

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADO
MATERNO INFANTIL, MENCIÓN NEONATOLOGÍA



CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
ASFIXIA DEL RECIÉN NACIDO Y SU RELACIÓN CON LA
INCIDENCIA DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO" - HUÁNUCO 2014

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN CUIDADO MATERNO INFANTIL
MENCIÓN NEONATOLOGÍA

TESISTA:

Lic.Enf. RAMOS SALAZAR, Edith Zulma

ASESORA: Mg. Manzano Tarazona, Maruja

HUÁNUCO-PERÚ
2015

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN "



FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN:
MATerno INFANTIL
MENCIÓN: NEONATOLOGIA

INFORME DE TESIS

**CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE ASFIXIA DEL
RECIEN NACIDO Y SU RELACION CON LA INCIDENCIA DE MORBILIDAD EN
EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO
VALDIZAN
MEDRANO"- HUÁNUCO 2014.**

TESISTA : Lic. Enf. Ramos Salazar, Edith Zulma.

ASESORA : Mg. Manzano Tarazona, Maruja.

HUANUCO – PERU

2014

DEDICATORIA:

Con toda gratitud a Dios, por su amor infinito y misericordia en mi familia.

A mis padres por su indesmayable esfuerzo e infinito amor.

A mi esposo e hijos, por ser la razón de mi vida; y brindarme su apoyo incondicional durante el camino, para cumplir mi meta.

AGRADECIMIENTO

Sincero y especial agradecimiento a quienes contribuyeron en la realización del trabajo de investigación, en especial:

A mis hijos y esposo que me apoyaron en forma constante emocional y económica.

A mis padres, por su apoyo moral y enseñanza en la vida.

A mi docente asesora quien colaboro con el desarrollo e hizo posible la conclusión de la tesis.

A todos las Enfermeras del servicio de Neonatología del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco por su apoyo y colaboración en la realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

El estudio se realizó con el objetivo de determinar el conocimiento del profesional de Enfermería sobre asfixia en el recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco – 2014.

La población muestral en estudio estuvo conformada por 23 profesionales de enfermería y 687 recién nacidos. Para la investigación se utilizaron los tipos de estudio descriptivo – prospectivo – transversal, con un diseño descriptivo correlacional. El instrumento para la recolección de datos fue establecido por un cuestionario y las historias clínicas, para tal efecto, se llegaron a las siguientes conclusiones: Un promedio de 60.9 % de profesionales de enfermería del servicio de neonatología estudiados presentaron buen conocimiento sobre asfixia en el recién nacido y el 97.1% de recién nacidos presentaron salud buena, con una incidencia de morbilidad de 2.9 por cada 100 nacidos vivos.

Dicho resultado fue: $P < 0.05 = 5.99 < 24.04$ aceptando la H1 nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia del recién nacido es bueno en consecuencia disminuye la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología.

Palabras claves: conocimiento, asfixia, Incidencia, Morbilidad.

ABSTRAC

The study was conducted with the aim of determining the level of knowledge of the professional nurse on suffocation in newborn and its relation to the incidence of morbidity in the neonatology service Hermilio Valdizan Medrano Huánuco Regional Hospital – 2014.

The sample population in study was composed of 23 professionals and 687 nursing newborns. For the research was used the Prospective, cross-sectional descriptive study, with a descriptive correlational design. The instruments for Data collection were established by a questionnaire and medical histories. For this purpose, the following conclusions were reached. An average of 60.9 % of nursing professionals of the neonatology service studied presented good knowledge about choking in the newborn and the 97.1 % of newborns had good health, with an incidence of morbidity of 2.9 children per every 100 newborns.

This result was: $P < 0.05 = 5.99 < 24.04$ accepting the H1.

Keywords: Knowledge, Choking, Incidence, morbidity.

INDICE GENERAL

Pag.

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRAC.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	x
 CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO.....	1
1.1. Antecedentes Internacionales.....	1
1.2. Antecedentes Nacionales.....	1
1.3. Antecedentes Locales.....	2
1.4. Base teórica.....	2
1.5. Bases conceptuales.....	3
 CAPITULO II	
2. MARCO METODOLÓGICO.....	12
2.1. Ámbito de estudio.....	12
2.2. Población muestral.....	12
2.3. Tipo de estudio.....	13
2.4. Diseño de investigación.....	13
2.5. Técnicas e instrumentos.....	13
2.6. Procedimiento.....	14

2.7. Plan de tabulación y análisis de datos.....	15
--	----

CAPITULO III

3.1. Resultado.....	16
---------------------	----

3.2. Contrastación y prueba de hipótesis según la estadística

inferencial CHI CUADRADO.....	16
-------------------------------	----

DISCUSION.....	27
----------------	----

CONCLUSIONES.....	29
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	30
----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	31
-------------------	----

ANEXOS.....	34
-------------	----

NOTA BIOGRÁFICA.....	42
----------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla Nº1	Edad en años del profesional de enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco - 2014.	16
Tabla Nº2	<i>Sexo del profesional de Enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco – 2014.</i>	17
Tabla Nº3	Años de servicio del profesional de <i>Enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco. –2014.</i>	18
Tabla Nº4	Estudios de especialización en neonatología del Profesional de Enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco – 2014.	19
Tabla Nº5	Capacitación frecuente sobre atención del recién nacido del Profesional de enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco. – 2014	20
Tabla Nº6	Conocimiento de la asfixia del recién nacido del profesional de enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco - 2014.	21
Tabla Nº7	Nivel de conocimiento sobre asfixia del recién nacido del Profesional de enfermería en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco 2014,	23
Tabla Nº8	Tasa de incidencia de asfixia del recién nacido en el servicio de neonatología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2014.	24
Tabla Nº9	Comparación de frecuencias observados del nivel de conocimiento sobre la asfixia neonatal del profesional de enfermería en estudio mediante la prueba chi cuadrado Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2014.	25

Tabla N°10	Comparación entre la tasa de incidencia de asfixia del recién nacido y el valor a contrastar en estudio Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2014.	26
------------	--	----

INTRODUCCIÓN.

La asfixia perinatal es un síndrome característico de depresión cardiorrespiratoria secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular, derivado de patologías maternas o fetales. Fisiológicamente se caracteriza por hipoxemia, retención de CO₂ y ácido metabólico.¹

Los procesos asfícticos prolongados y profundos se acompañan de complicaciones inmediatas y tardías, cuyas consecuencias pueden llevar a la muerte, o a secuelas limitantes para el resto de la vida, como es parálisis cerebral y el retardo psicomotor. No obstante son pocos los recién nacidos asfixiados que quedan con secuelas neurológicas permanentes, la cual podría deberse a la poca precisión y profundidad del proceso asfíctico intrauterino necesario para producir daño cerebral y a la falta de precisión de las técnicas diagnósticas para detectar la asfixia.²

Esta evaluación que es esencialmente clínica, permite identificar aquellos recién nacidos que nacen con una depresión cardiorrespiratoria y decidir el tipo de reanimación, más que identificar al recién nacido asfixiado, ya que el APGAR está profundamente influida por la edad gestacional, el peso del recién nacido, y las drogas y anestésicos administrados a la madre durante el parto.³

En un 90% están en relación con el periodo de ante parto e intra parto, como consecuencia de insuficiencia placentaria, que determina en el feto la incapacidad para recibir O₂ y eliminar CO₂. El resto de casos se producen en relación a insuficiencia cardiopulmonar o neurológica en el post parto.⁴

Diferentes procesos producen descompensación que pueden desencadenar el proceso asfíctico, como ser patologías que alteren la oxigenación materna, que disminuyan flujo sanguíneo desde la madre a la placenta o desde ésta al feto, que modifiquen el intercambio gaseoso a través de la placenta o a nivel de los tejidos fetales o que aumenten las necesidades fetales de oxígeno.⁵

La mayoría de las causas de hipoxia perinatal son de origen intrauterina; el 50% de ellos actúa antes del inicio de trabajo de parto, el 40% durante el parto y el 10% en el periodo neonatal. ⁶

Las patologías obstétricas más frecuentes asociadas a la asfixia son las siguientes: parto prematuro, embarazo prolongado, síndrome hipertensivo, infección intrauterina, hemorragia del embarazo y parto distocias de presentación, contractura uterina, prolapso de cordón. ⁽⁶⁾

La mortalidad neonatal temprana y la mortalidad fetal tardía están asociadas a problemas en la salud materna, a inadecuados cuidados durante el embarazo, el parto y cuidados del recién nacido al nacer y a los primeros días de vida. ⁽⁷⁾

La asfixia neonatal sigue siendo un problema importante de mortalidad y morbilidad a largo plazo en las unidades de neonatología, a pesar de las mejoras en estudio y monitoreo perinatal. Su principal expresión clínica usada como sinónimo es la encefalopatía hipóxico isquémica. La presente revisión tiene el fin de recordar la etiopatogenia, fisiopatología, expresión clínica y actualizar el manejo y tratamiento establecido como experimental. Es variable dependiendo de los centros de referencia, se calcula de 1 a 1,5% en la mayoría de ellos, este porcentaje sube a 9% en menores de 36 semanas.⁽⁸⁾

Es responsable del 20% de las muertes perinatales. La incidencia aumenta en hijos de madres diabéticas y toxémicas, también está en relación con parto en presentación de nalgas, retraso de crecimiento intrauterino y recién nacidos postmaduros siendo el cerebro; en el 0.1% se asocia a daño cerebral y secuelas neurológicas. Es variable dependiendo de los centros de referencia, se calcula de 1 a 1,5% en la mayoría de ellos, este porcentaje sube a 9% en menores de 36 semanas.⁽⁹⁾

En el Hospital de la Universidad Católica de Chile, el 50% de los recién nacidos con peso inferior a 1500g, tienen puntaje de APGAR bajo 3 al minuto de vida; sin embargo menos del 10% de ellos desarrollan complicaciones asfíxicas. La

incidencia de parálisis cerebral, en recién nacido a término, con puntaje de APGAR inferior a 3 a los 5 minutos, es menor de 5% por otra parte; el 70% de los niños que desarrollan parálisis cerebral nacen con APGAR superior a 7 al minuto. (10)

