

**CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS NEONATALES DIRIGIDO A MADRES
GESTANTES DE LA IPS UNIVERSITARIA ADVENTISTA**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad Ciencias de la Salud Tecnología en Atención Prehospitalaria.

Carolina Arboleda Zapata

Sandy Pinto Grisales

Medellín, Colombia

2018



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico "Curso de primeros auxilios neonatales dirigido a madres gestantes, IPS Universitaria Adventista", elaborado por los estudiantes: CAROLINA ARBOLEDA, SANDY PINTO del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- BUENO

Medellín, 23 de Mayo de 2018



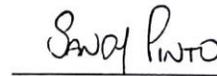
MG. JORGE SANCHEZ
Coordinador Investigación FCS



Dra. TERESITA MARRUGO
Asesor



CAROLINA ARBOLEDA
Estudiante



SANDY PINTO
Estudiante

Agradecemos primero que todo a Dios antes que nada; a nuestras familias, y compañeros por el apoyo y comprensión permanente.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de este proyecto a la IPS Universitaria Adventista por permitir hacer uso de sus instalaciones, recursos y facilitar acceso a la base de datos de las madres gestantes pertenecientes al programa de control prenatal.

A nuestra asesora y docente Doctora Teresita Marrugo por su guía, acompañamiento gran predisposición, amabilidad y puntualidad, muy importante para llevar a cabo éste proyecto. Su apoyo, ha sido muy importante en nuestra formación profesional, y personal.

Nuestro más sincero agradecimiento a los docentes Lina María Ortiz y Jorge Sánchez por sus orientaciones para llevar a cabo éste proyecto.

Se dedica este trabajo a todos los neonatos fallecidos en accidentes que pudieron ser evitados, a sus padres y familiares por atravesar por este penoso momento.

A Dios por permitir que todo esto fuera posible, a nuestras familias por su apoyo incondicional para lograr esta meta tan importante a nivel personal y como avance para nuestra profesión.

Resumen

Los accidentes constituyen la causa más frecuente de mortalidad en neonatos. En el caso de no ser fatales, dejan en ocasiones secuelas irreversibles, otras requieren largos períodos de recuperación, que implican un gasto económico considerable, además de un desgaste emocional y psicológico que afecta a los padres.

Este fenómeno de morbimortalidad neonatal debe ser considerado como una situación de gran importancia y como tal debe ser tratado desde la prevención.

Según una investigación de la Organización Mundial de la Salud en el año 2017 el 80% de las muertes neonatales fueron por accidentes que en su mayoría pudieron ser evitados, si se contara con los conocimientos adecuados desde la prevención, reconocimiento y abordaje de las situaciones de emergencia. (1)

La falta de educación en estos temas hace que las madres cometan el error de pasar por alto signos y síntomas de alarma en el neonato ocasionando que el momento de acudir a un centro de salud sea demasiado tarde para salvar la vida del menor o que su recuperación sea más lenta dejando posibles lesiones irreversibles.

Es preocupante, y más como personal de salud, el incremento de las muertes en neonatos. El presente proyecto tiene como propósito capacitar a las madres gestantes de la IPS Universitaria Adventista que asisten al programa de control prenatal, por medio de una estrategia pedagógica, enseñar cuales son las principales causas de muerte prevenibles en neonatos, como prevenirlas, reconocerlas, y manejarlas en caso dado de que se presenten; logrando en ellas una sensibilización y que se den cuenta de que situaciones como estas pueden ocurrir en cualquier momento.

Este trabajo cuenta con justificación, planteamiento del problema, objetivo general y específicos. Se presenta el diseño metodológico, herramienta necesaria para complementar la estrategia pedagógica. Se anexa además un cronograma de actividades previstas, para llevar a cabo el proyecto y otros datos importantes como la bibliografía y presupuesto necesario.

CONTENIDO

1	CAPÍTULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO.	9
1.1	justificación.....	9
1.2	Planteamiento del problema.....	10
1.3	Objetivo general.	10
1.4	Objetivos específicos.....	11
1.4.1	Sensibilizar sobre la importancia de la prevención de accidentes.	11
1.4.2	Brindar las medidas iniciales en el manejo de la emergencia.	11
1.4.3	Evaluar los conocimientos adquiridos por las madres en primeros auxilios neonatales al terminar la capacitación.....	11
1.5	Viabilidad del proyecto.....	11
1.6	Limitaciones del proyecto.....	11
1.7	Impacto del proyecto.	12
2	CAPÍTULO DOS: MARCO TEORICO.....	13
2.1	Marco conceptual.....	13
2.2	Marco referencial.....	16
2.3	Marco institucional.....	26
2.4	Marco legal.....	29
2.5	Marco teorico.....	31
2.5.1	Historia de los primeros auxilios.....	31
2.5.2	Primeros auxilios.....	32
2.5.3	Primeros auxilios neonatales.....	34
2.5.4	Paro cardiorrespiratorio.....	35

2.5.5	Asfixia	38
2.5.6	Muerte súbita.....	39
2.5.7	Quemaduras	43
3.	CAPÍTULO TRES: DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS	44
4	CAPÍTULO CUATRO: DISEÑO METODOLÓGICO	50
4.1	Alcance del proyecto	50
4.2	Metodología del proyecto	50
4.3	Plan de trabajo	51
4.4	Presupuesto	52
5	CAPITULO CINCO: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
	Bibliografía	54
6	Anexos	60

TABLA 1 IMPACTOS DEL PROYECTO	12
TABLA 2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	51
TABLA 3 PRESUPUESTO	52
Ilustración 1 Conocimientos en primeros auxilios previos a la capacitación	¡Error!
Marcador no definido.	
Ilustración 2 Madres que presentaron situaciones de emergencias con sus hijos	¡Error!
Marcador no definido.	
Ilustración 3 Situaciones de emergencia que se presentaron	47
Ilustración 4 Árbol de problemas	48
Ilustración 5 Árbol de objetivos	49
Ilustración 6	64
Ilustración 7	64
Ilustración 8	65
Ilustración 9	65
Ilustración 10.....	66
Ilustración 11.....	66
Ilustración 12.....	67
Ilustración 13.....	67
Ilustración 14.....	68

1 CAPÍTULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO.

1.1 JUSTIFICACIÓN.

A la fecha, se ha reportado ante el Sivigila 394 casos de mortalidad neonatal en Colombia; según la última semana epidemiológica del Instituto Nacional de Salud (INS), se notificaron muertes donde la mayoría de sucesos se han dado en ciudades como Medellín con 101 (el 3,9 %), Cali con 8 (el 3,4 %), Cartagena con 82 (3,2 %), Barranquilla con 78 (3,0 %), Montería con 44 (1,7 %), Valledupar con 41 (1,6 %) y Santa Marta con 40 (1,5 %)". (1)

Los fallecimientos de recién nacidos o neonatos constituyen el 46% de los fallecimientos de niños. La mayoría de las muertes neonatales (75%) tienen lugar durante la primera semana de vida, y cerca de 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas. Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia, muerte súbita, quemaduras y los traumatismos. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad. (2)

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad imperiosa de realizar este proyecto con el fin de capacitar, orientar y enseñar a madres gestantes sobre los signos de alarma que puedan atender sobre la vida de sus bebés y cómo manejarlos para sacar al infante de esta situación. Con esto se pretende que las madres gestantes tomen consciencia de sus responsabilidades en el cuidado y bienestar del menor que se encuentre a su cargo y así se capaciten para brindar primeros auxilios cuando la vida del menor se encuentre en peligro, contribuyendo así a disminuir los índices de mortalidad en la población neonatal en general de la ciudad de Medellín.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los primeros auxilios consisten en la atención inmediata que se le da a una persona enferma, lesionada o accidentada en el lugar de los acontecimientos, antes de ser trasladada a un centro asistencial u hospitalario, o hasta la llegada de un médico o profesional en atención prehospitalaria que se encargue de la situación, esto con el fin de preservar la vida del paciente, evitar complicaciones físicas, psicológicas y asegurar el traslado a un centro asistencial. (3)

Teniendo en cuenta que la población neonatal es más vulnerable debido a su falta de conocimiento de los riesgos y peligros que pueden encontrar en su entorno, muy a menudo se ven expuestos a accidentes o situaciones de emergencias como lo son traumatismos, ahogamiento, quemaduras, fracturas, fiebre, convulsiones, mordedura de animales, atragantamiento, intoxicaciones, y heridas entre otras, las madres deben estar preparadas y capacitadas para afrontar y actuar con seguridad resolviendo la situación y el problema del recién nacido, dándole confianza, seguridad y sensación de bienestar.

1.3 OBJETIVO GENERAL.

Capacitar a madres gestantes en primeros auxilios neonatales en la IPS Universitaria Adventista.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.4.1 Sensibilizar sobre la importancia de la prevención de accidentes.
- 1.4.2 Brindar las medidas iniciales en el manejo de la emergencia.
- 1.4.3 Evaluar los conocimientos adquiridos por las madres en primeros auxilios neonatales al terminar la capacitación.

1.5 VIABILIDAD DEL PROYECTO.

Para la realización de este proyecto se cuenta con recurso humano y algunos materiales (dos PC portátil, simuladores pediátricos para la práctica, fotocopias, carnet de identificación, video beam, refrigerios), información clara de cuantas madres gestantes consultan en la IPS Universitaria Adventista y números telefónicos para poder invitarlas; para lo demás se solicitara un lugar adecuado para la realización de dicha capacitación en la IPS Universitaria Adventista el cual fue aprobado.

1.6 LIMITACIONES DEL PROYECTO.

Aunque este proyecto presenta un alto grado de viabilidad para su realización, se pueden encontrar en el camino diferentes limitaciones como la ausencia de las madres gestantes en las capacitaciones ya sea por horarios cruzados o simplemente por falta de interés y la negación de los espacios para desarrollar esta capacitación en la IPS Universitaria Adventista.

1.7 IMPACTO DEL PROYECTO.

Tabla 1 Impactos del proyecto.

Impacto esperado	Plazo después de finalizado el proyecto	Indicador verificable	Supuestos
<p>Sensibilizar a las madres frente a los diferentes tipos de emergencia que se pueden presentar con el recién nacido y cómo manejarlo. Trasmitir la importancia de tener conocimientos básicos en primeros auxilios neonatales.</p>	<p>Corto plazo.</p>	<p>Asistencia y participación.</p>	<p>No contar con la aprobación de la IPS Universitaria Adventista para la realización de las capacitaciones en sus instalaciones. Obtener una respuesta positiva por parte de las madres, mostrándose receptivas adquiriendo el conocimiento básico en primeros auxilios neonatales.</p>
<p>Menos probabilidad de mortalidad y lesiones irreversibles en sus bebés. Prevención, reconocimiento y manejos de las diferentes situaciones de emergencia con el R.N</p>	<p>Mediano plazo.</p>	<p>Menos incidencia de situaciones de emergencia y traumatismo con el recién nacido.</p>	<p>Desinterés por parte de las madres y falta de compromiso para la prevención de accidentes con el recién nacido.</p>
<p>Replicación de información a otras madres gestantes por parte de las asistentes al curso.</p>	<p>Largo plazo.</p>	<p>morbimortalidad disminuida a nivel de la comuna 16 Nuevas madres gestantes interesadas en recibir este tipo de cursos.</p>	<p>Aumento de las tasas de morbimortalidad neonatal. Lesiones irreversibles a nivel fisiológico en el neonato</p>

2 CAPÍTULO DOS: MARCO TEORICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL.

Aleteo nasal: El aleteo nasal es la dilatación de las fosas nasales con cada inhalación. Las fosas se abren para maximizar el flujo de aire. El aleteo nasal se observa con más frecuencia en lactantes y niños pequeños, y suele ser un signo de dificultad respiratoria.

