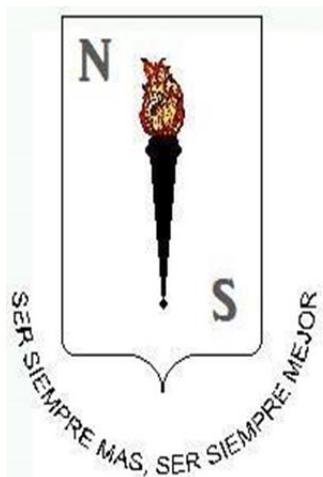


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722.



TESIS:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA MEDIATA E INMEDIATA A RECIÉN
NACIDOS, EN LA VISIÓN DE CARLOS GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MARÍA VALERIA LARA BARRÓN.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOÁCAN, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

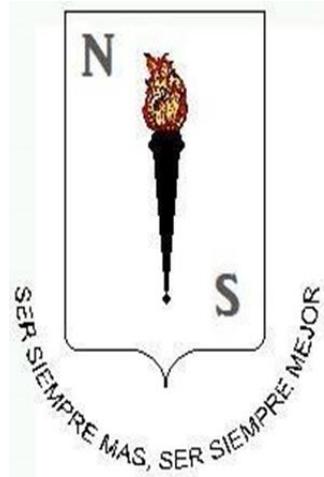
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722.



TESIS:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA MEDIATA E INMEDIATA A RECIÉN
NACIDOS, EN LA VISIÓN DE CARLOS GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MARÍA VALERIA LARA BARRÓN.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN, 2020

DEDICATORIAS.

Primeramente quiero dedicar esta tesis, a Dios nuestro Señor por darme fe, constancia, esperanza, luz y amor. Así como por permitirme terminar otra etapa más de mi vida. Gracias.

A mis padres, **José Luis Lara Ramírez** y **Ma. Merced Barrón Sierra**, quienes fueron los pilares de mi carrera como profesional.

Ellos fueron mi motor e inspiración en estos 4 años, los cuales acabo de concluir gracias a su formación desde que era pequeña, de ellos aprendí a ser fuerte y dar frente a todo lo que te propongas.

Gracias por todo Mamá y Papá, este trabajo de investigación es de ustedes y para ustedes.

También se la dedico a mis hermanos; **Adriana** y **José Luis** por su comprensión y sus buenos consejos a lo largo de esta formación.

A mi novio, la persona que se quedó conmigo desde el primer día que inicie la universidad y hasta el último momento que estuve aquí, gracias por tus que consejos, eres alguien muy especial para mí, gracias por toda la confianza, paciencia y amor que siempre recibí de ti, porque tanto física como moralmente estuviste conmigo en las buenas y las malas, tú me motivas a ser mejor día con día, gracias **Omar Francisco Rodríguez Moreno**, fuiste y siempre serás la luz de mi camino.

AGRADECIMIENTO.

Le quiero agradecer a todos mis maestros, comenzando por el **Dr. Samuel Magdaleno** quien al brindarme las bases de mi preparación, me motivo a agarrarle el gusto a mi carrera con su increíble actitud hacia la materia, por su constancia y excelente preparación e inteligencia en cada una de sus clases.

También le quiero agradecer al **Dr. Alfonso Zamudio** quien formo parte de mi formación en el último año de la carrera. Gracias por compartirme sus conocimientos.

Por último y no menos importante, me gustaría agradecer a la directora de la escuela de Nuestra Señora de la Salud, la **L.E. Martha Alcaraz**, quien no quito el dedo del renglón para formarme a mí y a todas mis compañeras con excelencia, gracias por su constancia y disciplina hacia mi formación.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2 MARCO TEORICO.....	4
2.1 Vida y obra.....	4
2.2. Influencias.....	4
2.3 Hipótesis:.....	4
2.4 Justificación.	5
2.5 Planteamiento del problema	5
2.6. Objetivos	6
2.6.1 General:	6
2.6.2 Específicos:	6
2.7 Metodología.	6
2.8 Variables	7
2.9 Encuesta y resultados.....	7
2.10 Graficado.	8
2.11 Resultados.....	9
3 GENERALIDADES.	11
3.1 Conceptos:.....	11
3.2. Características del servicio de neonatología.....	12
3.3 Organización del servicio de neonatología.....	14
3.4 Papel de la enfermera en los servicios de neonatología.....	15
3.5 Deberes de la enfermera neonatología.....	16
3.6 Intervención de la enfermera neonatologa.	18
3.6.1 Valoración.....	18
3.6.2 Intervención.....	19
3.6.3 Evaluación.....	19
3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.	20
3.7.1 Objetivo.....	21
3.7.2 Campo de aplicación.....	21
3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.....	22
3.8.1 Objetivo.....	22