En un estudio mexicano se encontró que las dos terceras partes de la mortalidad fetal estuvieron ligadas a las complicaciones maternas durante el embarazo y el trabajo de parto. Una proporción similar de las muertes neonatales tempranas obedeció a la prematurez y sus complicaciones. (11)

En México en el 2003 se registraron 2271700 nacimientos y 20806 defunciones neonatales; principal causa de muerte en el periodo neonatal fue asfixia con 10277 decesos, lo que representa el 49.4% del total de las defunciones.(12)

Para lograr disminuir la mortalidad infantil es indispensable crear estrategias para prevenir la asfixia en el periodo perinatal, mediante la identificación y tratamiento oportuno de las condiciones que afectan el bienestar fetal. La asfixia representa una de las principales causas de muerte en el periodo neonatal, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que más de millón de recién nacidos sobreviven a la asfixia. (13)

Mismos que representan secuelas como: parálisis cerebral infantil, problemas de aprendizaje y problemas del desarrollo físico y mental. (13)

En la mayoría de los países no existen estadísticas certeras sobre la magnitud del problema de asfixia neonatal, aunque ésta representa una de las principales causas de muerte en el periodo neonatal, estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La mayoría de los eventos de hipoxia se representan en la etapa fetal, aproximadamente el 5% ocurre antes del inicio del trabajo de parto, 85% durante el parto y el 10% restante durante el periodo neonatal .(15)

En Uruguay en el año 2005 la prevalencia de asfixia perinatal en una muestra del Centro Hospitalario Pereira Rossell es de 14,5%. Se acepta a nivel internacional una incidencia entre 2 a 3 por ciento. En ese año fue la cuarta causa de mortalidad infantil y neonatal, luego del pretermino extremo, las malformaciones congénitas, y infecciones congénitas (16)

La estimación de la incidencia de APN (asfixia perinatal) varía en las diferentes regiones del mundo; en los países desarrollados, la incidencia de la asfixia perinatal severa es cerca de 1 x 1.000 nacidos vivos y, en los países en vía de desarrollo, es un problema mucho más común. Datos de los estudios de hospitales de estos escenarios sugieren una incidencia de 5 a 10 x 1.000 nacidos vivos, con un probable sub registro de esta entidad. Anualmente, la APN es responsable de aproximadamente el 23% de las cuatro millones de muertes neonatales ocurridas en el planeta. (17)

En Colombia, se desconoce la incidencia de esta patología. Además, es causante de múltiples alteraciones importantes en la función neurológica del recién nacido, generando discapacidad y transformaciones en el neurodesarrollo. (18)

La incidencia de la asfixia en nuestro país y sus regiones varían según los centros hospitalarios y la definición diagnóstica que se le da. Se puede estimar alrededor de 0.2 a 0,4% de los recién nacidos. (19)

En el Hospital Rebagliati se describieron a la preeclampsia grave, las malformaciones congénitas graves y las hemorragias del tercer trimestre como factores relacionados a la mortalidad perinatal. Según el reporte del Minsa, la mortalidad perinatal se relaciona estrechamente con la edad gestacional y con el peso del recién nacido así como con la calidad de la atención que se brinda en los primeros minutos de vida. (20)

En la región de Huánuco, para el año 2009, las tasas de mortalidad perinatal fueron superiores a 25 x 1 000 nacidos vivos, una de las más altas a nivel nacional. (21)

En razón de que la tasa de mortalidad perinatal en la región de Huánuco es inusualmente alta, es importante describir la frecuencia y los factores preconceptionales, del embarazo, parto y producto, asociados a la tasa de mortalidad perinatal en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano (HRHVM), Minsa de Huánuco, entre 2007 y 2008 .(21)

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

En el campo teórico el tema sobre asfixia en el recién nacido , es uno de los temas que se convierte en una de las prioridades para los profesionales de enfermería ,ya que es un enfoque que debe tener como guía, normas y valores que se emplea inconsciente para tomar decisiones, dirigir la propia vida aunque rara vez por no decir casi nunca se saca al exterior y se analiza o por lo menos se reconoce su existencia del plan de cuidados para la atención del recién nacido con asfixia para evitar la incidencia de morbimortalidad.

En el campo práctico la asfixia perinatal en recién nacidos constituye un problema de salud hospitalaria de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas mayoritarias para el grupo vulnerable. Todos los años se verifica un progresivo aumento de casos de asfixia, dicho aumento se asocia con el incremento en la demanda de atención del número de morbilidad y mortalidad por estas causas. Por ello la vigilancia y cuidados profesionales resulta esencial para detectar precozmente las complicaciones de esta manera fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de atención.

En el campo metodológico el estudio radica en informar los resultados a las autoridades y profesionales de enfermería para un mayor énfasis en identificar con mayor precisión el nivel de conocimiento sobre asfixia en recién nacidos, lo cual permitirá a disminuir la morbi-mortalidad y complicaciones en la población de recién nacidos.

El Objetivo General fue:

Determinar el nivel de conocimiento del Profesional de enfermería sobre asfixia en el recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad en el

servicio de neonatología hospital regional “Hermilio Valdizan Medrano –
Huánuco 2014”

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

E. DOMENECH MARTINEZ (2005) en su estudio titulado "Morbilidad y mortalidad de recién nacidos según crecimiento intrauterino Servicio de neonatología- Hospital Universitario de Canarias, España, 2005 concluye que:

La mortalidad de los recién nacidos a término (0,15%) y la de los pre términos (2,6%) fue significativamente más alta en los pre términos (chi 2=163,769; P=000) No existieron diferencias estadísticamente significativas, según fueran pre términos o no, para la mortalidad por sexo (2=0,071) y patrón de crecimiento (chi 2=0,052).

SALTILLO COAHUILA (1998) en su estudio titulado- "tendencias de la Etiología de la mortalidad perinatal en el Hospital de segundo nivel- México 1997- 1998"concluye que:

Un total de 331 casos fueron analizados. La mortalidad perinatal global fue de 21.9 por 100 nacidos vivos, ocurrieron la mayoría en el periodo perinatal entre 28 semanas de gestación y siete de vida con una tasa de 17 por 1000. La vigilancia prenatal fue de 95%, 86% fueron partos eutócicos. El 27% de los casos hubo el antecedente de muerte perinatal 45% de las muertes ocurrió en prematuros, 35% tuvo un peso menor de 1000gr. Hubo anomalías congénitas en 10% e infección en 9%. La causa más frecuente de mortalidad perinatal fue la prematurez, mayor en productos de menor de 1000gr. de peso.

1.2 ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL:

GONZALES VENTURA H. (1998) En su estudio titulado "importancia de la aplicación de un protocolo de atención especializada en el seguimiento del recién nacido de alto

riesgo secular- Instituto Perinatal – Lima- Perú, 1998” concluye que el grupo de bajo peso estudiado presento mayor déficit en el desarrollo neurológico- conductual durante el seguimiento. Es importante la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno y fomentar la intervención temprana para mejorar la calidad de vida de los pacientes de nuestra institución. Se sugiere normar un protocolo de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo secular en la institución para la intervención y terapia oportuna.

1.3 ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

BRIOSO CAJAS Roxana, BONILLA SOSA Sonia. (2000) en la tesis para optar el título de Licenciado en Obstetricia Titulado: Factores pre disponentes de la asfixia neonatal Hospital de apoyo Junín 2000 – 2001 Llegando a las siguientes conclusiones:

- a. - El bajo peso influye en la asfixia neonatal, del mismo modo en la severidad de esta eventualidad y en la mayor dificultad de recuperación.
- b. La prematuridad y el pos madurez son factores negativos que aumentan la asfixia neonatal.
- c. El grupo de los adecuados para su edad gestacional presento mayor severidad de asfixia neonatal hecho que no concuerda con estudios realizados.
- d. El sexo no influye en la asfixia neonatal, pero si en la severidad donde los varones son más susceptibles.
- e. El grupo de madres de 30 a 39 años ha presentado mayor porcentaje de recién nacidos asfixiados, se ha dado en el grupo de madres que está entre 40 años o más, hecho observado, que se aparta de lo establecido.

1.4 BASES TEORICAS.

Teoría de Virginia Henderson.

Considera al paciente como un individuo que necesita ayuda para conseguir independencia, opina que el ejercicio de la enfermería es independiente de los médicos. Henderson interpreta la función de la enfermería como una síntesis de

muchas influencias su filosofía se basa en la obra de Thorndike, en su experiencia habilitación y en el trabajo de Orlando acerca de una continua acción deliberada en enfermería.

Henderson hace hincapié en el arte de la enfermería e identifica 14 problemas. Sus contribuciones incluyen el diseño de Las funciones autónomas de enfermería el señalamiento de los principales objetivos de la interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de auto cuidado que influyen en Abdelloh y en Adam. La obra de Henderson es una filosofía de la enfermería.

Teoría de Joyce Travelbee.

Es una prolongación de las teorías de las relaciones interpersonales de Peplau y Orlando, aunque la síntesis singular que realiza de las ideas de estas autoras ha reforzado su obra en cuanto a la relación terapéutica que existe entre la enfermera y el paciente. La fuerza de la empatía, la simpatía y la compenetración, se centra en el aspecto emocional y puede utilizarse como una filosofía para el ejercicio profesional. Se considera que su obra es una teoría de enfermería de atención en pacientes con problemas de emergencia hospitalaria.

1.5 BASES CONCEPTUALES.

ASFIXIA

Es el trastorno de la función respiratoria que origina la hipoxia o anoxia por interferencia en el intercambio gaseoso de oxígeno y anhídrido carbónico.

TIPOS DE ASFIXIA

- a.- Asfixia externa:** falta de oxígeno a nivel pulmonar.
- b.- Asfixia interna:** falta de oxígeno a nivel de los tejidos.
- c.- Asfixia primitiva:** falta de oxígeno independientemente de condiciones patológicas.
- d.- Asfixia Secundaria.** Por condiciones patológicas comunes.

e.- Asfixia Mecánica violentas. Son asfixia primitiva de causa externa lo cual se da cuando son impedidas la penetración del aire de los pulmones o bien del contacto de él con la superficie alveolar.