Apnea del sueño: una apnea es una detención de la respiración durante al menos 10 segundos. La apnea de sueño se da mientras se duerme. La respiración se interrumpe hasta que la persona se despierta, vuelve a respirar, se duerme de nuevo y vuelve a tener apnea. Este proceso se repite muchas veces durante la noche, de tal modo que el dormir no aporta el descanso suficiente.

Arritmia cardiaca: ritmo o frecuencia anormal de contracción del corazón. Puede consistir en contracciones demasiado rápidas (taquicardia), demasiado lentas (bradicardia), o de forma desacompasada o irregular (arritmia sinusal).

Bradicardia: La bradicardia es una frecuencia cardíaca inferior a la normal para la edad del niño. La bradicardia leve puede ser normal en un niño deportista, pero una frecuencia muy baja sumada a otros síntomas es un signo preocupante que puede alertar de la inminencia de un paro cardíaco. La hipoxia es la causa más común de bradicardia en niños.

Bradipnea: La bradipnea es una frecuencia respiratoria más lenta de lo normal para el intervalo de edad. Con frecuencia, la respiración es lenta e irregular. Las causas son fatiga del músculo respiratorio, lesión o infección del sistema nervioso central, hipotermia o medicación que afectan al estímulo respiratorio.

Cianosis: Coloración azulada de las mucosas y la piel que se hacen más evidentes en los labios y en las uñas; está provocado por un incremento de la hemoglobina no oxigenada en la sangre. Las causas suelen estar relacionadas con disfunciones cardíacas o respiratorias

que provocan una mala oxigenación de la sangre, como las cardiopatías, anomalías vasculares, insuficiencia respiratoria.

CRUP: Enfermedad del tracto respiratorio superior, usualmente a causa de una infección vírica aguda. Se da principalmente en lactantes y en niños de hasta 3 años. Afecta al 15% de los niños en algún momento de su vida. La inflamación de la garganta interfiere la respiración normal y produce ronquera, tos metálica o "perruna" y estridor persistente durante la inspiración. Los síntomas pueden empeorar durante la noche.

DEA: Desfibrilador Automático.

Desfibrilación: restablecimiento del ritmo normal del corazón mediante medicamentos o electroshock.

Disnea: dificultad para respirar. Puede ser causada por una crisis de asma, inhalación de un agente químico, o un trauma en el tórax que afecte principalmente a los pulmones.

Epiglotitis: inflamación de la epiglotis. Generalmente se produce en niños de entre 2 y 7 años. Es considerada una emergencia médica porque la inflamación puede causar una obstrucción de la vía aérea y requerir intubación endotraqueal.

FC: Frecuencia Cardiaca.

FR: Frecuencia Respiratoria: La respiración normal espontánea se realiza con el mínimo esfuerzo; el resultado es una respiración tranquila con inspiración fácil y espiración pasiva. La frecuencia respiratoria normal es inversamente proporcional a la edad. Es rápida en los neonatos y más lenta conforme el niño crece. En el lactante (<1 año) entre 30 y 60 respiraciones por minuto, bebé (1 a 3 años) entre 24 y 40, preescolar (4 a 5 años) entre 22 y 34, en edad escolar (6 a 12 años) entre 18 y 30, y adolescente (13 a 18 años) entre 12 y 16.

Hipotermia: Descenso de la temperatura corporal por debajo de 35 °C, normalmente a causa de una exposición prolongada al frío. Es una alteración peligrosa, ya que si la temperatura corporal desciende aún más puede llevar a la pérdida de la consciencia e incluso a la muerte.

Hipertermia: Aumento de la temperatura del cuerpo inducida terapéuticamente o por exposición a altas temperaturas produciendo un golpe de calor, o cuando el organismo tiene una infección que hace al cuerpo usar la temperatura como defensa a esos patógenos.

Hipoxia: disminución en el suministro de oxígeno a los tejidos.

Maniobra de Heimlich: compresiones abdominales.

PA: Presión Arterial.

Primeros auxilios: es la ayuda oportuna y rápida que se le brinda a una persona que haya sufrido algún tipo de accidente que atente contra su integridad física.

PCR: Paro Cardíaco Respiratorio.

RCP: Reanimación Cardio Pulmonar.

Shock: El shock es un estado crítico que resulta de una administración inadecuada de O₂ y nutrientes para satisfacer el requerimiento metabólico tisular. El shock puede caracterizarse por una perfusión periférica y de órganos vitales inadecuada. La definición de shock no está asociada a la medición de la presión arterial; el shock puede producirse con una presión arterial sistólica normal, alta o baja. En los niños, la mayoría de las veces el shock se caracteriza por un gasto cardíaco bajo. Sin embargo, en algunos tipos de shock (p. ej.: causado por sepsis o anafilaxia), el gasto cardíaco podría ser alto. Todos los tipos de shock pueden afectar a la función de los órganos vitales, como el cerebro (disminución del nivel de consciencia) y los riñones (mala diuresis, filtrado ineficaz).

SPO₂: Saturación de Oxígeno, para saber la saturación de oxígeno en una persona se requiere de un pulso oxímetro, y los valores normales oscilan entre 94% y 96% en un niño sano.

Taquicardia: frecuencia cardiaca acelerada, cuando hay actividad física el corazón acelera el ritmo de manera natural para satisfacer las demandas de sangre en los tejidos, cuando se termina la actividad el corazón regresa a su ritmo normal, cuando hay un trastorno a nivel

del ritmo cardiaco por alguna patología, es necesario que el niño sea evaluado por un médico para saber las causas, ya que esta puede evolucionar a un paro cardiaco y causar la muerte.

Taquipnea: La taquipnea es una frecuencia respiratoria más rápida de lo normal para un intervalo de edad. Suele ser el primer signo de dificultad respiratoria en los lactantes. La taquipnea también puede ser una respuesta fisiológica (normal) al esfuerzo. Por definición, la taquipnea con dificultad respiratoria se asocia a otros signos de mayor esfuerzo respiratorio.

Trauma: lesión producida por un golpe contra un objeto en movimiento o estático.

TEC: Trauma Encéfalo Craneal.

Vasoconstricción: constricción de los vasos sanguíneos.

2.2 MARCO REFERENCIAL

Ventilación durante la reanimación cardiopulmonar en el lactante: ¿boca a boca o con bolsa autoinflable? Un estudio cuasiexperimental. (4)

Autores: Myriam Santos Folgar, Martin Ortega Agra, Felipe Fernández Méndez.

Facultad de ciencias de la Educación y el Deporte, Universidad de Vigo, Pontevedra, España.

Grupo de investigación en rendimiento y motricidad del salvamento y socorrismo, Universidad de Vigo Pontevedra, España

Grupo de investigación, facultad de enfermería, universidad de Santiago de Compostela, España.

13 de noviembre 2017, aceptado 30 diciembre 2017.

Introducción.

Se ha observado que los profesionales sanitarios tienen dificultades para realizar maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad. Nuestro objetivo ha sido comparar la calidad de las ventilaciones en un modelo de lactante según el método utilizado (boca a boca y nariz o bien bolsa autoinflable y mascarilla facial) por estudiantes de Enfermería. (4)

Resultados

Los estudiantes consiguieron dar más ventilaciones con volumen apropiado con el método boca a boca y nariz (22%) que con bolsa y mascarilla (16%). La calidad global de la RCP también fue significativamente superior cuando aplicaron el método boca a boca y nariz (60 vs 48) (4)

Conclusiones

La ventilación boca a boca y nariz es más eficiente que la ventilación con bolsa autoinflable y mascarilla facial, en la RCP realizada por estudiantes de enfermería con un modelo simulado de lactante. (4)

Papel de las exploraciones complementarias y de la monitorización domiciliaria en los pacientes de riesgo de episodios aparentemente letal, apneas y síndrome de muerte súbita del lactante. (5)

Autores: A. Martínez Monseny, S. Bobillo Pérez, A. Martínez Planas.

Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Agosto del 2015.

Introducción

Los monitores de apneas detectan anomalías en la frecuencia cardíaca y respiratoria, sin utilidad demostrada para el diagnóstico de alteraciones respiratorias relacionadas con el sueño en los niños como se pensaba en su origen. (5)

El uso de monitores de apneas domiciliarios se inició hace más de 30 años durante la época en que la apnea prolongada se proponía como causa hipotética del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). (5)

Posteriormente, diversos estudios han concluido que la apnea no está relacionada con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y que los monitores no evitarían una muerte súbita. (5)

El miedo a la muerte súbita de los lactantes lleva a los padres y facultativos, para proteger a los niños en situación de riesgo, a monitorizarlos, con el desafortunado resultado de una falsa sensación de seguridad que ofrece un dispositivo diseñado para detectar un tipo limitado de acontecimientos. (5)

Objetivos

Describir el tipo de pacientes que se monitorizan, durante cuánto tiempo y la evolución de los mismos. (5)

Discusión

Hace más de 25 años se inició la utilización de monitores de apneas domiciliarios en una época en que la apnea prolongada se proponía como causa hipotética del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). La idea inicial de estos monitores era un sistema diseñado de detección de bradicardias o pausas respiratorias mantenidas que avisara a los padres y evitar de esta forma un suceso fatal en aquellos niños con factores de riesgo. Posteriormente, múltiples estudios han concluido que apnea prolongada no está relacionada con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y que los monitores no evitarían una muerte súbita. Los factores que sí que han demostrado asociarse a un mayor riesgo de

muerte súbita están consensuados por profesionales de diferentes partes del mundo y que pueden ser prevenidos son dormir boca abajo y el tabaco materno pre y posnatal. (5)

Resultados

Durante el periodo de estudio fueron incluidos 88 pacientes, el 58% de ellos de sexo masculino, con una mediana de edad de 15,5 días y durante un periodo de 4,7 meses. El motivo de monitorización fue en un 20,5% por antecedente de muerte súbita, sin encontrar patología subyacente; un 25% por apnea de la prematuridad; un 20,5% por episodio aparentemente letal, y un 14.8% por atragantamiento. Otras causas suponen el 19,3% (apnea/hipopnea, desaturaciones y respiración periódica). De estos 3 últimos grupos, en el 50% se registraron eventos patológicos: reflujo patológico, apneas de la prematuridad, causa neurológica y apneas de causa desconocida. (5)

Conclusiones

La sospecha de apnea del lactante es un motivo de consulta que crea gran preocupación tanto a la familia como al pediatra. La monitorización domiciliaria es útil en la detección de alteraciones en la frecuencia cardíaca y respiratoria pero es necesario limitar sus indicaciones y realizar un buen seguimiento de estos pacientes, evitando el abuso de otras pruebas complementarias o tratamientos. (5)

Muerte súbita del lactante (6)

Autores: Gabriela Quirós Gonzales, Médico Cirujano-Médico General en Área de Salud Guatuso

Mariela bolívar porras, Médico y Cirujano-Médico General en Área de Salud Guápiles

Natalia solano tenorio Médico cirujano- Médico General en Área de Salud Belén – Flores

Marzo 2016

Resumen.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) consiste en la muerte inesperada de un infante menor de un año, la cual no puede ser explicada posterior a las investigaciones del caso, tales como: la anamnesis, la escena de la muerte, y la autopsia. La relevancia de este padecimiento radica en que es un fenómeno presente a nivel mundial, y es la principal causa de muerte en lactantes de 1 a 12 meses de vida. Debido a la importancia del tema, la presente investigación pretende realizar un acercamiento bibliográfico, que aborda terminología especializada; estudios de epidemiología a nivel mundial; diversos factores de riesgo y su prevención; además del algoritmo de manejo de síndrome de muerte súbita del lactante basado en las guías españolas de pediatría y las guías del síndrome de muerte súbita del lactante. (6)

Cabe destacar que el diagnóstico de esta muerte es de exclusión y requiere una investigación exhaustiva para poder dilucidar sus causas. Así mismo el síndrome de muerte súbita del lactante, ha sido asociado a diferentes factores de riesgo que pueden desencadenar este evento en niños con susceptibilidad genética o adquirida, los cuales en la mayoría de los casos pueden modificarse y prevenirse educando a los padres, y a los proveedores de la salud. Debido a que el médico general, y el pediatra son los primeros profesionales en abordar al lactante y a sus familiares, es imperativo que ambos tengan conocimiento del tema en cuestión, no solo para la prevención de estos casos, sino para el abordaje correcto en el caso que se presente una muerte súbita infantil. (6)

Conclusiones.