3.8.2 Campo de aplicación.	23
3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.	23
3.9.1 Objetivo.	24
3.9.2 Campo de aplicación.	24
3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.	24
3.10.1 Objetivo.	24
3.10.2 Campo de aplicación.	25
3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios.	25
3.11.1 Objetivo.	25
3.11.2 Campo de aplicación.	26
4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL NACIMIENTO DEL NEONATO.	26
4.1 Cuidados de enfermería antes del parto.	26
4.2 Cuidados inmediatos en el recién nacido.	27
4.3 Equipamiento de reanimación.	30
4.4. Cuidados de enfermería después del parto.	31
4.5 Cuidados de enfermería en el RN en un parto con líquido amniótico meconial.	33
4.6 Evaluación de enfermería.	34
4.6.1 Apgar.	34
4.7 Alojamiento conjunto.	35
4.7.1 Características generales.	35
4.7.2 Cuidados de enfermería en el departamento de alojamiento conjunto.	36
4.7.3 Evaluación de enfermería.	37
4.8 Asfixia perinatal.	37
4.8.1 Fisiopatología.	38
4.8.2 Etiología.	38
4.8.3 Complicaciones.	40
4.8.4 Acciones de enfermería en el RN asfíctico en el salón de partos.	41
4.8.5 Evaluación de enfermería.	41
5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESPUÉS DEL NACIMIENTO.	42
5.1 Baño de recién nacido.	42
5.1.1 Principios básicos.	42
5.1.2 Precauciones.	43
5.1.3 Equipo.	43
5.1.4 Técnica del baño.	43

5.1.5 Cuidados generales con la piel del RN.....	45
5.2 Alimentación en el recién nacido.....	45
5.2.1 Lactancia materna.....	46
5.2.2. Posiciones para la lactancia materna.	47
5.2.3 Aspectos generales para establecer una lactancia exitosa.....	47
5.2.4 Problemas que dificultan la lactancia materna.	47
5.2.5 Contraindicaciones de la lactancia materna.	48
5.2.6 Intervención de enfermería la técnica de lactancia materna.....	48
5.2.7. Evaluación de enfermería.	50
5.3 Inmunización.	51
5.3.1 Vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin).....	51
5.3.2 Vacuna Anti hepatitis B recombinante (Heberbiovac HB).	52
5.4 Cuidados con el muñón.	53
5.4.1 Tipos de ombligos.	53
5.4.2 Presencia de alteraciones menores del ombligo.....	53
5.4.3 Signos de onfalitis.	54
5.4.4 Malformaciones.	54
5.4.5 Cuidados de enfermería con el muñón del RN.....	54
5.4.6 Cuidados de enfermería en el RN con alteraciones umbilicales.	55
5.4.7 Evaluación de enfermería.	56
5.5 Examen físico.....	56
5.6 Signos vitales.	57
5.6.1 Temperatura.....	57
5.6.2 Frecuencia respiratoria.....	58
5.6.3 Frecuencia cardíaca.....	59
5.6.4 Tensión arterial.	59
5.7 Riesgos éticos en torno a la atención del neonato crítico.....	60
5.7.1 Autorización para el tratamiento.	60
5.7.2 Problemas que suscita la omisión de tratamiento.....	61
5.7.3 Principio para escoger entre tratamiento y no.	62
5.7.4 Existencia únicamente biológica.....	63
5.8 Eutanasia pasiva.....	63
5.9 Donación de órganos.....	64
6 ESCALAS DE VALORACIÓN.....	64
6.1. Valoración clínica del RN.	64
6.1.1. Calificación APGAR.	64

6.2. Segundo examen.....	65
6.3 Tercer examen.	66
6.3.1 Características generales del RN normal.....	66
6.4 Ponderaciones y mensuraciones.....	69
6.4.1 Peso.....	69
6.4.2 Longitud.....	69
6.4.3 Circunferencias.....	69
6.5. Cuidados de enfermería durante las mensuraciones y ponderaciones.....	71
6.5.1. Precauciones con el peso del RN.....	71
6.5.2 Precauciones con las circunferencias del RN.....	72
6.6 Aspectos a evaluar en el examen físico.....	73
6.7. Aspectos a valorar en la respiración.....	79
6.8. Valoración de Silverman.....	80
6.9. Valoración por Capurro.....	80
6.9.1 Parámetros a valorar.....	81
7 EL VÍNCULO CON EL BEBÉ.....	83
7.1 Contacto piel con piel.....	84
7.2 Primeras inmunizaciones del bebé.....	85
7.3 La comunicación con el bebé.....	86
7.4 Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y asfixia accidental.....	86
7.5 Accidentes para el recién nacido.....	88
7.6 Las primeras comidas del bebé.....	89
7.7 Desarrollo del recién nacido.....	90
7.7.1 Desarrollo físico durante su primer par de meses.....	91
7.8 Reflejos primitivos del recién nacido.....	92
8 INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL RECIÉN NACIDO SANO.....	93
8.1 Establecer y mantener la respiración.....	93
8.2 Estabilizar la temperatura.....	93
8.3 Examen clínico inicial.....	94
8.4 Ligadura del cordón umbilical.....	94
8.5 Verificar el peso, talla y perímetro craneal.....	94
8.6 Identificación.....	95
8.7 Evitar infecciones.....	95
8.8 Inspección general buscando anomalías.....	95
8.9 Cuidados de Enfermería en la sala de cunas.....	96