ASFIXIA NEONATAL. Se define como la falta total de oxígeno que conduce a la muerte y que en los recién nacidos solo se presentaría en dos circunstancias: Desprendimiento total de la placenta y Obstrucción completa de las vías respiratorias superiores.

FISIOPATOLOGIA Y ETIOLOGIA

En un 90% están en relación con el periodo de ante parto e intra parto, como consecuencia de insuficiencia placentaria, que determina en el feto la incapacidad para recibir O₂ y eliminar CO₂. El resto de casos se produce en relación a insuficiencia cardiopulmonar o neurológica en el pos parto.

El mecanismo etiológico atribuido a la isquemia hipoxica cerebral es la disminución del flujo vascular cerebral u ocurre principalmente como consecuencia de una interrupción en el flujo placentario e intercambio gaseoso que lleva a la asfixia.

FACTORES DE RIESGO:

- 1.-Deterioro de la oxigenación materna.
- 2.-Disminucion del flujo sanguíneo de la madre a la placenta o de la placenta al feto.
- 3.-Deterioro del intercambio gaseoso a través de la placenta o en los tejidos fetales.
- 4.-Incremento del requerimiento del oxígeno fetal.

CUADRO CLINICO

La asfixia fetal produce compromiso multisistemico por lo tanto la sintomatología depende del grado en que a sido afectado cada órgano. En algunos casos solo hay manifestaciones en un solo órgano, los más afectados son el riñón el SNC cardiovascular y el pulmón.

Sistema Nervioso Central:

Es el órgano más vulnerable por su pobre capacidad de regeneración y las eventuales secuelas que pueden quedar. Las manifestaciones clínicas más características se han

englobado bajo el término de encefalopatía hipoxica isquémica. En el recién nacido estas manifestaciones no son tan claras por lo tanto esta clasificación no es aplicable en este grupo de recién nacidos se compromete globalmente el tono muscular y las funciones del tronco cerebral .Las encefalopatías grado I son de buen pronóstico el grado II está asociado con un 20-30% de secuelas neurológicas a largo plazo y el compromiso más grave grado III tiene un 50% de mortalidad en el periodo neonatal y de los que sobreviven, sobre el 95% de ellos quedan con secuelas graves.

Sistema cardiovascular:

A nivel cardíaco la asfixia causa isquemia miocárdica transitoria. Se presenta signos de insuficiencia cardíaca con polipnea cianosis taquicardia, insuficiencia tricuspídea, necrosis miocárdica, shock, insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular.

Sistema respiratorio:

El cuadro más frecuente es el síndrome de aspiración de meconio asociado con frecuencia a diverso grado de hipertensión pulmonar persistente, alteración del surfactante, membrana hialina, hipoperfusión pulmonar, edema pulmonar secundario a falla miocárdica.

Riñón y vías Urinarias:

La disminución de la perfusión renal, secundaria a la distribución del gasto cardíaco y la hipoxemia explican el compromiso renal que se observan un gran porcentaje en los recién nacidos asfixiados. La asfixia es probablemente la causa más frecuente de oliguria transitoria, insuficiencia renal aguda.

Sistema Digestivo:

Disminución del tránsito intestinal, úlceras de estrés y necrosis intestinal han sido descritos en el recién nacido asfixiado sin embargo esta relación no es constante La isquemia intestinal es uno de los factores pre disponentes a la enterocolitis necrosante.

Sistema hematológico:

Leucopenia, leucocitosis y trombositopenia pueden observarse como consecuencia de hipoxia y estrés medular. En las asfixias graves el daño del endotelio capilar produce consumo de productos de coagulación lo que es agravado por la producción hepática; esto lleva a la coagulación intravascular diseminada.

Compromiso Metabólico:

La aparición de acidosis metabólica es la manifestación más típica de hipoxia y/o isquemia tisular, en el momento de nacer se puede diagnosticar la acidosis mediante la medición de PH es una muestra de arteria umbilical. También causa hipoglucemia, hipocalcemia, hiponatremia.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

La prevención incluye todas las medidas de un buen cuidado prenatal y de atención del parto. Los antecedentes perinatales permiten identificar a la mayor parte de los niños que nacerán con asfixia y depresión cardio respiratoria, de manera que se debe estar preparado para una buena reanimación y a un eventual traslado del niño a una unidad de cuidados intensivos. En el manejo que sigue a la reanimación es útil clasificar las asfixias, en tres categorías, según el grado de compromiso clínico:

Leve en las condiciones siguientes:

- Sufrimiento fetal agudo.
- PH de arteria umbilical mayor 7.11.
- Ausencia de síntomas.

La conducta en estos casos es control de signos vitales por 4-6 horas y se mantiene asintomático se le envía con su madre.

Moderado: a esto se agrega PH de arteria umbilical menor 7.11 (en ausencia de síntomas).En estos casos los niños deben observarse por lo menos 12 a 24 horas. Si hay compromiso del sensorio se debe hospitalizar, deben postergarse la alimentación hasta que se establezca la parte cardiovascular, se restablezca el reflejo de succión y se ausculten ruidos intestinales.

Grave: Se considera grave cuando el PH menor 7.0 y/o aparecen manifestaciones clínicas de asfixia (aspiración de meconio encefalopatía hipóxica isquémica) estos niños requieren siempre ser tratados oportunamente en unidad de cuidados intensivos ya que se requieren control permanente de signos vitales y tratamiento específico de acuerdo a los órganos afectados. Algunos de ellos presentan convulsiones precozmente y requieren que se les administre una dosis inicial de fenobarbital de 20mg/kg endovenoso lento.

CONOCIMIENTO

El diccionario define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

CARACTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO

Para Andréu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente las siguientes

Características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- Sirve de guía para la acción de las personas en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias para cada individuo, de los fenómenos percibidos

TIPOS DE CONOCIMIENTO:

a.- Conocimiento científico: Este tipo de conocimiento ha sido muy importante para el desarrollo tecnológico en ciertas aéreas, tales como las industrias química, eléctrica y electrónica.

Sus características:

- Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza.
- Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
- Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.
- El conocimiento tecnológico, se conforma por nuevos procedimientos para alcanzar ciertos fines prácticos; pueden considerarse como el conocimiento de procedimientos probados por los que se logran objetivos predeterminados.

b.- Conocimiento Intelectual:

Es la apropiación de los objetos que no pueden sernos presentados por los sentidos, a los cuales no pueden estimular. Estos objetos son los modos de ser de las cosas y sus relaciones que son, que valen, porque y para qué son.

c.- Conocimiento Codificado o explícito

Es el conocimiento que puede ser expresado más formalmente de acuerdo con un código, y puede ser fácilmente y menos costosamente comunicado. Se trata de un tipo de conocimiento que es transmisible en lenguaje formal y sistemático.

D.- Conocimiento Empírico:

El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- **Es asistemático.** Porque carece de métodos y técnicas.

- **Es superficial.** Porque se forma con lo aparente.
- **Es sensitivo.** Porque es percibido por los sentidos.
- **Es poco preciso.** Porque es ingenuo e intuitivo.

e.- Conocimiento Filosófico

Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.

f.- Conocimiento Teológico

Conocimiento relativo a DIOS, aceptado por la fe teológica.

TEORIA DEL CONOCIMIENTO

LENIN postuló lo siguiente” existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras percepciones. No existe absolutamente ninguna diferencia entre las cosas y el fenómeno en sí, lo que realmente existe son las diferencias entre lo que es conocido y lo que se desconoce, hay que razonar dialécticamente, es decir no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino está en constante movimiento de la ignorancia al saber, de lo completo a lo incompleto, de lo inexacto a lo exacto”.

FORMAS DE ADQUIRIR CONOCIMIENTO

Las actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos estos cambios podrán observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de dos formas:

- **INFORMAL:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso de salud enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **FORMAL:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

DEFINICION DE TERMINOS OPERACIONALES

NIVEL DE CONOCIMIENTO: Es el conjunto de nociones que posee el profesional de enfermería sobre asfixia del neonato y demuestra en la praxis evitando complicaciones y la muerte del recién nacido.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: Es la persona experta que ha completado sus estudios en el campo de enfermería, normalmente esta licenciada (o) por una institución Universitaria pública o privada para ejercer su profesión.

ASFIXIA DEL RECIÉN NACIDO: Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorespiratoria, Cianosis y palidez, secundario a hipoxemia y/o isquemia tisular.

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: Unidad que se centra en el cuidado del neonato normal y con complicaciones en el cual laboran profesionales de enfermería especializados en el diagnóstico y el tratamiento del recién nacido.

RELACIÓN: Acción de referir o referirse (dar a conocer un hecho y dirigir una cosa hacia un fin), correspondencia de una cosa a otra, comunicación de una persona a otra.

INCIDENCIA: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período determinado.

MORBILIDAD: Es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado, cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

ASFIXIA

Es el trastorno de la función respiratoria que origina la hipoxia o anoxia por interferencia en el intercambio gaseoso de oxígeno y anhídrido carbónico.

TIPOS DE ASFIXIA

a.- Asfixia externa: falta de oxígeno a nivel pulmonar.

b.- Asfixia interna: falta de oxígeno a nivel de los tejidos.

c.- Asfixia primitiva: falta de oxígeno independientemente de condiciones patológicas.

d.- Asfixia Secundaria. Por condiciones patológicas comunes.

e.- Asfixia Mecánica violentas. Son asfixia primitiva de causa externa lo cual se da cuando son impedidas la penetración del aire de los pulmones o bien del contacto de él con la superficie alveolar.

CAPITULO II

2. MARCO METODOLOGICO.

2.1 AMBITO DE ESTUDIO.

Para el presente trabajo de investigación se tomó como ámbito de estudio al Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”, que se encuentra ubicado en la provincia y departamento de Huánuco , situado al sur-este de la ciudad, entre los jirones Hermilio Valdizán, Constitución, Progreso y Malecón Centenario.

