico residente Verónica Contento.

La reunión duró 1 hora con 30 minutos, tiempo en el que se expone las necesidades que se observaban a diario en el servicio por parte de los padres cunado sus hijos son ingresados en la unidad, además se observa que se deben colocar la direcciones de los lugares en donde se pueden obtener ciertos medicamente que no se expenden en las farmacias.

Dr. Nelson Sigüencia .....

Dra. Verónica Contento .....

Lcda. Marcela Ayala .....

Mayra Jaramillo (maestrante) .....

FOLLETO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA NO. 1

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

INFORMACIÓN GENERAL

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

El hospital militar se encuentra ubicado en la Av. Gran Colombia y Queseras del Medio.

El Servicio de neonatología está ubicado en el décimo segundo piso, mano izquierda, conjuntamente con el área de ginecología. El área cuenta con personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería que brinda atención las 24 horas del día.

La sala de partos se encuentra en el tercer piso donde será recibido el Neonato, es aquí en donde recibe su primera atención (médicos tratantes, residentes y enfermeras), posterior es llevado en cuna de transporte al servicio en donde el personal de enfermería y auxiliar son quienes lo reciben e inmediatamente es atendido, dependiendo del estado del recién nacido será colocado en un área específica.

En esta Unidad atenderán todas aquellas quejas o reclamaciones que desee realizar, así como cualquier duda derivada de la asistencia sanitaria.

La información del estado del paciente será emitida únicamente por el Médico tratante (jefe de servicio) a cada uno de los padres que tenga un neonato hospitalizado, en cuanto a un neonato que esta junto a su madre en alojamiento se lo revisa en cada habitación.

- Teléfono: 2568019
- Horario de visitas
    - Madre: cada tres horas
    - Padre: 09:00-15:00-18:00 horas.

Al ser un servicio que presta servicios tanto a paciente militar, civil así como a la red del Ministerio de Salud Pública y del Seguro Social IESS, se conoce que

muchos de los familiares tienen un nivel de cultura diferente lo que conlleva a que muchos de ellos no tengan una buena comunicación y entendimiento de los procedimientos que se realizaran al recién nacido, es por eso que se genera este folleto de información al usuario para que sepan su ubicación, direcciones para la compra de ciertos insumos que requiere el recién nacido en su estancia mientras está en etapa de crecimiento y desarrollo luego de haber pasado su etapa crítica.

MÉDICOS ESPECIALISTAS Y TRATANTES

- DR. Nelson Sigüencia **jefe del servicio de neonatología**
- Dr. Patricio Leoro
- Dra. Eugenia Narváez
- Dra. Mónica Álvarez
- Dra. Lupita Nicolalde

ENFERMERA LIDER

LCDA. Marcela Ayala

LO QUE SE REQUIERE PARA EL INGRESO DEL PACIENTE

NEONATO A TÉRMINO
1 paquete de pañales
Shampo pequeño
Paños húmedos
Ropa y cobija

NEONATO EN ESTADO CRÍTICO
1 paquete de pañales acorde al tiempo de estancia hospitalaria
Paños húmedos

NEONATO PREMATURO
Pañales para prematuros acorde al tiempo de estancia hospitalaria
Paños húmedos

DIAS POSTERIORES SE REQUIERE:
Aceite de almendras
Hierro (Ferrum hausmann 50 mg/1ml)
Vitaminas (Acevit)
*Personal del servicio solicitara en el momento que se requiera.

DIRECCIONES PARA ENCONTRAR LA MEDICACION ESPECIAL SI REQUIERE SU BEBE:

BOTICA ALEMANA
Centro histórico de Quito: CALLE GARCÍA MORENO Y BOLÍVAR
Norte: sucursal Av. 10 DE AGOSTO N21-295 Y JERONIMO CARRIÓN
Teléfono: (593) (2) 3214576

MEDICINA QUE SE ENCUENTRA:

- CAFEINA
- FENOBARBITAL
- SINDENAFILO
- FUROSEMIDA

Apéndice 15

PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES / MORBILIDAD NEONATAL 2012

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	%	CÓDIGO
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	42	26	P22
TRASTORNOS RELACIONARIOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	34	21	P07
ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LA NO ES´PECÍFICAS	30	19	P59
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	20	14	P36
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	5	3	P21
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LAS GRANDES ARTERIAS	3	2	Q25
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS TABIQUES CARDIACOS	2	1	Q21
NEUMONIA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	2	1	J18
OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA MÉDULA ESPINAL	2	1	Q06
ANENCEFALIA Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS SIMILARES	1	0.6	Q00
BRONQUIOLITIS AGUDA	1	0.6	J21
BRONUITIS AGUDA	1	0.6	J20
CONVULSIONES DEL RECIEN NACIDO	1	0.6	P90
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1	0.6	A09
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	1	0.6	P77
EPILEPSIA	1	0.6	G40
HERNIA INGUINAL	1	0.6	K40
ILEO PARALÍTICO Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SIN HERNIA	1	0.6	K56
MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1	0.6	Q79
OTRAS ALTERACIONES METABÓLICAS Y ELECTROLITICAS NEONATALES TRANSITORIAS	1	0.6	P74
OTRAS ANEMIAS HEMOLÍTICAS HEREDITARIAS	1	0.6	D58

OTRAS DEFORMIDADES OSTEOMUSCULARES CONGÉNITAS	1	0.6	Q68
OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES DEL RECIEN NACIDO	1	0.6	P76
OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIEN NACIDO, ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	1	0.6	P28
PROBLEMAS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS DEL RECIEN NACIDO	1	0.6	P92
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL Y DESNUTRICION FETAL	1	0.6	P05
TRASTORNOS DE LA INGESTION DE ALIMENTOS	1	0.6	F50
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO PROLONGADO Y CON SOBREPESO AL NACER	1	0.6	P08
UROPATÍA OBSTRUCTIVA Y POR REFLUJO	1	0.6	N13
TOTAL	160	100	

PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES / MORBILIDAD NEONATAL 2013

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	%	PACIENTES
TRASTORNOS RELACIONARIOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	P07	36	39
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	P36.9	20	22
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	P22.9	17	18
ICTERICIA NEONATAL NO ESPECÍFICAS	P59.9	5.4	6
INCOMPATIBILIDAD RH DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	P55.0	5.4	6
ASFIXIA DEL NACIMIENTO LEVE Y MODERADA	P21.1	2.7	3
INSUFICIENCIA HEPATICA AGDA Y SUBAGUDA	K72.0	0.9	1
OTRAS ALTERACIONES METABÓLICAS Y ELECTROLITICAS NEONATALES TRANSITORIAS	P74	0.9	1
DESNUTRICION PROTEOCALÓRICA MODERADA	E44.0	0.9	1
FRACTURA DE LA CLAVÍCULA	S42.0	0.9	1

HIDROCEFALO	G91	0.9	1
INFECCION DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39.0	0.9	1
MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL PULMON	Q33	0.9	1
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	J15.9	0.9	1
NEUMONÍA CONGÉNITA	P23	0.9	1
POLICITEMIA NEONATAL	P61.1	0.9	1
REACCION DE INCOMPATIBILIDAD AL GRUPO ABO	T80.3	0.9	1
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL Y DESNUTRICION FETAL	P05	0.9	1
TRAUMA OBSTÉTRICO, NO ESPECIFICADO	O71.9	0.9	1
ICTERICIA NO ESPECIFICADA	R17	0.9	1
MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS	M21.5	0.9	1
TOTAL DE PACIENTES		100	109