En síntesis se puede determinar que:

La Muerte Súbita del Lactante es la principal causa de muerte desde el primer mes y hasta el año de vida, en la cual en la mayoría de los casos no es inmediata. No obstante, en los últimos años han disminuido los casos debido a las distintas campañas de prevención que existen (6)

Se ha asociado el SMSL con algunos factores de riesgo intrínsecos de cada lactante entre los cuales se encuentran: la raza negra e indios nativos, sexo masculino, edad (entre los 2 y 4 meses de edad), entre otros. (6)

Es importante que tanto el médico general como el pediatra conozcan el manejo adecuado ante un caso de Muerte Súbita del Lactante, ya que corresponde a un diagnóstico de exclusión por lo que se debe realizar una investigación exhaustiva que incluya: autopsia, toma de muestras para estudios bioquímicos, metabólicos e histológicos y la notificación a la entidad judicial correspondiente. (6)

No hay evidencia que relacione el SMSL con las inmunizaciones, por lo que se recomienda que los lactantes deben cumplir el esquema oficial de vacunación de cada país. (6)

La posición al dormir es el factor de riesgo prevenible más importante, siendo la posición supina la más segura. (6)

La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso del chupete al momento de dormir ya que produce un sueño más superficial y facilita el despertar. Se debe iniciar cuando la lactancia materna ya esté establecida, y hasta el año de edad. (6)

Se ha demostrado mediante distintos estudios, que existe una estrecha relación entre el fumado y el aumento de riesgo de muerte súbita en hijos de madres fumadoras. (6)

Se debe fomentar la lactancia materna exclusiva ya que esta se asocia con menor riesgo de muerte súbita. (6)

La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral.

Idoris Escobar Cordero, Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba. 2017.

Resumen.

Una de las situaciones más graves y comprometidas para la vida, es la parada cardiorrespiratoria. El objetivo de esta charla es hacer una actualización sobre la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. Se visitó la página web de la Biblioteca Médica Nacional de los Estados Unidos (PubMed) con las siguientes palabras clave en inglés: teaching AND reanimation, y con el filtro activado para los últimos cinco años, en

humanos y a texto completo. La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte en el mundo. Su manifestación más grave es la muerte súbita, y la fibrilación ventricular es el ritmo electrocardiográfico más frecuente. Su principal tratamiento es la reanimación cardiopulmonar efectiva y la desfibrilación precoz. Parece necesario instaurar métodos más eficaces de instrucción, donde el empleo de escenarios clínicos simulados puede ser una herramienta útil para mejorar el aprendizaje, así como la evaluación de las competencias terminales del egresado de medicina. (7)

Introducción.

Una de las situaciones más graves y comprometidas para la vida, es la parada cardiorrespiratoria (PCR), que es la interrupción de la respiración espontánea y de la actividad mecánica del corazón. No se puede hablar de reanimación cardiopulmonar (RCP) y cerebral sin mencionar a Peter Safar, uno de los precursores de la enseñanza en este campo, quien nació en Viena 1924 y murió en Pensilvania el 3 de agosto de 2003. La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte en el mundo. Su manifestación más grave es la muerte súbita y representa más del 60% de los casos. Se estima que la fibrilación ventricular (FV) es el ritmo electrocardiográfico más frecuente durante la muerte súbita. Su principal tratamiento es la RCP efectiva y la desfibrilación precoz. (7)

La RCP básica aumenta entre cuatro y siete veces el éxito de la desfibrilación¹. La muerte súbita, en la mayor parte de las veces, se presenta en personas sanas, de una manera brusca e inesperada, en el domicilio o en la calle, y aunque puede ser potencialmente reversible, en muchas ocasiones, cuando acuden los sanitarios, ya es demasiado tarde³.

La RCP constituye un conjunto de maniobras estandarizadas de desarrollo secuencial, aceptadas internacionalmente, cuyo objetivo inicial es sustituir y, a continuación, restablecer la respiración, la circulación y la integridad del sistema nervioso central. Sólo si la RCP se empieza en los primeros minutos hay posibilidad de una recuperación sin

secuelas

neurológicas.

El objetivo de la conferencia impartida en este Simposio es realizar una actualización sobre la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. (7)

Aspectos de Interés.

En Europa ocurren aproximadamente unas 375.000 paro cardiorrespiratorio al año. Un porcentaje muy importante sucede fuera del hospital y las personas que atienden inicialmente son sus familiares, compañeros de trabajo, profesores o peatones de la vía pública

En España, unas 25000 personas fallecen por infarto agudo de miocardio antes de recibir asistencia médica. A pesar de la mejoría de los servicios de emergencias éstos nunca podrán llegar a la totalidad de los casos con la suficiente rapidez. Actualmente, menos del 30% de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias son reanimadas inicialmente por las poblaciones generales. La RCP básica precoz mejora el pronóstico de la parada cardiorrespiratoria tanto en niños como en adultos la instauración de maniobra RCP Por las personas que han presenciado el paro aumenta en siete veces las posibilidades de supervivencia. (7)

Diversos estudios han demostrado que el tiempo transcurrido entre la parada cardíaca y el inicio de la RCP es uno de los factores pronósticos más importantes.; por lo que resulta necesario que las personas que atienden inicialmente al individuo que ha sufrido una PCR, realicen la RCP básica hasta que lleguen los servicios de emergencia. (7)

La Asociación Americana del Corazón imparte, mediante cursos, actualización sobre arritmias y soporte vital básico y avanzado para especialistas. Sin embargo, la formación en prevención de la PCR y las maniobras de RCP básica en las residencias médicas en general todavía está muy poco desarrollada. El objetivo de la formación debe ser que los estudiantes

aprendan a actuar de forma sistemática ante las situaciones de emergencia, insistiendo en la aplicación de medidas de forma ordenada. (7)

En primer lugar, aplicar las medidas de seguridad para evitar riesgos añadidos

Diferenciar entre situaciones leves y de riesgo vital.

Mentalizar en la importancia de la comunicación con los sistemas de emergencia.

Aprender las medidas esenciales de las curas iniciales en urgencias sin riesgo vital.

Aprender de forma práctica las medidas de RCP básica.

La formación en RCP básica a los residentes debe incluir las maniobras aplicables tanto a niños como a adultos, insistir en las que son esenciales y subrayar que las medidas preventivas son las más sencillas y útiles. (7)

Conclusiones.

Resulta necesario instaurar métodos más eficaces de instrucción, donde el empleo de escenarios clínicos simulados pueda constituir una herramienta útil para mejorar el aprendizaje como la evaluación de las competencias terminales del egresado de la carrera de Medicina. (7)

Atención de Enfermería en la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpos Extraños Lactante Niño Adulto.

Sancho Sánchez, M.^a J. Loro Sancho, N. Algora Rangel, F. Sancho Sánchez, M.^a T.

Resumen

En este trabajo se analizan las diferentes causas que pueden producir la asfixia en la infancia y en la edad adulta consecuente a una obstrucción de las vías aéreas. Se hace una relación en cuanto a la prevención, se elaboran una serie de objetivos a llevar a cabo y se dan unas pautas de la conducta a seguir a fin de poder solucionar el problema con medios manuales. (8)

Introducción

La obstrucción brusca de la vía aérea superior por cuerpos extraños puede provocar un cuadro de asfixia que si no se resuelve rápidamente puede evolucionar, cuando la obstrucción es completa, a la parada respiratoria seguida de parada cardíaca y muerte. Su incidencia es mayor en niños y en lactantes así como en adultos en situaciones de disminución del nivel de conciencia (alcoholismo agudo, enfermos neurológicos). En la infancia generalmente es debido a sus juegos habituales con objetos muy pequeños y a su tendencia natural a introducirlos en su propio cuerpo a causa de su curiosidad infantil. En los niños, la asfixia constituye una seria amenaza por la propensión que tiene de llevarse todo cuerpo extraño a la boca, e incluso por el marcado placer que experimentan en comer caramelos. Un cuerpo extraño en la vía respiratoria alta (faringe, laringe o tráquea) puede interrumpir parcialmente el flujo de aire. En los primeros años de la vida la curiosidad que hace que el niño se lleve todo a la boca aumenta significativamente el porcentaje de estos accidentes. La muerte por asfixia es la segunda causa por accidente doméstico en niños menores de tres años. De estas aspiraciones corresponden el 90% a frutos secos. (8)

Objetivos.

Extracción del objeto que esté obstruyendo la vía aérea.

Permeabilización de la vía aérea mediante las técnicas manuales.

Reanimación respiratoria y/o cardiorrespiratoria.

Reanudación de la función respiratoria. (8)

Discusión

La aspiración de cuerpos extraños en niños están provocadas en un 90% por la ingesta de frutos secos, en E.E.U.U. se producen 300.000 muertes de niños al año por obstrucciones provocadas por frutos secos. Al producirse la aspiración, el cuerpo extraño puede pasar a la tráquea provocando la muerte en pocos segundos, cuando un cuerpo extraño quede alojado en la tráquea lo más lógico es acudir a un servicio de urgencias para la realización de una broncoscopia urgente y extraer la pieza, si no se ha resuelto por medio de los maniobras manuales, en la mayor parte de los casos los niños mueren en su domicilio o de camino al

hospital probablemente por la falta de información de la población. Las coautoras de éste trabajo somos Instructoras de Reanimación Cardio Pulmonar Básica y Avanzada, haciendo referencia a un trabajo de investigación publicado en la revista “Latido” que edita la Asociación Española de cardiología, (n.º 21 del 2000) donde reflejamos que parte de nuestra labor docente la dedicamos desde 1987 y desde 1997, a la elaboración e impartición de cursos de R.C.P. Básica y Avanzada, así como sus correspondientes seminarios, tanto en Instituciones sanitarias como en Ayuntamientos, dirigido a profesionales sanitarios y no sanitarios. La obstrucción de vías aéreas forma parte de nuestro programa como una de las causa de parada respiratoria y posteriormente parada cardíaca. (8)

El fomentar la educación sanitaria a toda la población lo consideramos importante, determinadas técnicas manuales pueden, con una cierta destreza, salvar la vida en estos casos. Aunque a veces no hay remedio, en ocasiones el poder practicar los primeros auxilios puede salvar la vida tanto al niño como al adulto. (8)

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

Misión:

La Corporación Universitaria Adventista UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico-cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día. (9)

Visión:

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad. (9)

Modelo pedagógico:

La Propuesta Pedagógica de la UNAC se trabajó en tres fases: la primera, de carácter analítico, donde se realizan revisiones categoriales de la Propuesta; la segunda fase es de carácter hermenéutico, desde unos potenciales semánticos; y la tercera fase es pragmática o de implementación de la misma. Dado el dinamismo de la Institución, la Propuesta Pedagógica es perfectible, lo que indica que es necesaria el auto reflexión crítica permanente en las diferentes instancias de participación, y en las exigencias del quehacer educativo. La propuesta pedagógica, según (Muñoz & Alvarado, 2009), busca dar sustento pedagógico al quehacer educativo y formativo de una institución. Esta propuesta se asume plural y abierta, de allí que se permita la incorporación de discursos diferentes del propiamente pedagógico, para cumplir su cometido educativo y formativo propuesto en la misión. Se espera que pueda ser un punto de encuentro y diálogo con otros saberes, ciencias y disciplinas que se requieran en un momento histórico y en un contexto social y cultural propio de un proceso educativo dinámico. Según Echeverri y Zuluaga (2003), la propuesta pedagógica es concebida como “una manera abierta, dinámica y compleja de pensar las instituciones educativas, que permite empoderar al maestro atacando la raíz misma de la subalternada intelectual, ese carácter de saber sometido, funcional de la tecnología educativa que ha sido asignado al saber pedagógico” (p. 122). En este contexto, se concluye que esta Propuesta Pedagógica pretende realizar un ejercicio reflexivo y de resignificación de las concepciones fundamentales de las propuestas educativas y formativas de la Corporación. (9)

Principios orientadores:

1. Integralidad: Es un componente esencial de esta Propuesta Pedagógica; debe cimentar los procesos de formación y enseñanza-aprendizaje, que propicien en los docentes y estudiantes de la UNAC el desarrollo de todas sus potencialidades, es decir, la expresión y crecimiento de sus dimensiones científicas, humanísticas, filosóficas, éticas y socioculturales, en concordancia con los principios éticos y filosóficos como función social de la Corporación.