Dentro de la estructura hospitalaria se encontró el servicio de Neonatología diferentes servicios de atención al usuario, familia y comunidad durante las 24 horas del día.

El estudio se realizó en el servicio de Neonatología, el cual se encuentra atendido por profesionales de la salud capacitados en el cuidado del recién nacido.

2.2 POBLACION MUESTRAL.

La población muestral del presente informe estuvo conformada por el 100% de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Neonatología siendo un total de 23 profesionales, y por 687 recién nacidos Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco.

Criterios de Inclusión

- Profesionales de enfermería que laboran de manera permanente en el servicio de neonatología.
- Profesionales de enfermería que acepten participar en el desarrollo de la investigación, según el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Profesionales de enfermería que se encuentran de vacaciones o de licencia en el servicio de Neonatología.

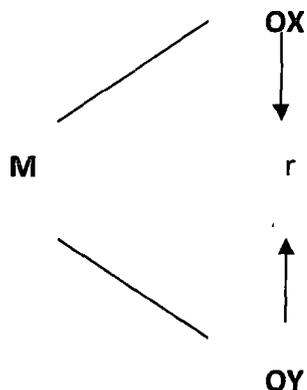
➤ Profesionales de enfermería que no acepten participar en el desarrollo de la investigación sin el consentimiento.

2.3 TIPO DE ESTUDIO

- ✓ Según el análisis y alcance de los resultados el trabajo fue de tipo descriptivo-analítico; correlacional porque se describió en primer lugar el nivel de conocimiento sobre la asfixia y luego se estableció la relación entre ambas variables.
- ✓ Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información según van ocurriendo los fenómenos.
- ✓ Según el periodo y secuencia del estudio fue de tipo transversal, porque se estudió las variables causa-efecto en un momento determinado.

2.4 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Para el estudio se utilizó el diseño descriptivo correlacional, por presentar dos variables causa – efecto.



Dónde:

M: Muestra en estudio

OX: Datos de la variable independiente.

OY: Datos de la variable dependiente.

R: Relación.

2.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Las técnicas que se utilizaron son la encuesta para aplicar el cuestionario a los profesionales de enfermería de la muestra de estudio y el análisis documental para establecer la incidencia de la morbilidad del recién nacido con asfixia.

Se utilizaron los siguientes instrumentos;

- Un cuestionario estructurado con el objetivo de determinar los niveles de conocimientos sobre la asfixia en el recién nacido.
- Historia clínica perinatal, para recabar datos del recién nacido con asfixia.
- Consolidado del registro diario de morbilidad.
- Ficha de registro de análisis documental.

Validación del instrumento.

Para la validación del instrumento se tuvo en cuenta a profesionales expertos que tienen relación al trabajo de investigación y con experiencia en la metodología de la investigación.

✓ **Confiabilidad del Instrumento.**

Para establecer la confiabilidad del instrumento se usó la estadística del Alfa de Crombach.

$$\alpha = \frac{k}{K - 1} \left[1 + \frac{Vt}{Vt} \right]$$

2.6 PROCEDIMIENTOS:

Para la investigación se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

- ✓ Solicitud de permiso a la Dirección del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, para la realización del trabajo de investigación.
- ✓ Solicitar el consentimiento del personal de enfermería para la firma del consentimiento informado.
- ✓ Preparación e implementación de los instrumentos para la toma de datos.
- ✓ Selección, cómputo o tabulación y evaluación de los datos.

- ✓ Interpretación de los resultados confrontando con otros trabajos similares con la base teórica disponible

2.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

✓ **Tabulación**

Concluido el trabajo de campo y obtenida la información requerida la tabulación se hizo mediante la técnica del paloteo (manual), porque dicha técnica es sencilla económica y precisa donde la muestra es pequeña , además se realizó la selección de los datos para su respectiva confección de los cuadros estadísticos.

✓ **Análisis**

Una vez registrados los datos se realizó una descripción simultánea de los mismos, realizando el análisis mediante el marco teórico y la estadística significativa (desviación estándar etc.) para cada cuadro estadístico destacando la frecuencia más significativa y que tiende a dar respuesta al problema planteado.

✓ **Prueba Estadística.**

Para la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba de significancia del chi – cuadrado , que se utiliza para medir el grado de libertad y la relación de dos variables, ambas utilizan una escala de medición a nivel nominal u ordinal, cuyo esquema es el siguiente:

$$X^2 = \sum \frac{(F_0 - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde:

X^2 : ¿?

Σ : Sumatoria

F_0 : frecuencia observadas

F_e : frecuencia esperada.

CAPITULO III

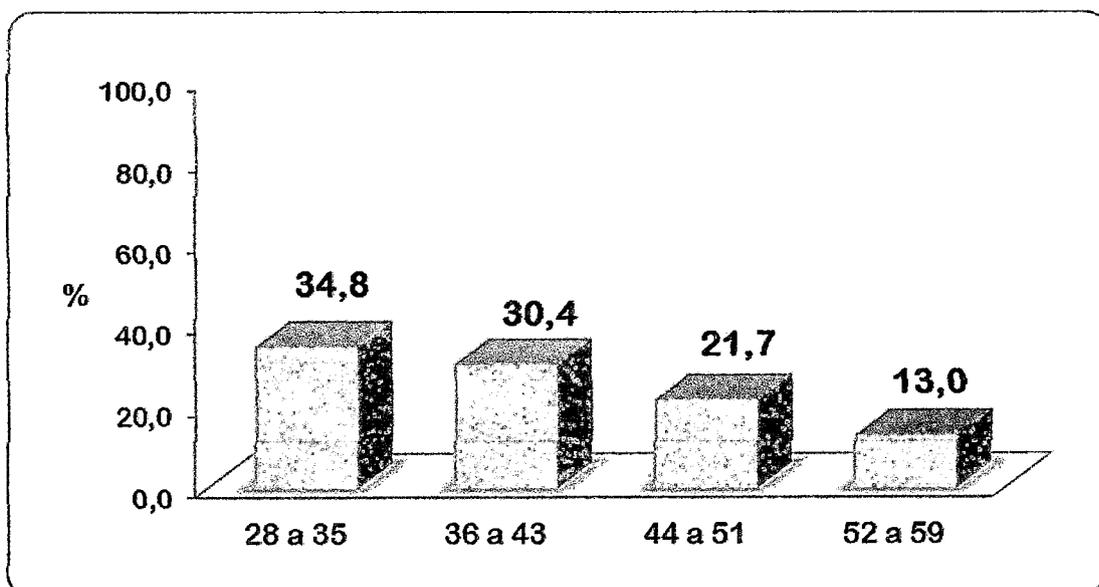
RESULTADOS

Tabla 01. Edad en años del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Edad en años	Frecuencia	%
28 a 35	8	34,8
36 a 43	7	30,4
44 a 51	5	21,7
52 a 59	3	13,0
Total	23	100,0

Fuente: Cuestionario.

Gráfico 01. Porcentaje de profesionales de enfermería según edad en años. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



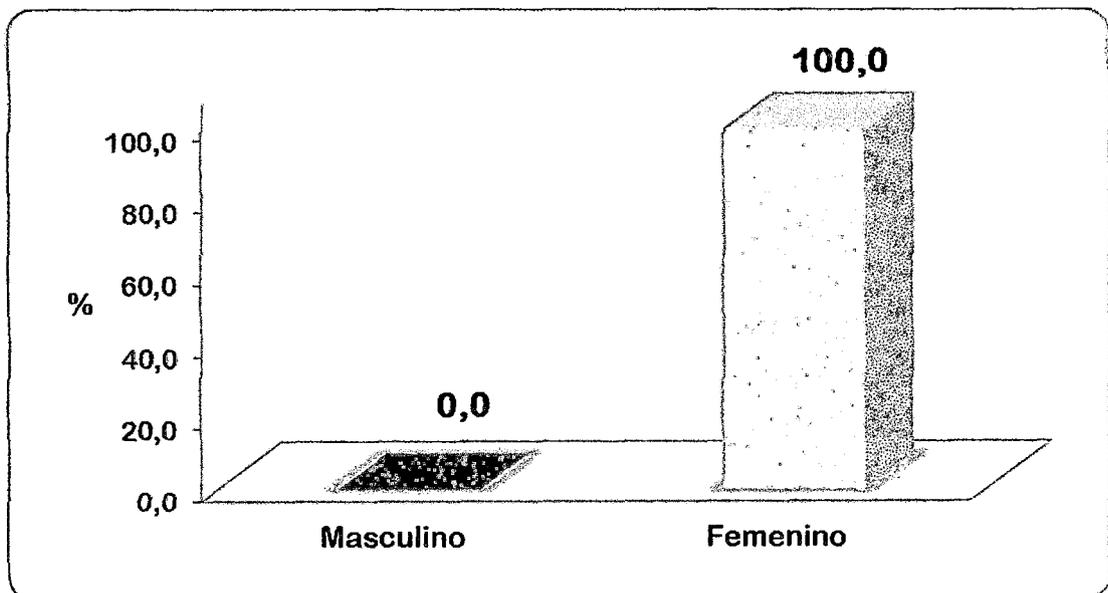
En cuanto a la edad en años del profesional de enfermería en estudio, se encontró que el 34,8% (8) tuvieron edades entre 28 a 35 años, el 30,4% (7) entre 36 a 43 años, el 21,7% entre 44 a 51 años y el 13,0% (3) entre 52 a 59 años de edad.