8.9.1 Confirmar identidad.....	96
8.9.2 Estado del recién nacido.....	96
8.9.3 Historia del trabajo de parto y del parto.....	96
8.9.4 Historia prenatal.....	96
8.9.5 Valoración del recién nacido.....	96
8.9.6 Constantes vitales.....	96
8.9.7 Protocolos de la sala de cunas.....	97
8.9.8 Higiene, cura del cordón umbilical, alimentación.....	97
8.10 Indicadores de enfermería para los cuidados del hogar.....	97
8.10.1 Valoración de la vivienda y ambiente familiar.....	97
8.10.2 Valoración del recién nacido.....	97
8.10.3 Proporcionar información.....	97
9 CONCLUSIÓN.....	98
10 BIBLIOGRAFÍA.....	101
10.1 Básica.....	101
10.2 COMPLEMENTARIA.....	106
11 GLOSARIO.....	108
12 ANEXOS.....	113
12.1 Hojas de valoraciones neonatales.....	113
.....	113

1. INTRODUCCIÓN.

La gran mayoría de los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema.

El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer e implica, además, una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartado toda situación que conlleve un riesgo adicional.

Los cuidados de un recién nacido saludable, los que se brindarán en el hospital y los que se darán en casa, se agrupan bajo el concepto genérico de "cuidados de rutina". El objetivo de este trabajo es hacer explícitos dichos cuidados.

Es de gran importancia que se conozca la historia materna, embarazos anteriores (si los hay) y los detalles del actual hasta el momento del trabajo de parto. Es necesario que enfermería y todo el personal tenga el equipo necesario para brindar una reanimación avanzada, aunque no haya antecedentes maternos o perinatales de riesgo, pues en el último minuto puede surgir una complicación.

Antes del nacimiento deberá acomodarse todo el material bajo la fuente de calor radiante; es responsabilidad del neonatólogo verificar que todo el equipo esté presente y en buenas condiciones.

El pediatra o enfermera neonatóloga deberá vestirse con ropa estéril para acercarse al ambiente donde nacerá el bebé, ya sea parto o cesárea. Existe evidencia de que en un neonato de término sin complicaciones, el pinzamiento del cordón posterior al minuto de vida puede traer beneficios.

El papel de la enfermería en los servicios de neonatología se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un importante espacio en esta especialidad, pero se debe sistematizar la capacitación del personal de las Unidades de Cuidados Neonatales, para lograr una atención óptima en los recién

nacidos, y estandarizar las acciones de enfermería, donde se registre un protocolo oficial y se apliquen todas las medidas correspondientes y necesarias para llevar este proceso con éxito.

El cuidado de enfermería es entendido como un acto de interacción humana, recíproco e integral que guía el conocimiento y la práctica de enfermería. El cuidado dependiente es una práctica de actividades que personas profesionales, responsables, maduras y en proceso, inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continua, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar.

Las muertes neonatales constituyen una proporción importante de la mortalidad infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo fallecen casi 5.000.000 de recién nacidos al año y una de las principales causas de muertes es la infección neonatal.

Las infecciones post- natales son las que más conciernen al trabajo de neonatología, pues en la mayoría de los recién nacidos las fuentes de infección se encuentran en los propios servicios de neonatología, la sepsis puede desarrollarse debido a la invasión de microorganismos patógenos, entre los que incluyen: virus, hongos, parásitos y bacterias.

Las tres mayores causas muertes neonatales en el mundo son las infecciones (36%, que incluye sepsis/neumonía tétanos y diarrea), nacimiento prematuro (28%) y asfixia al nacer (23%). Hay alguna variación entre países dependiendo de la configuración de la atención.

En una evaluación rápida, el especialista en neonatología debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene buen tono muscular; en caso de responder afirmativamente a las tres interrogantes se requiere sólo la atención de rutina.

El neonato puede colocarse boca abajo en el abdomen o en el pecho de la madre, allí aspirarse si fuera necesario, secarse, retirar el campo húmedo y cubrirse la parte posterior que no queda en contacto directo con la madre. El contacto de la madre con la piel del neonato en forma temprana se ha relacionado con una serie de beneficios como una mayor duración de lactancia

materna, disminución en el llanto del niño, mejor estabilidad cardío-respiratoria e incremento en la temperatura corporal.

En algunos hospitales se acostumbra que la evaluación posterior al nacimiento se haga bajo la fuente de calor radiante. En este caso, al pinzar y cortar el cordón umbilical, el obstetra entrega el bebé al pediatra que lo recibe en un campo previamente calentado y lo lleva a la fuente de calor; allí realiza las actividades ya descritas de aspiración y secado. El cordón umbilical debe ser ligado a dos centímetros de la piel, en condiciones de esterilidad, ya sea con cinta o pinza.