2. Interdisciplinariedad: Esta Propuesta Pedagógica debe fomentar el diálogo entre saberes y propiciar el reconocimiento del otro como interlocutor válido, condiciones necesarias para la consolidación de la comunidad académica. En la multiplicidad de lenguajes educativos debe propiciar la construcción de referentes y significados para el acercamiento y la comprensión de y entre los diferentes saberes, que se requieren para fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje.

3. Acción crítica: La Propuesta Pedagógica debe incentivar en los docentes y estudiantes una actitud de pensamiento crítico, reflexivo y tolerante que genere una acción consecuente y responsable con su formación académica, enmarcada por sus derechos y deberes, de forma tal que con su comportamiento y actuación evidencien compromisos de transformación y responsabilidad social en un liderazgo servidor.

4. Afectividad: El amor debe ser el principio fundamental en los procesos educativos redentivos, implica el establecimiento de relaciones interpersonales profesor/educando que sean gratificantes y placenteras, y la creación de un clima organizacional y un ambiente escolar marcados por el aprecio, la aceptación y la confianza. El elemento personal es esencial en la creación de un clima de aprendizaje saludable para el estudiante.

5. Flexibilidad y participación: Como factores determinantes en la consolidación e implementación de esta Propuesta, en los diferentes escenarios y contextos universitarios que permitan la articulación de cada uno de los referentes y componentes, para dar coherencia y pertinencia a los diferentes procesos educativos que se vivencien en la UNAC.

(10)

2.4 MARCO LEGAL

La Constitución Política es clara en decir que los Derechos de los niños prevalecen sobre los demás y en el **Artículo 44** dice que las leyes de infancia y adolescencia están diseñadas para:

“Garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”.

DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALES NIÑOS Y ADOLESCENTES

LEY 1098 DE 2006 CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Artículo 7 protección integral: Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

ARTÍCULO 8o. INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.

ARTÍCULO 27. DERECHO A LA SALUD. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás

entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.

I. DERECHO A LA VIDA, A LA SUPERVIVENCIA Y AL DESARROLLO. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se proteja su vida, su supervivencia, su dignidad y a que se garantice su desarrollo integral. No pueden ser privados de la vida en ninguna circunstancia.

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Derecho a la vida: con calidad y un ambiente sano.

Derecho a la custodia y cuidado personal: es obligación de los padres y adultos responsables de los niños.

Derecho al desarrollo integral en la primera infancia: Los niños de 0 a 6 años deben ser atendidos en servicios de nutrición, ser protegidos contra peligros físicos, y tener el esquema completo de vacunación.

Derecho a la salud: Ninguna entidad prestadora de servicios de salud puede negarse a atender a un niño o niña,

Derecho a todo lo que requiere el niño o niña adolescente para su desarrollo integral: Alimentos, vestido, habitación, educación, recreación y salud.

2.5 MARCO TEORICO

2.5.1 Historia de los primeros auxilios

Henry Dunant, mientras estaba dedicado a sus negocios, viajó al norte de Italia muy cerca de Solferino, el mismo día en que allí se enfrentaban los ejércitos austriaco, francés y piemontés. Al anochecer, sobre el escenario de la Batalla de Solferino, el 24 de junio de 1859, yacían 40.000 hombres prácticamente abandonados a su suerte. (11)

Dunant vio cómo morían los heridos sin asistencia y, ayudado por gente de los pueblos cercanos, se dedicó a socorrerlos: convenció a la población local para que atendiese a los heridos, sin fijarse en qué bando del conflicto estaban, usando el lema "*Tutti fratelli*" (Todos hermanos) Impresionado, el recuerdo le llevó a concebir formas de paliar situaciones parecidas, y tres años después publicó sus reflexiones. En un libro llamado "Recuerdo de Solferino", Dunant plantea la idea de crear un organismo de socorro que atendiera a las víctimas de los conflictos; idea que se materializó a lo que hoy conocemos a nivel mundial como la Cruz Roja. (11)

En Colombia, La historia de la Cruz Roja nos remota a la Guerra de los Mil Días, cuando un grupo de médicos con unas improvisadas ambulancias haladas por dos caballos cada una y en sus costados pintados dos cuadrados sobre fondo blanco y en cada uno una cruz roja con cinco cuadrados en señal de protección, abrazaron la misión de asistir a los cientos de heridos que quedaban a lo largo del campo de batalla, sin importar su afiliación política. (11)

Posteriormente impulsada la idea por los Doctores Adriano Perdomo e Hipólito Machado nació oficialmente el 30 de julio de 1915 en el Teatro Colón de Bogotá, bajo el postulado de que “todos somos seres humanos” y la afirmación de que en nuestra patria también es necesaria la existencia de una organización dedicada a “prevenir y aliviar los horrores de la guerra” en el país de Colombia. (11)

En la década de los 70 la comunidad médica estandariza las conductas necesarias para tratar adecuadamente a la persona lesionada. La continua evolución hace necesaria que la actuación ante situaciones de emergencia o catástrofe sea eficaz para poder paliar o

controlar la situación antes de que alcance magnitudes importantes. Por esto es necesario que existan personas entrenadas y capacitadas que acudan al auxilio de las víctimas lo más pronto posible y de una forma organizada. (12)

En 1982 se identificó la distribución trimodal de muerte por accidente. Se describe como la muerte causada por lesiones puede ocurrir en tres periodos de tiempo: -En la etapa más precoz: la muerte sobreviene de los primeros segundos a minutos del accidente o lesión y suele ser causada por laceraciones cerebrales, lesiones cardíacas, ruptura de aorta,... Pocos de estos pacientes suelen ser salvados. Entre los primeros minutos y algunas horas de producirse la lesión. Los primeros auxilios se enfocan fundamentalmente al manejo de esta etapa. La muerte sobreviene como consecuencia de un hematoma subdural o epidural, laceración hepática, alteraciones del ritmo cardíaco, rupturas del bazo. En la etapa más tardía la muerte sobreviene varios días o semanas después de la lesión, suele ser secundaria a sepsis o fallo orgánico múltiple. La calidad de la atención dada durante cada una de las etapas previas tiene influencia definitiva en el pronóstico final y en esta última fase. (12)

Toda la población debería tener nociones aunque sean mínimas para proporcionar los primeros cuidados a las víctimas de los accidentes o enfermedades repentinas que pueden surgir en cualquier lugar de la vida diaria hasta la llegada de los equipos asistenciales. (12)

2.5.2 Primeros auxilios

Se entiende por primeros auxilios todas las medidas o actuaciones inmediatas, adecuadas y provisionales prestadas a las personas accidentadas o con enfermedad antes de ser atendidos en un centro asistencial. Estos primeros auxilios se suelen realizar en el mismo lugar de accidente y con material prácticamente improvisado hasta la llegada de personal especializado. Son acciones de urgencia para reducir los efectos de las lesiones y estabilizar el estado del paciente. De esta primera actuación va a depender en gran medida el estado general y posteriormente la evolución de la víctima. (13)

Los primeros auxilios se basan en un concepto fundamental: una atención rápida y adecuada otorgada precozmente con relación a la urgencia mejora en forma significativa el pronóstico final de la persona. (14)

Pero ¿qué es una emergencia? ¿Y una urgencia? Se define como cualquier situación que en opinión del enfermo, los parientes u otra persona que asuma la responsabilidad de llevarlo al hospital, requiere intervención médica inmediata. La situación de urgencia continúa hasta que se ha realizado una evaluación y el diagnóstico médico. En una urgencia se puede aplicar uno de los siguientes tipos de primeros auxilios que sería identificar si existe peligro vital o no como por ejemplo una parada cardiorrespiratoria, asfixia, envenenamientos graves, y algún tipo de shock y en las que no hay peligro vital, puede ser fracturas, quemaduras leves, lumbalgias entre otros. Por consiguiente una emergencia es una urgencia en la que hay una situación de muerte potencial para el individuo si no se actúa de forma adecuada e inmediata. (15)

Los objetivos de los primeros auxilios son: Conservar la vida, evitar complicaciones físicas y psicológicas, ayudar a la recuperación, asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial, proteger las heridas de posibles infecciones y complicaciones. (16)

Las lesiones que sufre una persona que tiene un accidente puede variar desde contusiones simples hasta traumatismos múltiples; por lo tanto estas personas requieren una evaluación rápida de las lesiones y el establecimiento ordenado y secuencial de maniobras que salven la vida. En este tipo de situaciones el tiempo es esencial. El tiempo que debe transcurrir desde el momento del accidente hasta el traslado al centro especializado debe ser efectuado en 60 minutos, considerando este lapso como “la hora de oro”. (17)

Quien auxilia debe estar preparado para mantener la calma, la desesperación causa fracaso en la aplicación de primeros auxilios. Atender a una persona lesionada o con una enfermedad súbita, distinguir entre lo que debe hacerse y lo que no debe hacerse, trasladar al paciente a un centro especializado en el menor tiempo posible. (17)

2.5.3 Primeros auxilios neonatales

Muchas víctimas no pueden sobrevivir pues quien debería auxiliarlo no está preparado o simplemente entra en un estado de pánico perdiendo así la calma y la capacidad de actuar ante tal situación, debido a esto es que a nivel mundial se ha visto un aumento en las muertes por situaciones que pudieron haber sido prevenidas o manejadas en el lugar de los hechos sobre todo en personas tan indefensas como son los recién nacidos, es decir los neonatos.

Se llama neonato al bebe recién nacido, que es un bebe que tiene 30 días o menos, contados desde el día de su nacimiento, ya sea que haya sido por parto natural o por cesárea. La palabra se aplica tanto a aquellos bebes nacidos antes de tiempo, y forma o pasados los nueve meses de embarazo. (18)

Si bien se trata de una etapa de la vida realmente muy corta, los cambios que se suceden pueden desembocar en consecuencias muy determinantes para el resto de la vida del recién nacido, porque durante estos aproximadamente 30 días es que se descubrirán todos aquellos defectos congénitos o genéticos con los que puedan haber nacido el neonato, incluso, de ser detectada alguna enfermedad, podrá ser tratada casi desde su inicio y por tanto evitar así males futuros que se hagan más complejos como consecuencia del paso del tiempo.