Tabla 02. Sexo del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	0	0,0
Femenino	23	100,0
Total	23	100,0

Fuente: Cuestionario

Gráfico 02. Porcentaje de profesionales de enfermería según sexo. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



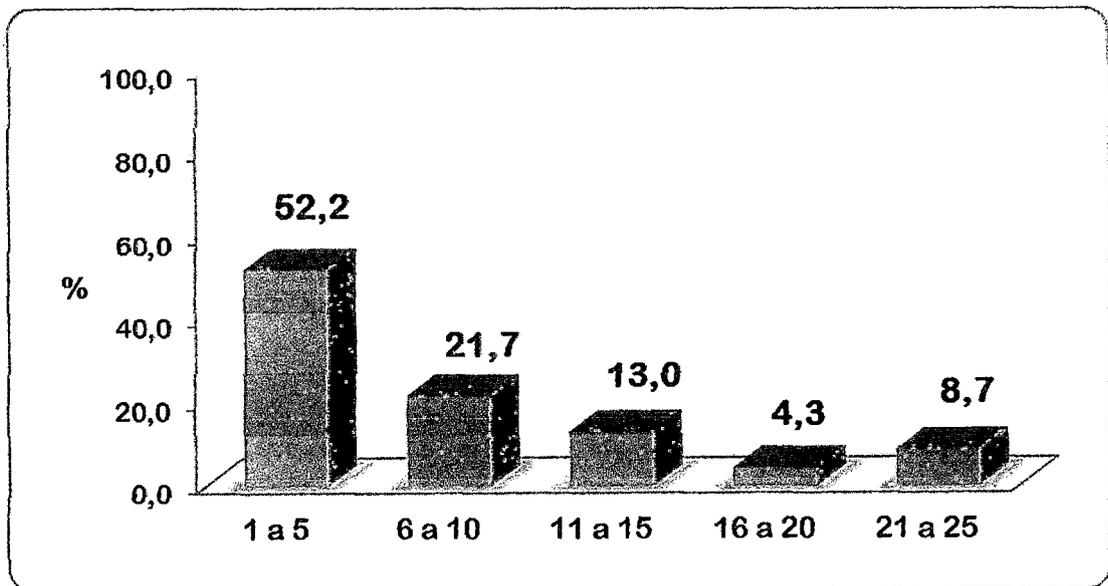
Respecto al sexo del profesional de enfermería en estudio, se encontró que el 100,0% (23) fueron del sexo femenino y ninguno de ellos fueron del sexo masculino.

Tabla 03. Años de servicio del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Años de servicio	Frecuencia	%
1 a 5	12	52,2
6 a 10	5	21,7
11 a 15	3	13,0
16 a 20	1	4,3
21 a 25	2	8,7
Total	23	100,0

Fuente: Cuestionario.

Gráfico 03. Porcentaje de profesionales de enfermería según años de servicio. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



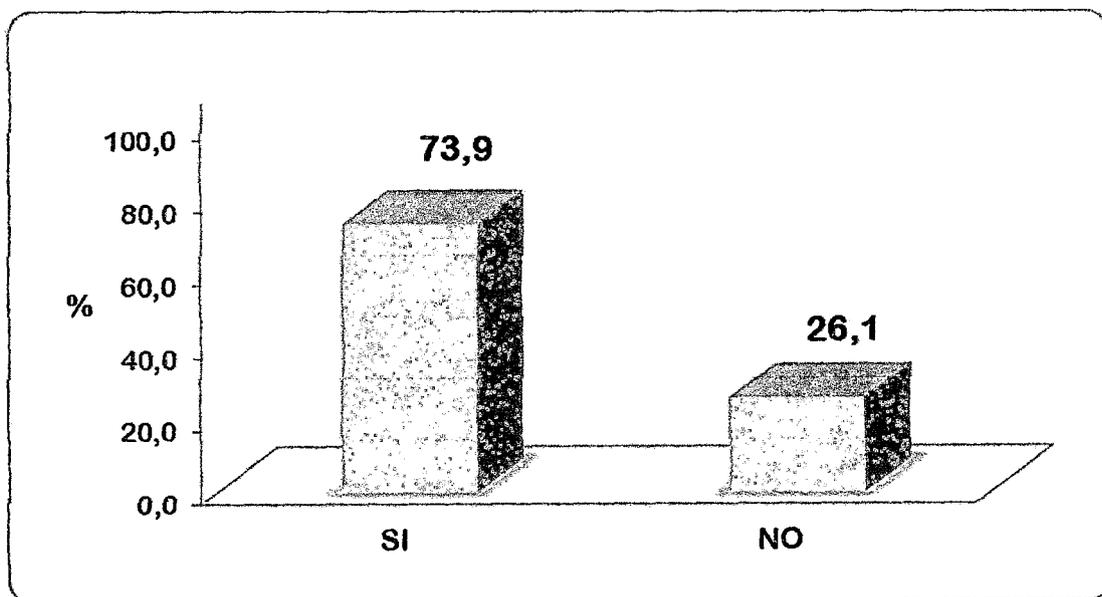
En relación a años de servicio del profesional de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 52,2% (12) mantuvieron años de servicio entre 1 a 5 años, el 21,7% (5) entre 6 a 10 años, el 13,0% (3) entre 11 a 15 años, el 8,7% (2) entre 21 a 25 años y uno de ellos entre 16 a 20 años.

Tabla 04. Estudios de especialidad de neonatología del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Estudios de especialidad de neonatología	Frecuencia	%
SI	17	73,9
NO	6	26,1
Total	23	100,0

Fuente: Cuestionario.

Gráfico 04. Porcentaje de profesionales de enfermería según estudios de especialidad de neonatología en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



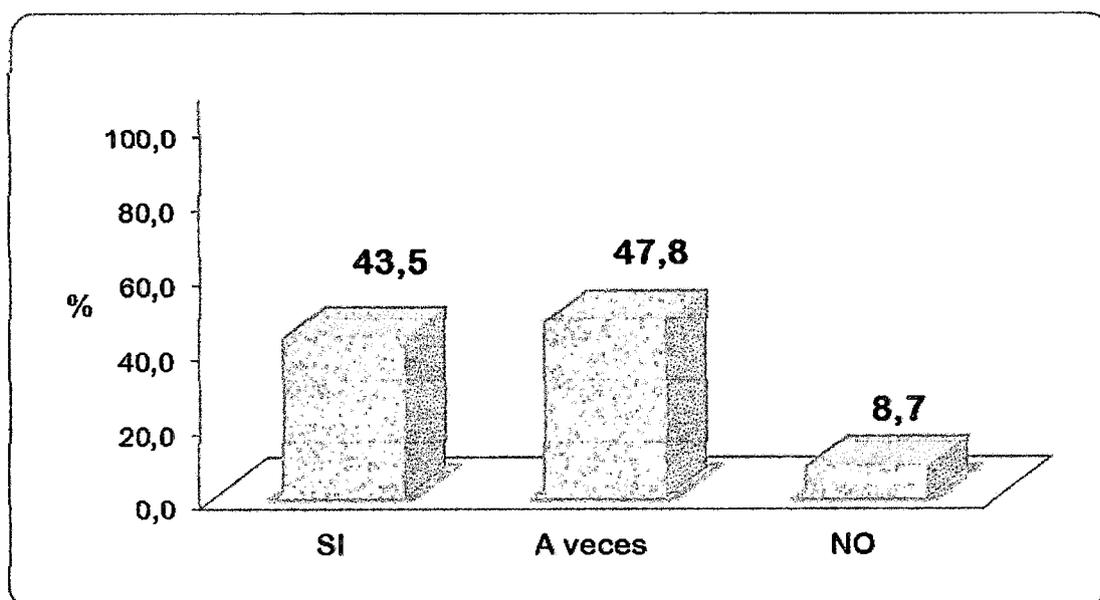
Concerniente a los estudios de especialidad de neonatología del profesional de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 73,9% (17) indicaron los estudios de especialidad de neonatología y en cambio el 26,1% mencionaron una respuesta negativa.

Tabla 05. Capacitación frecuente sobre atención del recién nacido del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Capacitación frecuente sobre atención del recién nacido en el servicio	Frecuencia	%
SI	10	43,5
A veces	11	47,8
NO	2	8,7
Total	23	100,0

Fuente: Entrevista.

Gráfico 05. Porcentaje de profesionales de enfermería según capacitación frecuente sobre atención del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



Con respecto a la capacitación frecuente sobre atención del recién nacido del profesional de enfermería en estudio, se encontró que el 47,8% (11) señalaron que a veces tuvieron capacitaciones, sin embargo el 43,5% (10) indicaron una respuesta positiva y el 8,7% (2) mencionaron que no tuvieron capacitación.

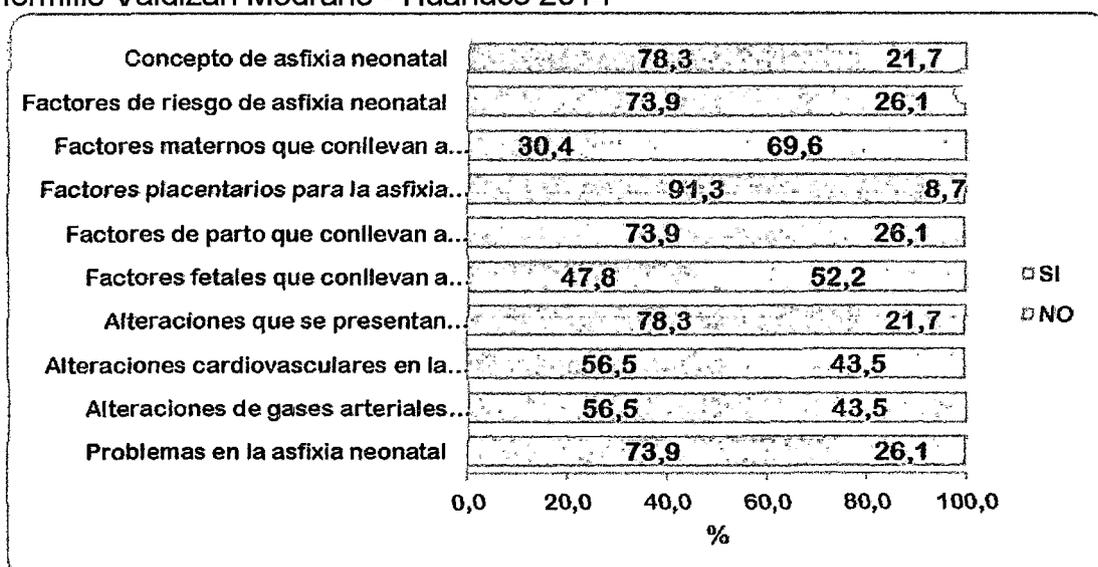
CARACTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO:

Tabla 06. Conocimiento de la asfixia del recién nacido del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Conocimiento de la asfixia del recién nacido	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Concepto de asfixia neonatal	18	78,3	5	21,7
Factores de riesgo de asfixia neonatal	17	73,9	6	26,1
Factores maternos que conllevan a asfixia neonatal	7	30,4	16	69,6
Factores placentarios para la asfixia neonatal	21	91,3	2	8,7
Factores de parto que conllevan a asfixia neonatal	17	73,9	6	26,1
Factores fetales que conllevan a asfixia neonatal	11	47,8	12	52,2
Alteraciones que se presentan durante la asfixia neonatal	18	78,3	5	21,7
Alteraciones cardiovasculares en la asfixia neonatal	13	56,5	10	43,5
Alteraciones de gases arteriales durante la asfixia neonatal	13	56,5	10	43,5
Problemas en la asfixia neonatal	17	73,9	6	26,1

Fuente: Cuestionario.