Al minuto y a los cinco minutos de vida se realiza la valoración de Apgar, a los 10 minutos se realiza la valoración de Silverman-Anderson. Posteriormente debe realizarse una exploración física minuciosa con el objetivo de identificar malformaciones; en particular deben revisarse permeabilidad de coanas, esófago y ano. Además, se realiza la somatometría (peso, talla y perímetro cefálico como mínimo). Siempre se identificará al bebé antes de salir de la sala de nacimiento, preferentemente con dos pulseras, anotando los datos de la madre, del bebé y los del nacimiento.

En el expediente clínico se consignarán los principales datos de la historia materna y gestacionales; curso perinatal, exploración física, valoraciones y somatometría, con las características que marca la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. Debe calcularse la edad gestacional de acuerdo con los datos disponibles (fecha de última menstruación, ultrasonidos obstétricos o datos de madurez física a la exploración mediante la escala de Capurro).

Dados los adelantos experimentados en esta rama, la probabilidad de sobrevivencia del recién nacido de término ha aumentado considerablemente en los últimos años.

Este logro hace necesario conocer la intervención de enfermería que está directamente relacionada con la adaptación del neonato a la vida extrauterina. A continuación, en los textos de esta tesis de enfermería, se darán a conocer las intervenciones mediatas e inmediatas de enfermería en el tratado del recién nacido sano.

2 MARCO TEORICO.

2.1 Vida y obra.

Carlos González Rodríguez, doctor en pediatría y autor de varios libros sobre crianza, alimentación y salud infantil. Está casado y tiene tres hijos.

Licenciado en medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Se formó como pediatra en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona.

Es fundador y presidente de la Asociación Catalana Pro Alletament Matern. Miembro del Consejo de Asesores de Salud de la Liga de la Leche. Asesor de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (UNICEF). Especialista en lactancia materna por la Universidad de Londres.

Destacando sus distintas obras “Mi niño no me come (1999)”, “Bésame mucho”, “Cómo criar a tus hijos con amor (2003)”, “Manual práctico de lactancia materna (2004)”, “Un regalo para toda la vida, guía de la lactancia materna (2006)”, “Comer, amar, mamar (2009)”, “Entre tu pediatra y tú (2010)”, “En defensa de las vacunas (2011)”, “Creciendo juntos (2013)”.

2.2. Influencias.

Ha impartido, desde 1992, más de 100 cursos sobre lactancia materna para profesionales sanitarios. Ha traducido diversos libros sobre el tema mencionado, es responsable del consultorio sobre lactancia materna de la revista «*Ser Padres*».

2.3 Hipótesis:

Existe diferencia en la respuesta fisiológica, frecuencia cardiaca del neonato de término por la intervención de enfermería, el sexo, el tipo de hospital y la sedación.

2.4 Justificación.

La atención inmediata al recién nacido es primordial para garantizar la buena salud del bebé y la calidad de vida que llegue a tener a futuro, la correcta evaluación del niño en las primeras horas de vida permiten detectar a tiempo enfermedades congénitas y malformaciones que son derivadas al especialista correspondiente para un correcto tratamiento.

La correcta orientación a los padres de los bebés, es muy importante, puesto que, evita que se produzcan accidentes o errores en el manejo del recién nacido al alimentarlo, al momento del baño, vestirlo, limpiarlo, y otras tareas en la que los padres menos experimentados no son diestros.

En conclusión, la atención al recién nacido por parte del enfermero/a es primordial y necesaria para la vida del bebé.

2.5 Planteamiento del problema

Está demostrado que una atención adecuada y sistemática de enfermería, durante sus primeras horas de vida del recién nacido, contribuye a desarrollar enormemente sus capacidades, habilidades y destrezas, pero principalmente contribuye a la perseverancia de adquirir su salud.

Todos deben saber que en el recién nacido existen muchos factores de riesgo, los cuales pueden incrementar al no recibir una correcta atención en sus primeras horas de vida, el nacimiento de un nuevo ser, miembro de una familia trae como consecuencia cambios radicales e importantes en la forma de vida, dado que el recién nacido se convierte en todo el centro de atención de la familia, de quienes viven en casa, quienes quieren brindarle amor, cariño, respeto, alimentación y todo tipo de cuidado, que le permitirá crecer y desarrollarse en un ambiente equilibrado y agradable, logrando así su desarrollo integral. Todas estas atenciones mencionadas y aplicadas por parte de su familia, podrán ser posibles al recibir la atención adecuada al momento de su nacimiento y primeros días.

2.6. Objetivos

2.6.1 General:

Describir cuáles son las intervenciones de enfermería como profesional que se realizan al recién nacido y así mismo, describir cómo influyen en la adaptación del neonato.

2.6.2 Específicos:

- ✓ Identificar cómo es la adaptación de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en cuanto a las respuestas fisiológicas del neonato.
- ✓ Analizar los tipos y niveles de invasividad que conllevan las intervenciones a los neonatos de término.
- ✓ Valorar los cambios en las respuestas fisiológicas adaptativas y en los estados conductuales (Saturación de oxígeno, Frecuencia cardíaca y respiratoria, sueño, llanto, irritable, alerta, entre otros) que ocurren en los neonatos durante la intervención de enfermería.