El neonato requerirá de unos cuidados y de una atención como consecuencia de la debilidad que presenta. Deberá evitar movimiento brusco sujetando al bebe de manera adecuada para evitar lesiones. La principal manera de comunicación del recién nacido será el llanto reiterado con el cual expresa sus ganas de comer o algún otro tipo de malestar. (18)

La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se produce en países en desarrollo con acceso escaso a la atención en salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia. (19)

El enfoque principal de este proyecto es enseñar a las madres gestantes a prestar al neonato los primeros auxilios adecuados y que estén capacitadas para abordar situaciones de emergencias, ya que se evidencia un alto porcentaje de mortalidad neonatal por diferentes

eventos que pueden disminuir, si sus madres tienen el conocimiento para ser el primer respondiente mientras llega el servicio de emergencias.

Mediante la realización de este proyecto de desarrollo se llegó a la conclusión de que la mayoría de muertes por accidente en un recién nacido pudieron ser evitadas en el lugar de los hechos, las situaciones de emergencia más comunes fueron: paro cardiorrespiratorio, atragantamiento, dificultad respiratoria, quemaduras, y síndrome de muerte súbita. Situaciones que pueden ser manejadas por sus padres o acompañantes si se cuenta con la adecuada capacitación.

Según datos estadísticos, cada año más de 2,5 millones de niños en el mundo sufren lesiones e incluso la muerte, en accidentes que se pudieron haber evitado. Los accidentes ocurren en un segundo y pueden causar un daño irremediable, lesiones medias, graves o fatales con daños neurológicos permanentes, consecuencias que terminan en fallecimiento. No podemos seguir pensando que los accidentes son cosas que pasan y que así como suceden le pueden pasar a cualquiera y por tal razón no se puede hacer nada para impedir este acontecimiento.

(20)

2.5.4 Paro cardiorrespiratorio

Para que un recién nacido llegue a tener un paro cardiorrespiratorio por causas ajenas a patologías congénitas, debe estar en una situación frente a la falta de oxígeno, inicialmente hay un aumento de la frecuencia cardíaca que progresa a bradicardia frente a la hipoxia prolongada. La vasoconstricción mantiene la presión arterial y optimiza el flujo hacia el cerebro y el corazón. La hipoxia deprime los centros respiratorios altos llevando a una fase inicial de apnea. Luego aparecen los reflejos respiratorios espinales que se traducen en esfuerzo inspiratorio tipo gasping. Sin oxígeno estos movimientos cesan, con la consecuente apnea terminal. El corazón sigue latiendo inicialmente, pero se enlentece hasta el paro con la anoxia persistente y la acidosis progresiva. Este proceso tarda alrededor de 20 minutos sin oxígeno. La respuesta frente a las maniobras de resucitación dependerá del

tiempo de hipoxia. Si el recién nacido está en la fase de apnea primaria o gasping, y se le comienza la reanimación cardiopulmonar el aporte de oxígeno y los esfuerzos inspiratorios sucesivos propios del recién nacido, el corazón que aún late responde a este aumento de O₂ con un aumento de la frecuencia cardíaca. La perfusión sistémica mejora, el centro respiratorio previamente suprimido se recupera y el recién nacido comienza a ventilar por sí mismo en forma más eficiente. (21)

Para lograr que el recién nacido salga del paro cardiorrespiratorio es de suma importancia realizar un RCP de calidad; para lograrlo se deben seguir ciertas pautas. Comience la RCP antes de llamar al 123 si usted está solo cuando encuentra al recién nacido. Si está con otra persona, una persona puede comenzar la RCP y la otra puede llamar al 123 o buscar ayuda. Aprenda las maniobras que se usan para la reanimación cardiopulmonar en los recién nacidos al recordar el A-B-C. Este método combina Abrir las vías respiratorias, respiración Boca a boca y Compresiones torácicas. Abra la vía aérea del recién nacido. Mantenga la vía aérea abierta y haga 1 respiración boca a boca. Luego haga 3 compresiones torácicas. Un ciclo es de 1 respiración boca a boca y 3 compresiones. (22)

Si se encuentra con un recién nacido que no está respirando de forma normal: Asegúrese de que el área esté segura antes de entrar y acérquese al recién nacido. Muévalo solamente si el área está en peligro, por ejemplo, si hay un incendio. (22)

Arrodílese al lado del recién nacido. Fíjese si se ha lastimado la cabeza, el cuello o la espalda. Gire cuidadosamente al recién nacido sobre su espalda mientras sostiene su cabeza y cuello. Mantenga el cuerpo del recién nacido derecho mientras lo gira sobre su espalda. (22)

Comience a practicar la RCP si el recién nacido no está respirando o si sólo jadea. Continúe con la RCP hasta que el recién nacido reaccione, llegue la ayuda o tenga acceso al uso de un desfibrilador externo automático (DEA). Un desfibrilador externo automático o DEA es un dispositivo portátil que descarga un choque eléctrico en el corazón de la persona cuando es necesario. Con frecuencia un DEA se mantiene en lugares públicos y usualmente está instalado en la pared. (22)

Continúe la RCP durante 2 minutos o 5 ciclos. A continuación, llame al 123, o envíe a alguien a pedir ayuda. Permanezca en la línea con el operador del 123 hasta que le indique que cuelgue el teléfono. (22)

Para abrir la vía aérea de un recién nacido: Coloque 1 mano en la frente del recién nacido y presione firmemente para inclinar la cabeza hacia atrás. No coloque la mano detrás del cuello para inclinar la cabeza del recién nacido. (22)

Levante la barbilla del recién nacido con la otra mano. Mantenga su boca abierta. No presione con fuerza sobre el tejido blando debajo de la barbilla porque esto puede cerrar las vías respiratorias. (22)

Fíjese si hay algo dentro de la boca del recién nacido que podría estar impidiendo el paso de aire por la parte posterior de la garganta. Algunos ejemplos son comida o juguetes pequeños. Si usted ve algo que parece ser fácil de coger, sáquelo cuidadosamente con su dedo. (22)

Cómo realizar respiración boca a boca: Respire hondo y apriete sus labios alrededor de la nariz y la boca del recién nacido, de modo que no se escape el aire. Si su boca es demasiado pequeña para cubrir la boca y la nariz del recién nacido, pellizque la nariz del recién nacido para cerrarla. Cubra su boca con la suya. También puede dar respiraciones de rescate por la nariz del recién nacido solamente si puede mantener la boca del recién nacido cerrada. (22)

Respire durante 1 segundo cada vez dentro de la boca o nariz del recién nacido. No dé grandes bocanadas de aire. No respire fuerte ni rápido. Respire normalmente una vez después de cada respiración que le dé al recién nacido. (22)

El pecho del recién nacido subirá cada vez que usted proporcione una respiración boca a boca si la vía aérea está abierta. Es posible que necesite cambiar la posición de la cabeza para volver a abrir sus vías aéreas. Si aún no puede hacer que el aire entre, es posible que la vía aérea esté obstruida con un objeto. Observe de nuevo para ver si encuentra algún objeto que pueda sacar. (22)

Cómo realizar compresiones torácicas: Las compresiones torácicas comprimen el corazón entre la columna vertebral y el esternón. De este modo se expulsa la sangre del corazón hacia el cerebro y el cuerpo del recién nacido. (22)

Coloque la yema de sus 2 pulgares en donde las costillas del recién nacido se unen en el medio del pecho, a la misma distancia de los pezones. Este hueso es el esternón (22).

Comprima el esternón del recién nacido 1 pulgada y $\frac{1}{2}$ (4 centímetros) hacia abajo con las yemas de los dedos pulgares. Debería ser al menos $\frac{1}{3}$ de la profundidad del tórax del recién nacido. (22)

No empuje hacia adelante con la mano cuando haga las compresiones. Mueva los dedos sólo hacia arriba y hacia abajo. Las compresiones deben ser constantes y uniformes. Esto significa que debería de tardar la misma cantidad de tiempo en comprimir con los dedos que en soltar el pecho del recién nacido. Permita que el pecho se relaje por completo entre compresiones. Esto permite que la sangre vuelva al corazón antes de realizar otra compresión. Deje los dedos pulgares en la posición indicada sobre el pecho del recién nacido entre una compresión y la siguiente. (22)

Haga 3 compresiones torácicas. Empuje con fuerza y rápidamente. No espere ni se detenga entre las compresiones. Cuente las compresiones en voz alta para ayudarlo a mantenerlas a una velocidad constante y rítmica. (22)

Al seguir con estos pasos de manera adecuada se mantendrá una perfusión continua evitando daños a largo plazo para el paciente o la muerte. Continúe realizando la RCP hasta que los profesionales de la salud tomen el relevo o el recién nacido comience a respirar, a moverse o a reaccionar de alguna forma

2.5.5 Asfixia

La segunda causa de muerte en neonatos es la asfixia, esta causa reúne dos grupos principales:

El atragantamiento: este se produce por la deglución de cuerpos extraños que se implantan en la luz de los conductos respiratorios. En un lactante la asfixia puede venir por la aspiración del vómito por las vías aéreas. También puede asfixiarse si aspira objetos como botones pequeños, medallas, canicas, pinzas del chupete, cuentecillas de collares, monedas o sus propias secreciones producidas por un resfriado.

La sofocación: puede producirse de forma accidental en la cuna y en la cama por el uso de almohadas y almohadones, por la introducción de la cabeza del niño entre los barrotes de la cuna o debido a las colchas y sábanas. También se puede producir si un adulto se duerme en la misma cama con el niño, ya que durante el sueño, y de forma fortuita, puede asfixiarle, este tipo de muerte es llamada el síndrome de muerte súbita. (8)

Si llegamos a experimentar una situación de emergencia con el recién nacido como lo es el atragantamiento se deben seguir ciertas pautas para salvar la vida del neonato; Si al intentar ventilar a un lactante observamos que no entra el aire y que no se eleva el tórax, debemos proceder con las maniobras de desobstrucción de la vía aérea para conseguir el flujo respiratorio necesario realizando los “golpes dorsales” y “compresiones torácicas”. Los golpes dorsales consisten en administrar golpes en la espalda con el talón de la mano abierta mientras se sostiene al lactante en posición decúbito prono sobre el antebrazo del reanimador con la cabeza más baja que el tronco. Si se visualiza el cuerpo extraño, se debe de intentar su extracción manual. En caso contrario, intentar ventilar nuevamente dos veces. Se recomienda realizar series de 5 golpes y 5 compresiones torácicas entre los intentos de ventilación, mirar dentro de la boca intentando ver el cuerpo extraño puede ser empujado involuntariamente hacia la vía aérea agravando aún más la obstrucción, por contrario hay que mirar la boca y si el cuerpo extraño es visualizado se debe de extraer con sumo cuidado para evitar así la muerte del bebe. (8)

2.5.6 Muerte súbita

La muerte súbita cardíaca está caracterizada por un colapso o paro cardíaco súbito secundario a arritmias cardíacas, en personas con o sin enfermedad cardíaca; la sangre deja

de fluir al cerebro y todo el organismo y causa la muerte si no es tratada dentro de minutos” Según esto teniendo el conocimiento adecuado de cómo y cuándo es debido realizar un RCP de calidad para salvar la vida del recién nacido, ya sea esta la causa del paro cardiorrespiratorio o cualquier otra de las tantas razones por las cuales el menor puede llegar a esta situación. (23)

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL, SIDS) por sus siglas en inglés Sudden Infant Death Síndrome (6)

Este síndrome se define como la muerte inesperada de un lactante menor de un año, la cual no puede ser explicada después de realizar las debidas investigaciones del caso, que involucran: la anamnesis, la escena de la muerte, y la autopsia. También es conocido como muerte en cuna, porque usualmente ocurre mientras el lactante duerme. (6)

Un aspecto importante que debe ser tomado en consideración, es el hecho de que estos niños son aparentemente sanos al nacer.