Gráfico 06. Porcentaje de profesionales de enfermería según conocimiento de la asfixia del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



En relación al conocimiento de la asfixia del recién nacido del profesional de enfermería en estudio, se encontró conocimientos en orden de importancia sobre los factores placentarios para la asfixia neonatal (91,3%); concepto de

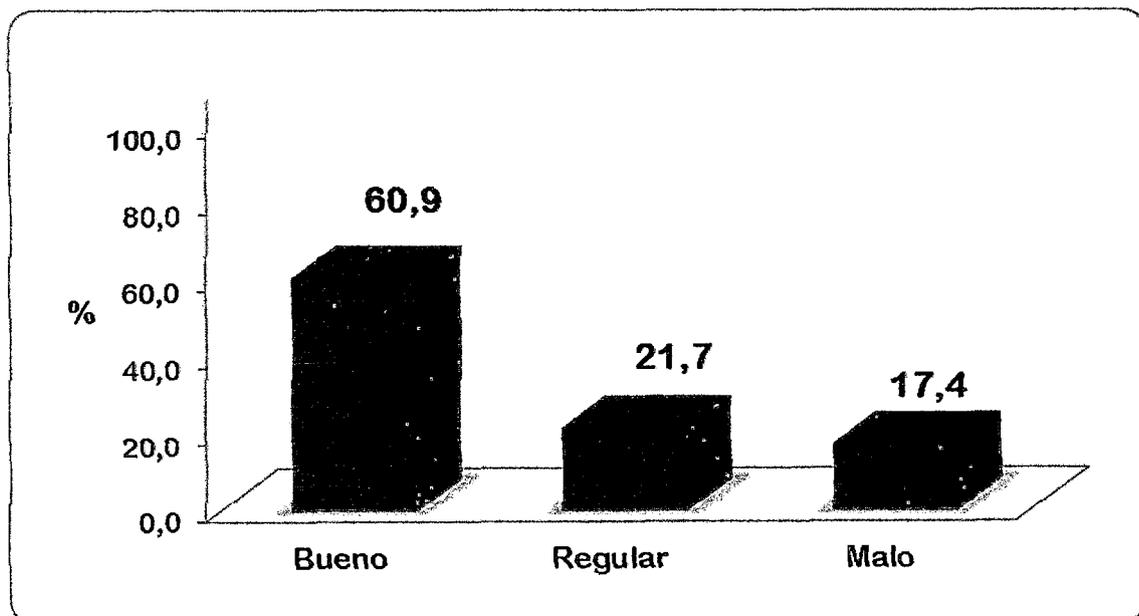
asfixia neonatal (78,3%); alteraciones que se presentan durante la asfixia neonatal (78,3%); factores de riesgo de asfixia neonatal (73,9%); factores de parto que conllevan a asfixia neonatal (73,9%); problemas en la asfixia neonatal (73,9%); alteraciones cardiovasculares en la asfixia neonatal (56,5%); alteraciones de gases arteriales durante la asfixia neonatal (56,5%); factores fetales que conllevan a asfixia neonatal (47,8%); y factores maternos que conllevan a asfixia neonatal (30,4%).

Tabla 07. Nivel de conocimiento sobre asfixia del recién nacido del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Nivel de conocimiento sobre la asfixia neonatal	Frecuencia	%
Bueno	14	60,9
Regular	5	21,7
Malo	4	17,4
Total	23	100,0

Fuente: Cuestionario.

Gráfico 07. Porcentaje de profesionales de enfermería según nivel de conocimiento sobre la asfixia neonatal en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



En cuanto al nivel de conocimiento sobre asfixia del recién nacido del profesional de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 60,9% (14) alcanzaron un nivel de conocimiento bueno, el 21,7% (5) de regular y el 17,4% (4) tuvieron conocimiento malo.

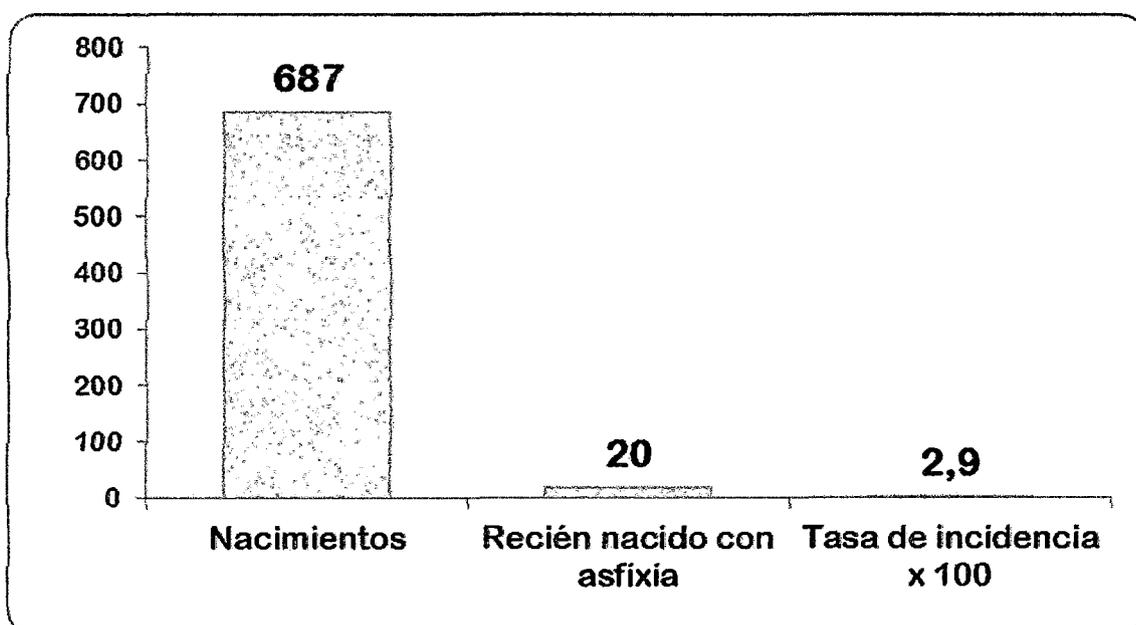
CARACTERISTICAS DE ASFIXIA NEONATAL:

Tabla 08. Tasa de incidencia de asfixia del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Nacimientos	Recién nacido con asfixia	Tasa de incidencia x 100
687	20	2,9

Fuente: Ficha de análisis documental.

Gráfico 08. Tasa de incidencia de asfixia del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



En concordancia a la tasa de incidencia de asfixia del recién nacido en el servicio de Neonatología en estudio, se encontró que de 687 nacimientos, se presentaron 20 recién nacidos con asfixia, teniendo una incidencia de 2,9 por 100 nacidos vivos.

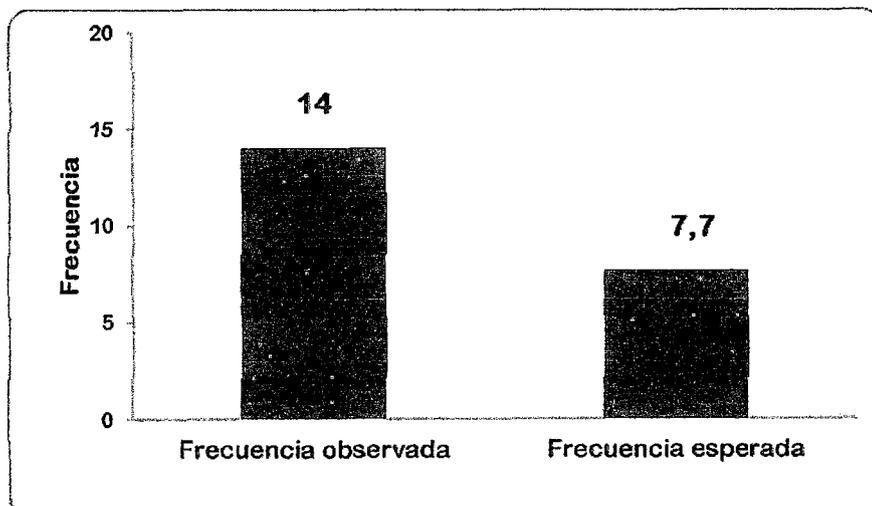
ANALISIS INFERENCIAL

Tabla 09. Comparación de frecuencias observadas del nivel de conocimiento sobre la asfixia neonatal del profesional de enfermería en estudio mediante la Prueba Chi cuadrado. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

Nivel de conocimiento sobre la asfixia	Frecuencia observada	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Bueno	14	60,9	7,7	7,91	0,019
Regular	5	21,7	7,7		
Malo	4	17,4	7,7		
Total	23	100,0			

Fuente: Cuestionario.

Gráfico 09. Comparación de frecuencias observadas y frecuencias esperadas del nivel de conocimiento sobre la asfixia neonatal del profesional de enfermería en estudio. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



En cuanto al nivel de conocimiento sobre la asfixia neonatal del profesional de enfermería en estudio, se evidenció que 60,9% de profesionales de enfermería tuvieron nivel de conocimiento bueno, el 21,7% de regular y el 17,4% de malo. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($P \leq 0,019$); observando que predominan aquellos profesionales de enfermería en estudio con nivel de conocimiento bueno.