2.7 Metodología.

El enfoque cualitativo tuvo su origen en Max Weber, quien reconocía que los fenómenos de enfermería en relación con el recién nacido, por tanto debían abordarse a partir de significados subjetivos y entendimiento del contexto donde se desarrollan.

Esta metodología asume un paradigma naturalista, fenomenológico, inductivo, estructuralista, subjetivo y orientado al proceso. Se utiliza en las disciplinas que tienen como objeto el cuidado mediato e inmediato del recién nacido.

El propósito de este enfoque es reconstruir la realidad basada en el proceso inductivo, las preguntas de investigación pueden desarrollarse antes, durante o posterior a la recolección de los datos por medio de la observación y descripción del fenómeno.

2.8 Variables

El sentido total de la variable está dado por la conjugación de todas sus dimensiones, es decir, por sus indicadores, y cada una de estas dimensiones se comporta como una variable, con sus propios valores. El valor final de la variable completa es una resultante del conjunto de los valores de las dimensiones en las que se quiere investigar.

- ✓ **Variable independiente:** Correctos cuidados del recién nacido.
- ✓ **Variable dependiente:** Aplicación de técnicas de cuidados de enfermería al recién nacido.

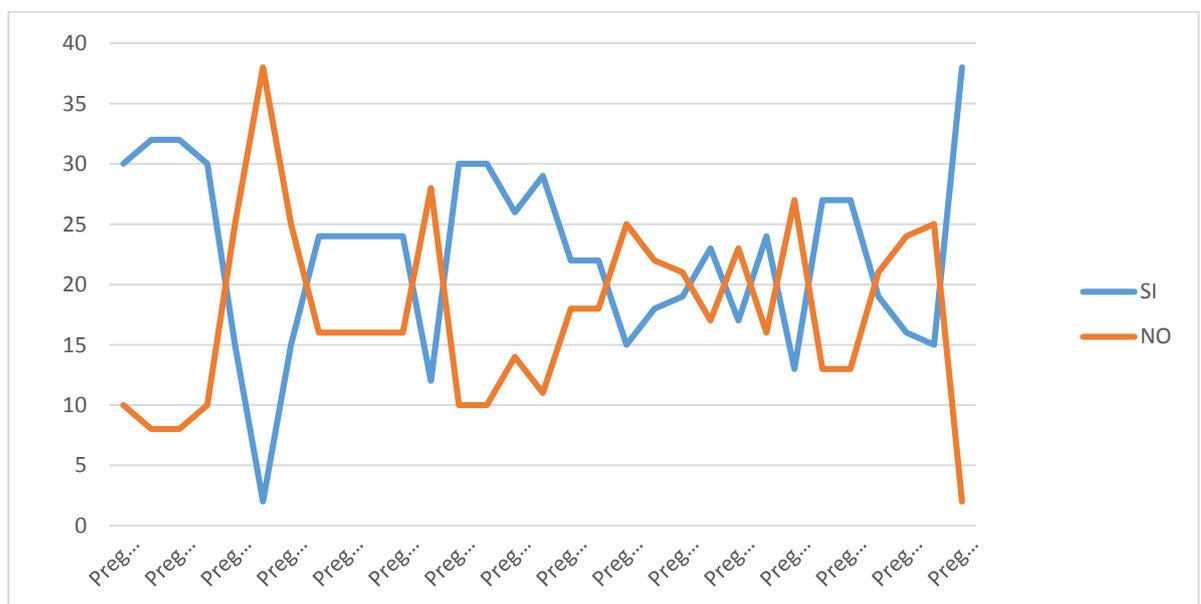
2.9 Encuesta y resultados.

Dirigido al personal de salud, médicos, enfermeras y fisioterapeutas en general.

1. ¿Es usted profesional?
2. ¿Pertenece al ámbito en salud?
3. ¿Conoces el término neonatología?
4. ¿Sabes que significa neonatología?
5. ¿Eres medico?
6. ¿Eres fisioterapeuta?
7. ¿Eres enfermera?
8. ¿Conoces los cuidados inmediatos al recién nacido sano?
9. ¿Conoces los cuidados inmediatos al recién nacido pre término?
10. ¿Conoces los cuidados mediatos al recién nacido sano?
11. ¿Conoces los cuidados mediatos al recién nacido pre término?