La Muerte Súbita de causa desconocida:

Consiste en la muerte de un infante menor de un año, en la cual no se realizó una investigación adecuada y minuciosa, y por lo tanto el origen de la muerte no pudo ser determinado (6)

La Muerte Súbita de causa determinada: este tipo de deceso puede ser originado por dos causas principales, a saber:

La sofocación accidental y estrangulación en cama, llamada también muertes relacionadas con el sueño, causada por diferentes mecanismos los cuales incluyen:

La sofocación en cama: sucede por ejemplo cuando alguna almohada o colcha cubre la boca y la nariz del niño.

La superposición: puede ocurrir, cuando alguna otra persona comparte la cama con el niño, y esta se queda dormida rodando encima del lactante.

El atrapamiento: acontece cuando un lactante queda acunado entre dos objetos tales como: un colchón, una pared, o algún mueble.

La estrangulación: sucede por ejemplo, cuando la cabeza del bebe queda atrapada en las barandas de la cuna.

Otros mecanismos relacionados con la muerte, pueden ser: infecciones, arritmias, aspiración, trastornos metabólicos genéticos, trauma accidental o no accidental, entre otros.

(6)

La manera de prevenir que el niño sufra una muerte súbita ajena a causas patológicas congénitas, es evitando que este tenga en su cuna peluches, almohadas grandes, cobijas pesadas. El menor debe dormir en decúbito supino, en la misma habitación de sus padres pero no en la cama de ellos, si no, en su cuna o moisés hasta pasado los seis meses de vida. Contribuyendo de esta manera a que las defunciones del lactante por muerte súbita disminuyan.

Otro de los temas a tratar en el curso de primeros auxilios neonatales y que es de gran importancia es la identificación de la dificultad respiratoria en el recién nacido, pues el reconocimiento tardío de esta puede causar la muerte del bebe por una falla pulmonar y seguido a esto, un paro cardíaco.

Una ligera dificultad respiratoria, también llamada disnea puede tener lugar en diversas situaciones o cuando el niño está enfermo, como, por ejemplo, cuando está resfriado. Sólo en casos más raros, la disnea puede ser tan intensa que sea necesario llamar inmediatamente al médico, tanto porque pone en peligro la vida misma del pequeño como porque puede ser la señal de una enfermedad importante. (24)

Sin embargo, existen situaciones en las que el niño puede sufrir dificultades respiratorias incluso graves. Son las siguientes:

Inhalación de un cuerpo extraño, cierta o sospechada.

Laringoespasma: tiene lugar cuando la laringe se contrae hasta el punto de que no permite el correcto flujo de aire en los pulmones. En estos casos, hay que llevar al niño, al baño y

abrir todos los grifos de agua caliente, con el fin de que inhale una buena cantidad de vapor de agua. Sin embargo, si el niño inhala una buena cantidad de vapor de agua, sigue respirando mal y se muestra muy abatido, el consejo es someterle cuanto antes a una visita pediátrica. (24)

Parada respiratoria persistente: lo primero que hay que hacer es llamar al 123

Parada respiratoria transitoria: en el lactante, hasta los tres meses de vida del bebé, pausas respiratorias de duración inferior a seis segundos se consideran normales; pausas más prolongadas aunque sin cianosis o hipotonía, requiere de la opinión de un pediatra. Es necesaria dirigirse a urgencias para que niño sea visto por un profesional en salud cuando el niño respira más rápidamente de lo normal (taquipnea) y, al mismo tiempo, está presente alguno de estos síntomas: (24)

El niño respira fatigosamente.

Emite silbidos o pitos cuando respira.

Tiene fiebre, hay que tener en cuenta, sin embargo, que la fiebre afecta a la respiración: por cada grado de fiebre, la frecuencia aumenta en seis respiraciones por minuto.

El tórax parece oprimido.

La respiración es muy ruidosa y no mejora después de haberle limpiado la nariz con una solución fisiológica

Las paradas respiratorias son prolongadas y el niño se pone cianótico.

La respiración es muy lenta y débil.

Las paradas respiratorias son persistentes. (24)

Por eso se recomienda a todas las madres analizar con el pasar de los días la respiración de su bebe, sus movimientos al respirar, reconocer sus tipos de llanto (Hambre, Sueño, Dolor). Logrando de esta manera identificar un tiraje subcostal, tiraje intercostal, supraclavicular, aleteo nasal y un llanto de angustia que emite él bebe al sentir que no puede respirar bien y de este modo saber en qué momento consultar a un centro médico.

2.5.7 Quemaduras

Otra de las situaciones de emergencia que se presenta pero su incidencia no es tan alta es las quemaduras en los neonatos las cuales la mayoría de veces es por descuidos de las personas a cargo.

Una quemadura es una lesión en los tejidos del cuerpo causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación. Las escaldaduras por líquidos calientes y vapor, los incendios en edificios y los líquidos y gases inflamables son las causas más comunes de las quemaduras. (25)

Existen tres tipos de quemaduras:

Quemaduras de primer grado, que dañan solamente la capa externa de la piel.

Quemaduras de segundo grado, que dañan la capa externa y la que se encuentra por debajo de ella.

Quemaduras de tercer grado, que dañan o destruyen la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran debajo de ella.

Las quemaduras pueden causar hinchazón, ampollas, cicatrices y, en los casos más severos, shock e incluso la muerte. También pueden conducir a infecciones porque dañan la barrera protectora de la piel. El tratamiento de las quemaduras depende de la causa, qué tan profunda es y qué grande es el área del cuerpo afectada. Las pomadas con antibióticos pueden prevenir o tratar las infecciones. Para quemaduras más graves, es posible que se necesite tratamiento para limpiar la herida, reemplazar la piel y asegurarse que el paciente recibe suficiente líquidos y nutrición. (25)

Es difícil creer que un neonato puede sufrir quemaduras, pues son muy pequeños para cometer algún tipo de travesura y sufrir un accidente de este tipo, pero en realidad si ocurre y las más frecuentes son quemaduras a la hora de baño, del biberón o el cambio infrecuente del pañal.

Se recomienda a las madres o responsables del recién nacido que en el momento del baño tenga presente siempre medir la temperatura del agua, una forma práctica de hacerlo es introduciendo el codo en la bañera y si el agua es soportable para la persona, lo será para él bebe así se evitara quemaduras que en ocasiones suelen ser muy graves.

Si por alguna razón la madre no puede amamantar a su bebe, este deberá ser alimentado por medio de biberones, con los cuales se debe tener sumo cuidado pues se han registrado quemaduras en vías aéreas superiores por líquidos calientes en el recién nacido. Se sabe que para suministrar leche de fórmula, esta debe prepararse con agua hervida, se debe esperar a que el agua este en una temperatura adecuada, igual o parecida a la de la leche materna que es de aproximadamente 32 grados.

Las quemaduras por cambio infrecuente del pañal, más conocidas como pañalitis, no suelen ser graves, estas se tornan complicadas pues al producirse ampollas y no ser tratadas como se debe, él bebe puede sufrir de graves infecciones poniendo su vida en peligro, por eso se recomienda un cambio de pañal continuo es decir de seis a ocho veces al día, o según la necesidad.

El objetivo de este curso es lograr sensibilizar los padres de familia, que se den cuenta que este tipo de accidentes si pasan y que van en aumento, pero que si se cuenta con la capacitación adecuada estos accidentes pueden disminuir y lograr una gran diferencia.

Los niños no nacen con un manual de instrucciones, pero hay instrucciones para cuidarlos.

3. CAPÍTULO TRES: DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS

Este proyecto fue hecho y desarrollado para trabajar especialmente con madres gestantes que pertenecen al programa de control prenatal de la IPS Universitaria Adventista. Estas eran entre 20 y 35 años de edad, con más de ocho semanas de edad gestacional, el estado

civil variaba entre unión libre y casadas, y con estrato socio-económico uno, dos y tres. Todas asistieron con sus parejas a las capacitaciones sobre primeros auxilios neonatales. Se escogió trabajar con madres gestantes debido a la facilidad de asistir a la capacitación en esta etapa que después del parto y para que estuvieran preparadas para abordar de manera adecuada algún tipo de situación de emergencia que se les presente con el neonato.

La capacitación se llevó a cabo en las instalaciones de las IPS Universitaria Adventista, en el auditorio al aire libre, con un ambiente tranquilo, iluminado y con buena ventilación. Al inicio de la jornada a los asistentes se les hizo entrega de varios formatos para el control de asistencia, consentimiento informado y una encuesta para determinar sus conocimientos previos sobre primeros auxilios. Así se recopilaron los datos de importancia para la realización de este proyecto.

Las expectativas e interés sobre la capacitación por parte de los participantes eran muy notoria. Todos manifestaron su desinformación sobre los temas a tratar en el curso y por tal motivo se mantuvieron muy activos y motivados. Se les indicó el orden del día y de que constaba la capacitación la cual tenía dos componentes, uno teórico y otro práctico.

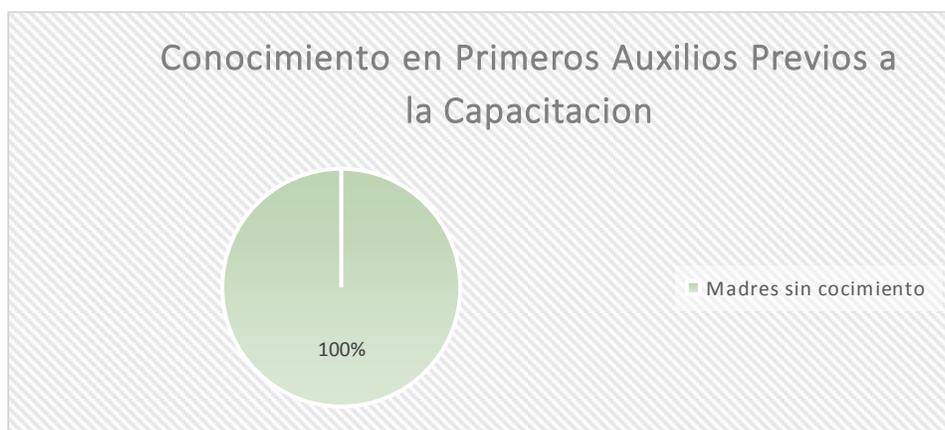


Ilustración 1 Conocimientos en primeros auxilios previos a la capacitación

En el inicio del curso se realizó una encuesta a las madres para saber que tanto conocimiento tenían sobre primeros auxilios. Al estudiar los resultados se puede observar que no tenían ningún tipo de conocimiento sobre el tema como se puede notar en la figura 1.

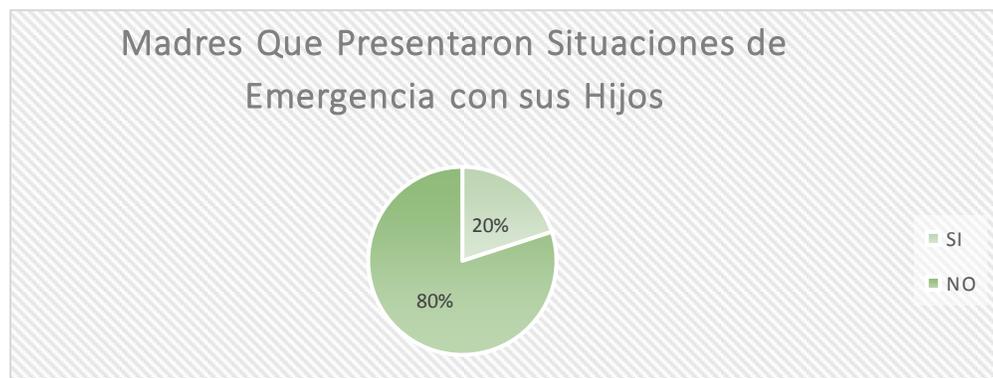
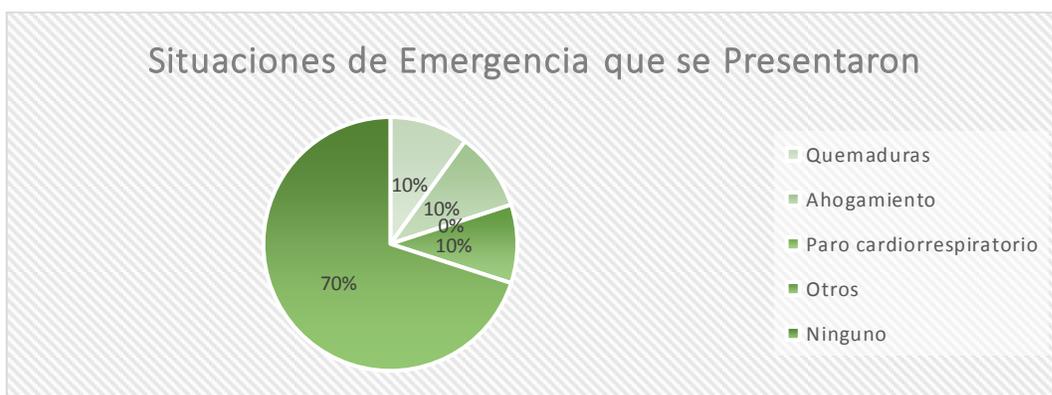


Ilustración 2 Madres que presentaron situaciones de emergencias con sus hijos

El 20% de las madres que asistieron al curso vivenciaron situaciones de emergencia con sus hijos. El 80% restante negó haber pasado por algún tipo de situación que pusiera en peligro la vida de sus hijos como indica la figura 2.