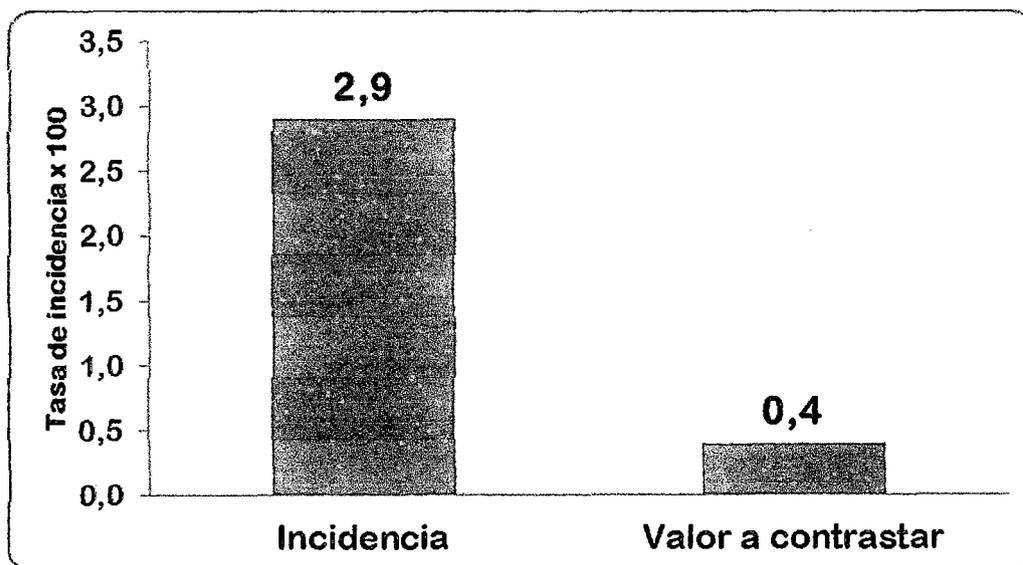
Tabla 10. Comparación entre la tasa de incidencia de asfixia del recién nacido y el valor a contrastar en estudio. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014

INCIDENCIA	Valores	Tasa (%)	IC al 95,0%	Prueba Z* (valor)	P (2-colas)
Número de casos	20				
Tamaño de muestra	687	2,9	1,6 - 4,2	10,13	0,000
Valor a contrastar	0,4				

* Prueba para una proporción

Fuente: Ficha de análisis documental.

Gráfico 10. Tasa de incidencia de asfixia del recién nacido y el valor a contrastar en estudio. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2014



Dentro de la comparación entre la tasa de incidencia de asfixia del recién nacido y el valor a contrastar, se encontró que en total 20 recién nacidos que representan el 2,9 resultaron con asfixia neonatal y al comparar este valor con el de contraste que fue del 0,4 (valor asumido por el investigador), resulta diferente significativamente estadísticamente con

$P = 0,000$. En otras palabras, la tasa de incidencia de asfixia neonatal es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

DISCUSION

Según los procesos de la investigación y de acuerdo con los resultados obtenidos, se verificó a través de la prueba de hipótesis que: el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia del recién nacido es buena en consecuencia disminuye la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología, permitiendo una significancia de $P: 0.05 = 5.99 \ 24.04$, de las cuales se llegó a conclusiones: un promedio de 60.9 de profesionales de enfermería presentaron un nivel de conocimiento bueno sobre la asfixia del recién nacido ; así mismo un promedio de 97.1% de recién nacidos presentaron salud buena, con una incidencia de 2.9 que presentan morbilidad por cada 100 nacidos vivos.

Por lo tanto Elena de Terán Bleiberg dice: la asfixia del recién nacido es el trastorno en el que el recién nacido no respira de forma espontánea, se puede desarrollar antes o durante el parto o bien puede tener lugar inmediatamente después del nacimiento.

Al respecto Gonzales Fernández señala la asfixia perinatal es un síndrome característico de 'depresión cardio respiratorio secundaria a hipoxia y/o isquemia tisular, derivado de patologías maternas o fetales. Fisiológicamente se caracteriza por hipoxemia retención de CO_2 y ácido metabólico. Los procesos asfícticos prolongados y profundos se acompañan de complicaciones inmediatas y tardías, cuyas consecuencias pueden llevar a la muerte, o a secuelas limitantes para el resto de la vida; como parálisis cerebral y retardo psicomotor. No obstante son pocos los recién nacidos asfixiados que queden con secuelas neurológicas permanentes, la cual podría deberse a la poca precisión y profundidad del proceso asfíctico intrauterino necesario para producir daño cerebral.

Según Nelson K Standnley dice: la mayoría de las causas de hipoxia perinatal son de origen intrauterino, el 50% de ellos actúa antes del inicio de trabajo de parto, el 40% durante el parto y el 10% en el periodo neonatal. Las patologías obstétricas más frecuentes asociadas a la asfixia son las siguientes: parto prematuro, embarazo prolongado, síndrome hipertensivo, infección intrauterina, hemorragia del embarazo y parto distocias de presentación, contractura uterina, prolapso de cordón.

Del mismo modo Gonzales Ventura refiere: el grupo de bajo peso presenta mayor déficit en el desarrollo neurológico - conductual durante el seguimiento. Es importante la

prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno y fomentar la intervención temprana para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sugiere normar un protocolo de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo secular en la institución para la intervención y terapia oportuna.

Por otro lado Brioso y Bonilla afirman: el bajo peso influye en la asfixia neonatal, del mismo modo en la severidad de esta eventualidad y en la mayor dificultad de recuperación; la prematuridad y la post madurez son factores negativos que aumentan la asfixia neonatal; el grupo de los adecuados para su edad gestacional presenta mayor severidad de asfixia neonatal; el sexo no influye en la asfixia neonatal, pero sí en la severidad donde los varones son más susceptibles; el grupo de madres de 30 a 39 años de edad presentan un mayor porcentaje de recién nacidos asfixiados, se da en el grupo de madres entre 40 años a más.

CONCLUSIONES

Según los objetivos y las variables propuestas para el estudio, se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Según los datos generales, un 34.8 % de profesionales de enfermería de la muestra estudiada presentaron edades entre 28 a 35 años, respecto al sexo se encontró que el 100.0% fueron del sexo femenino el 52.2% presentan años de servicio laboral entre 1 a 5 años, el 73.9% tienen segunda especialidad en neonatología y el 47.8 % a veces tuvieron capacitaciones sobre la atención del recién nacido.
2. un promedio de 60.9 % de profesionales de enfermería evaluados presentaron buenos conocimientos sobre asfixia en el recién nacido.
3. Según la morbilidad, un promedio porcentual de 97.1% de recién nacidos presentaron salud buena con una incidencia de morbilidad de 3 niños por cada 100 recién nacidos.
4. A través de la prueba de hipótesis, se obtuvo el resultado: $P: 0.0005 = 5.99 < 24.04$ aceptando: el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia del recién nacido es bueno, en consecuencia disminuye la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología.

RECOMENDACIONES

1. Las autoridades locales competentes de las instituciones de salud deben diseñar y preparar estrategias y materiales informativos para difundir los conocimientos sobre asfixia en el recién nacido, del mismo modo capacitar a los profesionales de Enfermería.
2. Las instituciones de salud de nuestra región Huánuco a través de las Direcciones y jefaturas de Enfermería deben promover un cambio de actitud positiva en los profesionales de Enfermería acerca de atención y cuidado de un recién nacido asfixiado.
3. Los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de hospitalización de neonatología deben estar capacitados y entrenados para brindar una buena atención al neonato asfixiado y evitar secuelas posteriores.
4. A los profesionales de Enfermería del servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizan, continuar capacitándose para brindar un cuidado de calidad a todos los recién nacidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gonzales Fernández H. "Asfixia del Recién Nacido", pediatria, editorial Chile, 1998; 61: pp. 699
2. Levens Lm. "The incidence and severity of post Asphyxial" – encephalopathy in full term infants. Editorial Early hum Dev., 1995; pp. 11: 26".
3. Cruz Hernández M. "Tratado de pediatria" 7 edición Barcelona 1994 pp. 141-9.
4. Veles de Guevara P. Gil López Sb. Romero Escos Md."Asfixia Perinatal y sus secuelas" edición 1 2006 pp. 43.
5. Carter B. y Col "Definición perinatal aguda" Editorial en Español 1993 2 edición pp. 311-26.
6. Nelson K Standnley E."Asfixia al nacer y cerebro neonatal" clínica perinatal editorial en español 1993 2 edición pp. 343-63.
7. Nelson K Standnley E."Asfixia al nacer y cerebro neonatal" opcit pp368.
8. Briozzo L Sosa Fuentes CG "Análisis de la asfixia Perinatal y síndrome hipoxico isquémico "Arch. Ginecol Obstct. 2do 3, 41 (3); 1995 pp. 844-91.
9. Orosco Rojas C.A. "Revista de la sociedad Boliviana de pediatria "versión impresa ISSNA 1024-0675 Rev. Ped.V.46.n.2 la Paz 2007.
10. Gajardo Muñoz, Ernesto "guías de diagnóstico y tratamiento en Neonatología" hospital San Juan de Dios la Serena – Chile", 2006; pp. 22: 15.
11. García Alix A. "Asfixia perinatal y encefalopatía neonatal" An pediatc Barcelona 2005; 63; 1-4.
12. Santay A. Snyder E. "Asfixia perinatal, manual de cuidados neonatales" 4 edición España 2005 pp. 620-641.
13. Robertson Ch, Finer N. "Vigilancia a largo plazo del recién nacido a término con asfixia perinatal "editorial en español 1993; 2; pp. 489-504.
14. Robertson Ch, Finer N. "Vigilancia a largo plazo del recién nacido a término con asfixia perinatal "opcit, pp. 510.
15. Gonzales de Dios J. Moya Benavert M. "Factores de riesgo predictivos de secuela neurológicas en recién nacidos con asfixia perinatal "Rev. Neurol. 2001; 32; pp210-6.
16. Archivos de pediatria del Uruguay versión On-line ISSN 1688-1249.Arch. pediatc.Urug.vol.82 nº3 Montevideo 2011 pp. 69-78