12. ¿Eres madre?
13. ¿Has aplicado los cuidados al recién nacido?
14. ¿Sabes la importancia de una correcta aplicación de cuidados?
15. ¿Conoces las escalas de valoración que se le aplica al recién nacido?
16. ¿Conoce la aplicación del test APGAR?
17. ¿La valoración APGAR se realiza al minuto y a los cinco minutos?
18. ¿Sabe que valora el APGAR al minuto 1?
19. ¿Sabe que valora el APGAR al minuto 5?
20. ¿Conoce el puntaje de un recién nacido en el APGAR?
21. ¿Ha aplicado la valoración APGAR?
22. ¿Conoce la valoración SILVERMANN?
23. ¿Ha aplicado la valoración SILVERMANN?
24. ¿sabe los parámetros que evalúa SILVERMANN?
25. ¿Conoce el puntaje de un recién nacido en SILVERMANN?
26. ¿Conoce la valoración por Capurro?
27. ¿Sabe en qué consiste la valoración por Capurro?
28. ¿Conoce los parámetros que evalúa Capurro?
29. ¿Ha aplicado la valoración por Capurro?
30. ¿Conoce el puntaje para un recién nacido sano por Capurro?
31. ¿Le parecen útiles estas valoraciones y test aplicados al recién nacido

2.10 Graficado.



2.11 Resultados

Numero	Pregunta	SI	NO
1	¿Es usted profesional?	30	10
2	¿Pertenece al ámbito en salud?	32	8
3	¿Conoces el término neonatología?	32	8
4	¿Sabes que significa neonatología?	30	10
5	¿Eres medico?	15	25
6	¿Eres fisioterapeuta?	2	38
7	¿Eres enfermera?	15	25
8	¿Conoces los cuidados inmediatos al recién nacido sano?	24	16
9	¿Conoces los cuidados inmediatos al recién nacido pre término?	24	16
10	¿Conoces los cuidados mediatos al recién nacido sano?	24	16
11	¿Conoces los cuidados mediatos al recién nacido pre término?	24	16

12	¿Eres madre?	12	28
13	¿Has aplicado los cuidados al recién nacido?	30	10
14	¿Sabes la importancia de una correcta aplicación de cuidados?	30	10
15	¿Conoces las escalas de valoración que se le aplica al recién nacido?	26	14
16	¿Conoce la aplicación del test APGAR?	29	11
17	¿La valoración APGAR se realiza al minuto y a los cinco minutos?	22	18
18	¿Sabe que valora el APGAR al minuto 1?	22	18
19	¿Sabe que valora el APGAR al minuto 5?	15	25
20	¿Ha aplicado la valoración APGAR?	19	21
21	¿Conoce el puntaje de un recién nacido en el APGAR?	18	22
22	¿Conoce la valoración SILVERMANN?	3	17
23	¿Ha aplicado la valoración SILVERMANN?	17	23
24	¿Sabe los parámetros que evalúa SILVERMANN?	24	16
25	¿Conoce el puntaje de un recién nacido en SILVERMANN?	13	27

26	¿Conoce la valoración por Capurro?	27	13
28	¿Conoce los parámetros que evalúa Capurro?	19	21
29	¿Ha aplicado la valoración por Capurro?	16	24
30	¿Conoce el puntaje para un recién nacido sano por Capurro?	15	25
31	¿Le parecen útiles estas valoraciones y test aplicados al recién nacido?	38	2

3 GENERALIDADES.

3.1 Conceptos:

Neonatología: Parte de la pediatría que se ocupa del estudio y la asistencia de los recién nacidos.

Recién nacido: Que ha salido del vientre materno y ha comenzado a existir en un momento o lugar determinado.

Cuidados mediatos del recién nacido: Son desde el momento que pasa al cuñero hasta que egresa del hospital, y tardío los que se realizan en el hogar hasta los 28 días de haber nacido que termina en el periodo de neonato.

Cuidados inmediatos del recién nacido: Los cuidados inmediatos son los que se realizan en la sala o cuarto de parto e incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre el pecho de la madre tan pronto como sea posible.

3.2. Características del servicio de neonatología.

Los servicios de neonatología deben reunir ciertas condiciones y organización para elevar la calidad de la atención al neonato, deben estar integrados por personal calificado y con experiencia, tener una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de una buena tecnología. Estas unidades deben presentar los requisitos siguientes:

Recursos humanos

- Personal médico.

- ✓ Neonatólogos.
- ✓ Pediatras.
- ✓ Especialistas en nutrición y dietética.
- ✓ Personal de enfermería.
- ✓ Licenciadas en enfermería.
- ✓ Enfermeras especialistas en neonatología.
- ✓ Personal de apoyo.
- ✓ Secretarias.
- ✓ Técnicos de la salud (radiólogos y laboratoristas).
- ✓ Psicólogos.
- ✓ Farmacéuticos.
- ✓ Técnicos en electro medicina.
- ✓ Auxiliares generales.

Recursos materiales

La ubicación del servicio de neonatología tiene que cumplir los siguientes requisitos básicos.

- ✓ Estar lo más próximo al salón de partos (permite la movilización rápida de los pacientes con afecciones).
- ✓ Tener luz exterior (mejora la iluminación del departamento).

- ✓ Sistema de iluminación adecuado (luz fluorescente en cada área).
- ✓ Sistema de climatización apropiado (temperatura entre 24 y 28 oC)
- ✓ Tener colores claros (para minimizar la distorsión en la percepción del color).