Ilustración 3 Situaciones de emergencia que se presentaron



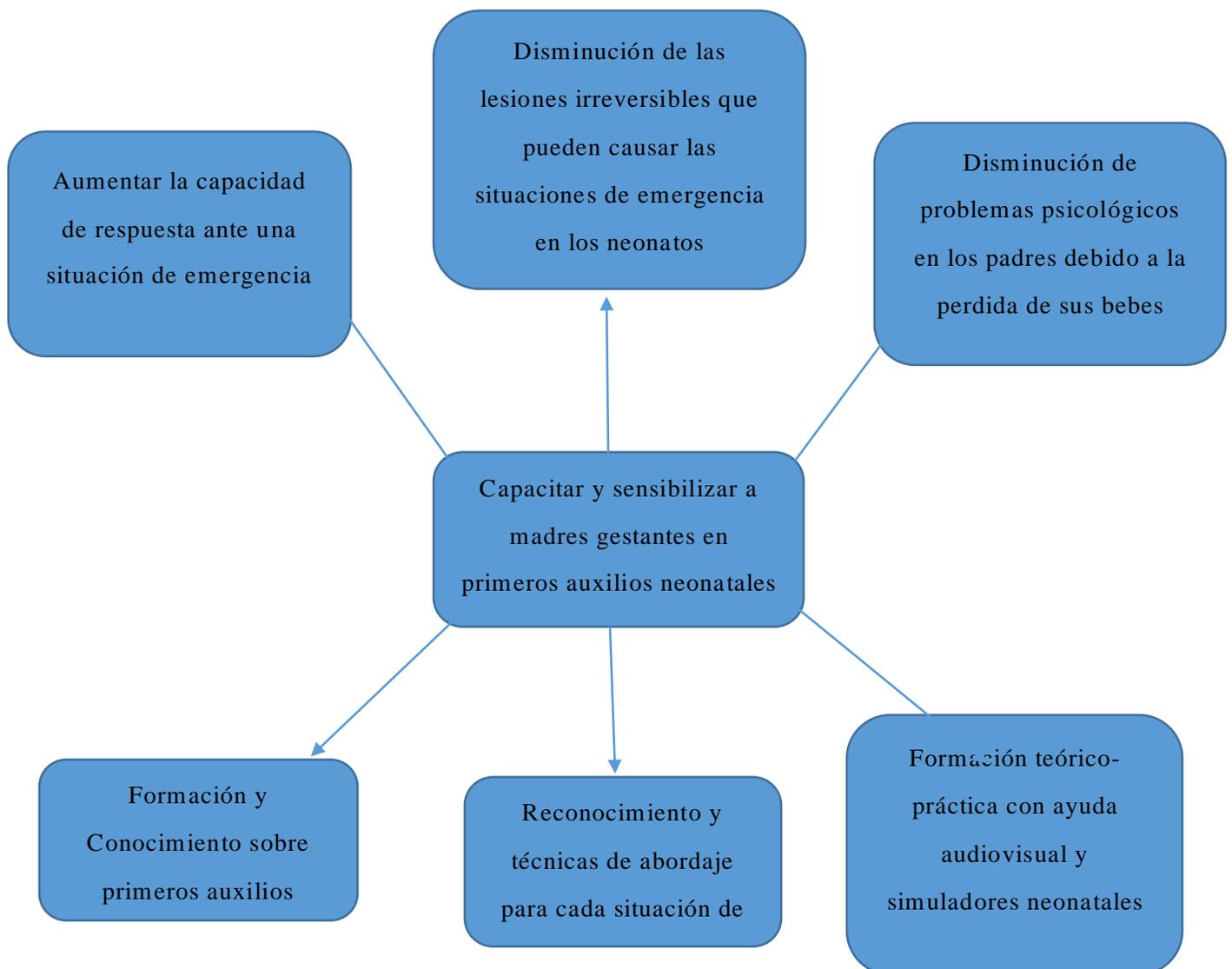
Los resultados arrojados por la pregunta: ¿Qué tipo de situaciones de emergencias se presentaron? fueron las siguientes: Quemaduras 10%, Ahogamiento 10%, Paro Cardiorrespiratorio 0%, Otros 10%, Ninguno 70% como lo muestra la figura 3.

En el desarrollo del componente teórico, los padres interactuaron, dieron sus opiniones e hicieron preguntas que fueron resueltas por las exponentes. Al momento de la simulación práctica con los muñecos, los padres se notaban un poco tímidos pero a medida de que se avanzaba con las maniobras, se mostraron más seguros y confiados. Se obtuvo así los mejores resultados y la satisfacción por parte de las exponentes por haber alcanzado los objetivos establecidos. La jornada concluyó con un test el cual buscaba evaluar los conocimientos adquiridos por medio de este curso. Así mismo se aprovechó para la aclaración de dudas y saber el nivel de satisfacción de los participantes frente a los temas tratados, el personal que llevo a cabo la capacitación y algunas sugerencias.

Ilustración 4 Árbol de problemas



Ilustración 5 Árbol de objetivos



4 CAPÍTULO CUATRO: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ALCANCE DEL PROYECTO

Este proyecto tiene como finalidad transmitir a madres gestantes de la IPS Universitaria Adventista que se encuentran en el programa de control prenatal, los respectivos conocimientos en primeros auxilios para que se encuentren capacitadas y con el entrenamiento necesario para abordar este tipo de situaciones, y sean ellas las que con las actuaciones adecuadas logren minimizar los daños que podría perjudicar al menor bajo su cuidado.

Este proyecto busca tener un alcance a corto plazo en un lapso de un mes con el propósito de capacitar a un número aproximado de 20 madres gestantes. Se pretende contar con el apoyo de la en la IPS Universitaria Adventista y que este proyecto sea incluido y desarrollado en las instituciones prestadoras de salud en los programas de Prevención y Promoción siendo este un alcance a futuro.

4.2 METODOLOGÍA DEL PROYECTO

La metodología que se maneja en este proyecto, es un Proyecto de Desarrollo pues se planea ser ejecutado por medio de capacitaciones con madres gestantes de la IPS Universitaria Adventista. Los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información previa sobre el conocimiento en primeros auxilios, fue un test, arrojando resultados inmediatos de que las madres gestantes no contaban con ningún conocimiento en dicho

tema. El desarrollo del curso se dividió en dos partes una teórica y la otra práctica, con ayuda de material audio visual, simuladores neonatales y exponentes los conocimientos para llevar a cabo dicha capacitación.

Finalizando el curso se le realizó a las madres un test y de esta manera se evaluó qué tanto conocimiento se adquirió sobre cada tema, si quedaron claros los tipos de emergencias, la forma en que éstas se reconocen, y sus diferentes maniobras para abordar cada situación.

4.3 PLAN DE TRABAJO

Tabla 2 Cronograma de actividades

Objetivo específico o meta.	Actividades	Fecha de inicio de actividad	Fecha de culminación de actividad.	Persona responsable.
Identificar cuáles son los mayores riesgos y emergencias que afectan a la población neonatal	Realizar encuestas haciéndoles preguntas puntuales acerca de las situaciones de emergencia que ha vivenciado con los recién nacidos que se encuentran bajo su cuidado y responsabilidad.	Miércoles 11 de abril Del 2018	Miércoles 11 de abril Del 2018	Carolina Arboleda, Sandy Pinto, Tecnólogos en Atención Prehospitalaria
Analizar la información recopilada y determinar según necesidades de la población.	De acuerdo con los resultados arrojados por las encuestas; determinar las necesidades y prioridades de la población encuestada para desarrollo de temas en futuras capacitaciones	Sábado 14 de abril Del 2018	Domingo 15 de abril Del 2018	Carolina Arboleda, Sandy Pinto, Tecnólogos en Atención Prehospitalaria
Realizar capacitaciones de primeros auxilios neonatales dirigidos a madres gestantes.	Llevar acabo las capacitaciones en instalaciones de la IPS Universitaria Adventista	18-25 de abril del 2018 15:00h	18-15 de abril del 2018 15:00h	Carolina Arboleda, Sandy Pinto, Tecnólogos en Atención Prehospitalaria
Realizar evaluación a las madres gestantes	Realizar evaluación al finalizar la capacitación y de esta manera saber que conocimiento adquirieron las madre y de igual forma saber las falencias que tuvo la capacitación	18-25 de abril del 2018 17:00h	18-25 de abril del 2018 17:00h	Carolina Arboleda, Sandy Pinto, Tecnólogos en Atención Prehospitalaria

4.4 PRESUPUESTO

Recursos	Características	Valor unitario	Cantidad	Subtotal
Materiales	Copias	\$200	60	\$ 12.000
Materiales	PC portátil	\$1.200.000	1	\$ 1.200.000
Materiales	Proyector	\$1.400.000	1	\$ 1.400.000
Refrigerios	Refrigerio	\$ 2.000	30	\$ 60.000
Humanos	Colaboradores		2	\$ -

Total	\$2.672.000
-------	-------------

Tabla 3 Presupuesto

En total se necesitan \$ 2.672.000 (dos millones seiscientos setenta y dos mil) M/C (Moneda Corriente).

5 CAPITULO CINCO: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se logró llegar a las madres de una manera muy sutil por medio de la capacitación utilizando información contundente y un vocabulario comprensible, con el fin de lograr en ellas una sensibilización.

La atención de las madres y sus parejas en un 100%. Que interactuaran, hicieran preguntas y dieran sus opiniones, hace pensar en que se logró llegar en cierta medida a cada uno de ellos y resolver todas sus dudas frente a cada tema que se abordó.

Al realizar la práctica en los simuladores neonatales los padres logrando llevar acabo las diferentes técnicas para cada tema abordado, desde como reconocerlo hasta la manera adecuada de hacer cada maniobra dependiendo si se encontraban solos o en compañía de una segunda persona en una situación de emergencia.

Finalizando el curso se le realiza a los padres un test con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos y al mismos tiempo evaluar el curso y sus capacitadoras; llegando así a la conclusión de que todos los padres aprendieron las diferentes situaciones de emergencia, como se previenen, como se identifican y la manera adecuada de abordar cada una de ellas.

Los padres manifestaron en dichos test e incluso de manera personal lo mucho que les agradó la capacitación y lo importante que fue para ellos, pues referían que al principio de esta no sabían la mayoría de cosas que se abordaron

Se recomienda a la institución Universitaria Adventista seguir con este curso.