17. Torres Muñoz J. Christian Andres Rojas MD. "Asfixia Perinatal" vol.9 nº 3 pp. 17-18.
18. Hernandez Rodriguez M pediatria "Asfixia neonatal" Ediciones Diaz Santos Amazon. Com.2001 pp 225-28.
19. Nelson y Ellenberg "Apgar Scores as Predictors of Chronic – Neurologic Disabilities", pediatria 1999; pp 68: 3644.
20. Primakak R. "Miocardial Ischemia in Asphyxia Neonatorum" Editorial Pediatric Scand 2001; 74: pp 595.
21. Ghomella T."Asfixia perinatal en Ghomella Neonatología" 5 edición Buenos Aires: Panamericana 2000 pp. 506-515.
22. Ghomella T. "Asfixia Perinatal en Ghomella Neonatología" opcit pp. 520-525.
23. Fajardo Muñoz E. Peña Valdez A, servicio de neonatología Hospital San Juan de Dios la Serena Chile 2008 (accesado el 1 de Mayo 2009) disponible en: http://www.prematuros.cl/web_enero_06/guías_serena/asfixia_neonatal.htm.
24. UNICEF "Asfixia perinatal", OMS – OPS, 2006; 22: 124.
25. García I." factores asociados a la asfixia neonatal: Hospital Oscar Danilo Rosales (tesis de post grado Gineco obst.) Nicaragua: Universidad autónoma de Nicaragua 2001 disponible en:
26. [http://www.minsa.gob.ni/bns/monografías/fulltex/gineco obstetricia/asfixia%20 neonatal.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografías/fulltex/gineco_obstetricia/asfixia%20neonatal.pdf).Alfredo.
27. Hubner MG, Ramírez Ra, Muñoz H. "Asfixia neonatal evaluada a través del test de apgar y pH de vena umbilical Rev. Pediatr. 1991; 34; pp. 166-70.
28. Hubner M, "Asfixia perinatal" en: Herrera J. Ramírez R. Neonatología Chile: editorial Universitaria; 2003 pp. 129-152.
29. Roboine Castellanos G. Solange de la C, Rodríguez R, "valor predictor de secuelas neurológicas del examen neurológico y el ultrasonido cerebral en neonatos asfícticos, Rev. cubana obstet. Ginecol 2006; 32(2).
30. Nelson "tratado de pediatría" Editorial Mcgraw – Hill decima sexta edición Buenos Aires Argentina 2000 pp. 615-618.
31. Gordon B, Avery neonatología "Fisiología y manejo del recién nacido" Editorial Interamericana- Mcgraw- Hill México 2000 pp. 923- 928.
32. Behrman R, Khieghan R, Jerson H, "tratado de pediatría" 17 edición México 2004 pp. 545-548.

33. Taeusch W, Avery M Ballard M, Schaff A, " tratado de neonatología fisiología y manejo del recién nacido 7 col. Buenos Aires Panamericana 2001.
34. García, Alix M , Martínez Biarge , J Arnaez, E. Valverde, Quero J."Asfixia intraparto y encefalopatía hipoxico –isquémico".
35. Dr. Hugo Teferina Morato, Médico Pediatra Neonatologo jefe del departamento de pediatría, Hospital Universitario del Valle 1998 PP 865-68.
35. Dawes G. Foetal and Neonatal physiology Chicago: year Book, Medical Publishers.

WEBGRAFIA

- [WWW. slideshare. net / princessanita/ asfixia en el recién nacido](http://www.slideshare.net/princessanita/asfixia-en-el-recien-nacido)
- "Asfixia en el recién nacido
- [WWW. redalyc. org/articul.oa?id=58212704](http://www.redalyc.org/articul.oa?id=58212704) "complicaciones de la
- Asfixia perinatal"
- [www. aeped.es/sites/default/files7anales 48-1-12.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files7anales_48-1-12.pdf). "Morbilidad neonatal asociada a líquido amniótico"
- [www.aibarra.org/enfermeria/profesional/planes/ tema05htm](http://www.aibarra.org/enfermeria/profesional/planes/tema05htm). Cuidados de Enfermería Neonatal.
- www.scielo.org.gob.bo/scielophppid=s1024. Revista de la Sociedad Boliviana de Neonatología.

ANEXO

CÓDIGO:

FECHA:.... /.... /....

ANEXO N° 01**ENTREVISTA SOBRE DATOS GENERALES DEL ENFERMERO**

TITULO: "Conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia en el recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología HRHV Huánuco 2014".

INSTRUCCIONES: Estimadas Sra. Srta. Enfermera el presente cuestionario tiene como objetivo conocer los conocimientos que Ud. tiene sobre la asfixia del recién nacido, los resultados se utilizaran solo con fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial por lo que se le suplica contestar con veracidad.

Gracias por su colaboración.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad ()
2. Sexo F () M ()
3. Procedencia -----
4. Años de servicio.

1 a 10 años () 11 a 20 años () 21 a mas años ()

II. DATOS SOBRE CAPACITACION.

1. Ha realizado estudios en la especialidad de neonatología

Si () No ()
2. ¿Ud. Siempre es capacitado sobre la atención del recién nacido en su servicio?

Si () A veces () No ()

ANEXO No 2**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LA ASFIXIA**

1.- ¿Diga Ud. Que es asfixia neonatal? (2pts)

- Existencia de hipoxia, hipercapnia al nacer
- Existencia de acumulo de acido láctico al nacer
- Existencia de bradicardia e hipotensión arterial al nacer
- Todas las anteriores
- Ninguna.

2.- ¿ La asfixia perinatal está relacionado con que factores de Riesgo (2PTS)

- Factores maternos
- Factores Placentarios
- Factores del parto
- Factores fetales
- Todas las anteriores
- Ninguna.

3.- ¿Cuales son los factores maternos que conllevan a la asfixia neonatal? (2PTS)

- Menor de 17 o mayor de 35 años de edad.
- Primiparidad o multiparidad
- Enfermedad cardío-respiratoria
- Todas las anteriores
- Ninguna.

4.- Los factores placentarios de riesgo para la asfixia neonatal son (2 pts)

- Disminución del flujo sanguíneo útero- placentario
- Disminución de la superficie placentaria
- Tuberculosis uterina, Lúes
- Problemas del cordón

5.- ¿Cuáles son los factores del parto de riesgo que mas conlleva a la Asfixia neonatal? (2pts)

- Trabajo de parto prolongado
- Trabajo de parto precipitado
- Ambas respuestas
- Ninguna.

6.- ¿Diga Ud. Cuáles son los factores fetales con más riesgo que Conlleven a la asfixia neonatal? (2pts)

- Sufrimiento fetal
- Fetos múltiples
- Prematuridad o pos madurez, malformaciones
- Todas las anteriores
- Ninguna

7.- ¿Cuáles son las alteraciones que se presentan durante la asfixia del Recién nacido? (2pts)

- Cardiovasculares
- Gases arteriales
- Problemas del recién nacido asfixiado
- Todas las anteriores
- Ninguna.

8.- Las alteraciones Cardiovasculares se dan: (2pts)

- Durante el apnea primaria y la fase de bloqueos de frecuencia Cardíaca.
- Durante el apnea secundaria
- Ambas respuestas
- Ninguna.

9.- ¿Durante la asfixia, que alteraciones de gases arteriales se Presentan? (2pts)

- Acidosis metabólica e hipó glicemia

- Acidosis metabólica y respiratoria PH 6.8
- Ambas respuestas
- Ninguna

10.- ¿Cuáles son los problemas del recién nacido asfixiado que se Presentan? (2pts)

- Problemas neurológicos, respiratorios, cardiovasculares
- Problemas renales, digestivos
- Problemas hematológicos, metabólicos
- Todas las respuestas
- Ninguna.

Puntuación:

Conocimiento Bueno = 14 – 20 puntos

Conocimiento Regular = 11 – 13 puntos

Conocimiento Deficiente = 0 – 10 punto

ANEXO No 3
FICHA DE REGISTRO DE ANALISIS DOCUMENTAL 2014

	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE
morbilidad por asfixia Causas: Hipertensión con toxemia gravídica. Hemorragias agudas. Infección Materna Diabetes Rotura prematura de membranas Gestación Post termino Distocia de presentación Frecuencia cardiaca fetal anormal Meconio en liquido amniótico Hipertonía uterina Prolapso de cordón				

ANEXO N° 4

HOJA DE CONFIDENCIALIDAD

Yo.....con N° de DNI:
Por medio del presente acepto participar de manera voluntaria en la investigación titulada ” **conocimiento del profesional de Enfermería sobre asfixia en el recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología HRHV Huánuco 2014**”; cuyo objetivo de estudio es: Determinar el nivel de conocimiento del profesional de Enfermería sobre asfixia en el recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder el cuestionario que es instrumento del mencionado estudio esto tomara aproximadamente de 10 a 15 minutos de tiempo. La responsable de la investigación se ha comprometido a responder y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte a la investigación. Los datos proporcionados en la presente investigación son manejados en forma confidencial.

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Huánuco..../.../2014

ANEXO Nº 5**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo ----- con DNI Nº-----, luego de haber sido informado sobre los fines y propósitos de la investigación titulada **“conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia en el recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología HRHV Huánuco, 2014”**, por la Licenciada en enfermería Edith Zulma Ramos Salazar, acepto ser partícipe de la investigación.

Firmo el presente para fines pertinentes del caso.

Firma de la Lic. Enfermera.

Firma de la investigadora

NOTA BIOGRÁFICA:

RAMOS SALAZAR, Edith Zulma.

Lugar de Nacimiento : Huánuco
Fecha de Nacimiento : 25/09/1976
Centro Educativo de los estudios secundarios : C. N. Juan Velasco Alvarado
Universidad : U. N. Hermilio Valdizan
Facultad : Enfermería
Año en que obtuvo el grado de bachiller : 2001