Estar distribuido en:

- ✓ Salas de terapia intensiva.
- ✓ Salas de terapia intermedia.
- ✓ Salas de aislamiento para pacientes infectados.
- ✓ Laboratorio.
- ✓ Área de visitas.
- ✓ Área de servicio: almacenes, estación de enfermería, oficinas y lencería.

Consta además de otras áreas que pertenecen al departamento de neonatología, que deben estar situadas cercanas a ella, tales como: área de reanimación, alojamiento conjunto, banco de leche y sala de observación.

Equipamiento.

- ✓ Cunas: se eligen según el tiempo del bebé y de su estado de adaptación al ambiente.
- ✓ Incubadoras: son unas camas cerradas con fuente de calor húmedo, que concentran el calor, poseen fuente de oxígeno, presentan un sistema de control de temperatura interior y de piel del
- ✓ Servo control; sistema de humidificación del ambiente y sistema de posiciones para adoptar varios planos de inclinación.
- ✓ Incubadora de doble pared.
- ✓ Cunas térmicas: son sistemas para calentar al neonato a través de calor radiante.
- ✓ Monitores: son aparatos eléctricos que nos permiten controlar los signos vitales constantemente (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno).
- ✓ Ventiladores: son máquinas que ventilan artificialmente al paciente para suplir la función mecánica del pulmón

- ✓ Bombas de infusión continuas: son equipos que permiten la administración de soluciones en el tiempo exacto, la administración de drogas en micro dosis, de forma lenta.
- ✓ Lámpara fototerapia: se utiliza para los pacientes que presentan ictericia.

3.3 Organización del servicio de neonatología.

Para la obtención de una adecuada organización, es necesario considerar los siguientes puntos:

- ✓ Se requiere de un lavamanos a la entrada del servicio y en el interior de la sala debe existir 1 por cada 6 camas, con el objetivo de prevenir y controlar las infecciones. El departamento debe tener las instrucciones claramente visibles, mediante letreros y gráficos referentes a la técnica del lavado de mano y del uso de soluciones antisépticas; pues es la principal vía de trasmisión de infección.
- ✓ El ingreso a la unidad, tanto del personal asistencial y de los visitantes, debe hacerse con ropa apropiada, como reforzamiento de las normas de higiene.
- ✓ El servicio debe tener por cada paciente un mínimo de 6 m², para evitar el hacinamiento en las áreas.
- ✓ No se deben utilizar cortinas de tela, pues favorecen a la dispersión de los gérmenes.
- ✓ La unidad debe tener un sistema de comunicación interno y externo, que facilite la comunicación con otros hospitales, para coordinar la recepción o traslado de pacientes.
- ✓ Se debe garantizar la extracción y conservación de la leche materna en refrigeración.
- ✓ El servicio debe contar con un área de vestuario, para que el personal que presta servicio pueda cambiar sus ropas de calle por ropa apropiada para trabajar.

- ✓ Las oficinas de los médicos y de las enfermeras deben localizarse a la entrada principal de la unidad y contar con un sistema sencillo de intercomunicación.
- ✓ El departamento debe tener un sistema de filtro y sellado correcto, para evitar las corrientes de aire externas.
- ✓ Debe tener todas las condiciones que faciliten el trabajo al personal que presta servicio en la unidad (servicios sanitarios, cuarto de la guardia médica, merendero, entre otras.)
- ✓ Debe contar con un médico jefe del servicio, responsable de la supervisión, organización y planificación del correcto funcionamiento del departamento, de los médicos especialistas y médicos residentes.
- ✓ Debe contar con una jefa de enfermeras que participe en el cumplimiento de las normas y contribuya a la selección y adiestramiento del personal, además de una enfermera responsable de turno.
- ✓ En el departamento debe quedar registrada la política de desinfección, aprobada por la dirección del centro y los especialistas de higiene y epidemiología.
- ✓ Los materiales estériles deben mantenerse en un área que cumpla todos los requisitos de higiene y velar por su tiempo de durabilidad.

3.4 Papel de la enfermera en los servicios de neonatología.

El papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo.

El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad.

Para lograr los objetivos de enfermería en un servicio de neonatología, se debe disponer de un personal calificado y con excelente formación. La evolución

óptima del paciente depende más de la observación constante del personal que del equipamiento y los monitores.

Los detalles en el cuidado son los que muchas veces marcan la diferencia en los resultados obtenidos. Se debe contar con una buena cobertura de personal asistencial de enfermería para optimizar el cuidado del recién nacido, por lo que se sugiere las siguientes recomendaciones respecto a la relación enfermera/paciente:

- ✓ Recién nacido crítico - relación 1:1
- ✓ Recién nacido grave - relación 1:2
- ✓ Recién nacido de cuidado - relación 1:4

3.5 Deberes de la enfermera neonatología.

Dentro de los deberes de la enfermera neonatóloga consideramos:

- ✓ Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido en el salón de partos.
- ✓ Ejecutar la reanimación cardiopulmonar en caso de ser un recién nacido con asfixia o bronco aspiración de meconio.
- ✓ Efectuar el examen físico del recién nacido y registrar los resultados en la historia clínica.
- ✓ Observar y evaluar al paciente asignado dentro del horario de su turno de trabajo y registrar los resultados.
- ✓ Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales de la sala.
- ✓ Participar de forma activa en los pases de visitas junto al personal médico.
- ✓ Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.
- ✓ Realizar los cuidados generales al recién nacido. Ejecutar diariamente el baño, la cura del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.
- ✓ Cumplir el programa de inmunización.