Este curso podría ser tomado como practica para los alumnos de enfermería o atención prehospitalaria en alguno de sus semestres

Continuar con los cursos de primeros auxilios neonatales o pediátricos en sus programas de control prenatal y crecimiento y desarrollo en la IPS Universitaria Adventista o en otras instituciones prestadoras de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1 Opinion y Salud.com. Mortalidad perinatal y neonatal cerca de los 3000 casos en el pais.
. Opinion y Salud.com Revista Digital. 2017 Mayo.

2 Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la SALUD. [Online].; 2017
. [cited 2017 Octubre. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.

3 SALUD180.COM. Salud 180 El estilo de vida saludable. [Online]. Medellin. Available
. from: <http://www.salud180.com/salud-z/7-pasos-basicos-de-primeros-auxilios>.

4 Pediatria AEd. www.analesdepediatria.org. [Online].; 2017. Available from:
. www.analesdepediatria.org/es-ventilacin-durante-reanimacin-cardiopulmonar-el-avance-S169540331800110.

5 Pediatria AEd. www.analesdepediatria.org. [Online].; 2015. Available from:
. <http://www.analesdepediatria.org/es-papel-las-exploraciones-complementarias-monitorizacion-articulo-resumen-S1695403314005335>.

6 Gabriela Quirós González MBPNST. <http://www.scielo.sa.cr>. [Online].; 2016. Available
. from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100044.

- 7 Escobar IC. La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. CorSalud. 2017 . octubre-diciembre ; 9(4).
- 8 Sancho Sanchez M.J LSARF. www.elgotero.com. [Online].; 2011. Available from: <http://elgotero.com/Archivos%20PDF/Atenci%C3%B3n%20de%20Enfermer%C3%ADa%20en%20la%20Obstrucci%C3%B3n%20de%20la%20V%C3%ADa%20A%C3%A9rea%20por%20Cuerpos%20Extra%C3%B3s%20Lactante%20Ni%C3%B1o%20Adulto.pdf>
- 9 Corporación Universitaria Adventista. www.unac.edu.co. [Online].; 2017 [cited 2017 10 . 15. Available from: <http://www.unac.edu.co/index.php/mision-y-vision/>.
- 1 Corporación Universitaria Adventista. www.unac.edu.co. [Online].; 2015 [cited 2017 10 0 14. Available from: <http://www.unac.edu.co/wp-content/uploads/PDF/normatividad/10.Propuesta-Pedagogica-UNAC-2015.pdf>.
- 1 colombia cr. crantioquia.org.co. [Online]. Available from: <https://crantioquia.org.co/QuienesSomos/Historia>.
- 1 Casanovas Serna E. Manual de Primeros Auxilios. In.; 1998.
- 2
- 1 rioja udl. www.unirioja.es. [Online]. Available from: [Se entiende por primeros auxilios todas las medidas o actuaciones inmediatas, adecuadas y provisionales prestadas a las personas accidentadas o con enfermedad antes de ser atendidos en un centro asistencial. Estos primeros auxilios se suelen realizar en e.](#)
- 1 antioquia crcsd. cruz roja colombiana. [Online].; 2016. Available from: <https://www.crantioquia.org.co/Noticias/ArtMID/446/ArticleID/329/ABC-de-los-Primeros-Auxilios>.

1 association am. www.ama-assn.org. [Online]. Available from: [https://www.ama-](https://www.ama-assn.org/practice-management/medicare-medicaid)

.

1 pedriaticblog. http://www.pediatricblog.es. [Online]. Available from:
6 [http://www.pediatricblog.es/que-se-entiende-por-primeros-auxilios-cual-es-su-objetivo-](http://www.pediatricblog.es/que-se-entiende-por-primeros-auxilios-cual-es-su-objetivo-como-han-de-llevarse-a-cabo-hablemos-de-ellos/)
. [como-han-de-llevarse-a-cabo-hablemos-de-ellos/](http://www.pediatricblog.es/que-se-entiende-por-primeros-auxilios-cual-es-su-objetivo-como-han-de-llevarse-a-cabo-hablemos-de-ellos/).

1 maldonado m. revistadigital.inesem.es. [Online].; 2016. Available from:
7 <https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/hora-de-oro/>.

.

1 Ucha F. www.definicionabc.com. [Online].; 2010. Available from:
8 <https://www.definicionabc.com/general/neonato.php>.

.

1 organizacion mundial de la salud. www.who.int. [Online].; 2017 [cited 2017 octubre.
9 Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/.

.

2 nova fm. www.mariananova.org. [Online]. Available from:
0 www.mariananova.org/accidentes.

.

2 Sandra Benavides MCCM. http://www.sachile.cl. [Online].; 1012. Available from:
1 http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/5046260b73b64_rcp_benavides.pdf.

.

2 www.drugs.com. www.drugs.com. [Online].; 2018. Available from:
2 [https://www.drugs.com/cg_esp/reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-en-reci%C3%A9n-](https://www.drugs.com/cg_esp/reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-en-reci%C3%A9n-nacidos-por-una-persona-sin-capacitaci%C3%B3n-m%C3%A9dica-discharge-care.html)
. [nacidos-por-una-persona-sin-capacitaci%C3%B3n-m%C3%A9dica-discharge-care.html](https://www.drugs.com/cg_esp/reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-en-reci%C3%A9n-nacidos-por-una-persona-sin-capacitaci%C3%B3n-m%C3%A9dica-discharge-care.html).

2 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 10 15. Available

3 from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs347/es/>.

.

2 www.mibebeyyo.com. www.mibebeyyo.com. [Online]. Available from:
4 [https://www.mibebeyyo.com/bebes/salud-bienestar/enfermedades/dificultad-respiratoria-](https://www.mibebeyyo.com/bebes/salud-bienestar/enfermedades/dificultad-respiratoria-disnea-1786)
. [disnea-1786](https://www.mibebeyyo.com/bebes/salud-bienestar/enfermedades/dificultad-respiratoria-disnea-1786).

2 Generales INdCM. www.medlineplus.gov. [Online].; 2013. Available from:
5 <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>.

.

2 Fellow, Division of Emergency and Transport Medicine, Children's Hospital Los
6 Angeles, Los Angeles, CA. PubMed.gov. [Online].; 2017 [cited 2017 10 16. Available
. from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28027458?report=abstract>.

2 Classe Q.S.L. Enciclopedia Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15. Available from:
7 <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/abrasion>.

.

2 Classe Q.S.L. Enciclopedia Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15. Available from:
8 <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/shock-anafilactico>.

.

2 Classe Q.S.L. Enciclopedia Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15. Available from:
9 <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/apnea-del-sueno>.

.

3 Classe Q.S.L. Enciclopedia Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15. Available from:
0 <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/arritmia-cardiaca>.

.

3 AHA. PALS. In Benson-Rogers A, editor. Soporte Vital Avanzado Pediatrico. TX.75149
1 EE. UU.: Integracolor Ltd.; 2012. p. 32.

.
3 AHA. PALS. In Benson-Rogers A, editor. Soporte Vital Avanzado Pediátrico. TX. 75149
2 EE. UU.: Integracolor Ltd.; 2012. p. 28.

.
3 Doctissimo, filial de Lagardère Active. Doctissimo. [Online].; 2016 [cited 2017 10 15].
3 Available from: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/cianosis>.

.
3 Classe Q.S.L. Enciclopedia Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15. Available from:
4 <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/crup>.

.
3 AHA. PALS. In Benson-Rogers A, editor. Soporte Vital Avanzado Pediátrico. TX, 75149
5 EE. UU.: Integracolor Ltd.; 2012. p. 27.

.
3 AHA. PALS. In Benson-Rogers A, editor. Soporte Vital Avanzado Pediátrico. TX, 75149
6 EE. UU.: Integracolor Ltd.; 2012. p. 83.

.
3 AHA. PALS. In Benson-Rogers A, editor. Soporte Vital Avanzado Pediátrico. TX, 75149
7 EE. UU.: Integracolor Ltd.; 2012. p. 28.

.
3 Classe Q.S.L. Enciclopedia Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 10 15. Available from:
8 <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/urticaria>.

.
3 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 10 15. Available
9 from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>.

4 Archivos de Cardiología de México. ELSEVIER. [Online].; 2015 [cited 2017 10 15.
0 Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-.articulo-muerte-subita-cardiaca-estratificacion-riesgo-S1405994015000634>.

4 Pediatría AEd. ventilacion durante la reanimacion cardiopulmonaren el lactante: ¿ boca a
1 boca y nariz o con bolsa autoinflable? Un estudio cuasiexperimental. anales de pediatria.
. 2017 Nov.

6 ANEXOS

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN CAPACITACION DE PRIMEROS AUXILIOS EN LA IPS UNIVERSITARIA ADVENTISTA.

Proyecto de desarrollo título:

Ciudad y fecha: -----

Yo, ----- una vez informado sobre los propósitos, objetivos, y evaluación que se llevarán a cabo en esta capacitación, autorizo a ----- y ----- estudiantes de Atención Prehospitalaria de la Corporación Universitaria Adventista de Medellín, para la realización de las siguientes actividades:

1. Encuesta sobre primeros auxilios neonatales.
2. Capacitación teórico-práctica en primeros auxilios neonatales.
3. Evaluación final sobre primeros auxilios neonatales.

Adicionalmente se me informó que:

• Mi participación en esta capacitación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento. • Toda la información obtenida de la encuesta y los resultados de la evaluación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel. El archivo del estudio se guardará en la Corporación Universitaria Adventista bajo la responsabilidad de las alumnas Carolina Arboleda y Sandy Pinto • Puesto que toda la información en este proyecto de desarrollo es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: _____

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella:

ENCUESTA

ENCUESTA CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS NEONATALES DIRIGIDO A GESTANTES DE MAS DE TRECE SEMANAS SIN COMPLICACIONES DE LA IPS UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Estado civil: soltera_ unión libre_ casada_ viuda_

Escolaridad: primaria_ secundaria_ técnico_ tecnología_ universitaria_

Semanas gestacionales:

Número de embarazos incluidos mortinatos y abortos:

Número de partos: vaginales_ cesárea_

1. ¿Cree usted que es importante saber de primeros auxilios?

Sí_ No_

¿Por qué?

2. ¿Tiene usted conocimiento sobre primeros auxilios?

Sí_ No_

3. ¿Se le ha presentado una situación donde su hijo requiera de atención primaria (primeros auxilios)? Si_ no_

¿Cuales? Quemaduras _ ahogamiento_ reanimación cardiopulmonar_ fracturas_ otros_

4. Le parece importante que los padres de familia sean capacitados en primeros auxilios.

5. ¿De qué tema en especial le interesaría que se trate en la capacitación?

EVALUACIÓN FINAL

CURSO EN PRIMEROS AUXILIOS NEONATALES DIRIGIDO A MADRES GESTANTES EN LA IPS UNIVERSITARIA ADVENTISTA.

1. ¿Qué son los primeros auxilios?
2. ¿Cuáles son las situaciones de emergencias que se presentan con más frecuencia en el recién nacido?
3. ¿Cómo reconozco que mi bebé tiene un paro cardiorrespiratorio?
4. ¿Cuáles son los pasos a seguir si reconozco que mi bebe esta atragantado?
5. ¿Cómo puedo evitar que mi bebé sufra una quemadura?
6. ¿Cuáles son los signos de dificultad respiratoria?
7. ¿Cuál es la manera adecuada en la que debe dormir mi bebé?
8. ¿Cuál tema te gustaría que tratara en una próxima charla?
9. ¿Qué te gusto del curso, que no te gusto y en qué crees que deberíamos mejorar?

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Ilustración 6



Ilustración 7



Ilustración 8



Ilustración 9



Ilustración 10



Ilustración 11



Ilustración 12



Ilustración 13



Ilustración 14