- ✓ Reconocer las necesidades afectadas del paciente y trazar expectativas para resolverlas.
- ✓ Efectuar aspiración oral, nasofaríngea y traqueal.
- ✓ Extremar las medidas de higiene, insistir en el lavado de mano y mantener la unidad individual del paciente.
- ✓ Desinfectar la unidad individual del paciente, así como la desinfección terminal de cunas e incubadoras al egreso.
- ✓ Regular y controlar el equipo de administración de oxígeno. Brindar oxigenoterapia adecuada.
- ✓ Usar correctamente los cardiomonitores.
- ✓ Realizar canalización de venas periférica y abordaje venoso profundo, mediante el catéter epicutáneo o umbilical. Cumplir los cuidados de enfermería en paciente con cateterización venosa.
- ✓ Preparar correctamente la nutrición parenteral.
- ✓ Regular y utilizar correctamente las bombas de infusión. Controlar el goteo de los fluidos intravenosos.
- ✓ Administrar correctamente sangre y derivados.
- ✓ Iniciar balance de ingresos y egresos.
- ✓ Recoger muestra de sangre y orina para análisis en laboratorio.
- ✓ Usar correctamente las lámparas para la fototerapia. Valorar coloración amarilla del recién nacido.
- ✓ Brindar alimentación adecuada. Alimentación por sonda nasogástrica por gavage y gástriclis. Priorizar la lactancia materna.
- ✓ Preparar al recién nacidos para maniobras invasivas y asistir al médico para su realización. Preparar material a utilizar.
- ✓ Cumplir el programa de intervención mínima para los recién nacidos bajo peso.
- ✓ Evaluar el adecuado funcionamiento del sistema gastrointestinal, auscultación de ruidos intestinales, reconocer distensión abdominal y regurgitación anormal.
- ✓ Evaluar la respiración, auscultación e interpretación de los sonidos pulmonares, frecuencia, ritmo, retracción, ubicación del tubo endotráqueal, atelectasia y neumotórax. Valorar la respiración del paciente según el test de Silverman-Anderson.
- ✓ Evaluar el estado cardiovascular, auscultación y evaluación de los ruidos cardíacos, frecuencia, ritmo y pulsos periféricos.

- ✓ Evaluar la función neurológica: estado de alerta, movimientos coordinados y los reflejos.
- ✓ Realizar fisioterapia respiratoria para prevenir la atelectasia.
- ✓ Reconocer los cambios en el estado circulatorio, hipotensión e hipertensión, presencia o ausencia de pulsos.
- ✓ Evaluar la adecuada función urinaria, edema y distensión abdominal.
- ✓ Reconocer cambios en la perfusión y el color.
- ✓ Reconocer síntomas de infección. Cumplir las normas de aislamiento.
- ✓ Cumplir estrictamente indicaciones médicas, así como administrar correctamente la dosis y vía de los medicamentos.
- ✓ Interpretar los exámenes complementarios y registrar los resultados en la historia clínica.
- ✓ Evaluar cambios importantes en el recién nacido e informarlo al médico.
- ✓ Actuar correctamente en el transporte del recién nacido críticamente enfermo.
- ✓ Evaluar las necesidades psicosociales de la familia.

3.6 Intervención de la enfermera neonatóloga.

La enfermera neonatóloga debe intervenir continuamente en el cuidado de los pacientes que presentan un alto compromiso para la adaptación en la vida extrauterina, fundamentalmente los ingresados en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales, debe seguir un plan de cuidado que consta de 3 etapas:

3.6.1 Valoración.

La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones.

Según lo explorado en el examen físico y la recopilación de datos, se identifican las necesidades afectadas en el recién nacido, se establece prioridades, y se

procede a la identificación de los diagnósticos de enfermería, que se organizan en torno a las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que interactúan en el recién nacido según las necesidades afectadas. La enfermera neonatóloga debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección, mientras más pronto se elimine el factor de riesgo será más beneficioso para el niño a su adaptación a la vida extrauterina.

3.6.2 Intervención.

Consiste en planear y brindar los cuidados de enfermería. Una vez conocida las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería con sus expectativas, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato. De hecho, se convierte el diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidado. Es necesario confeccionar un plan de acciones de enfermería con el objetivo de alcanzar las expectativas trazadas a corto, mediano o largo plazo. Los principales objetivos es conservar la vida del recién nacido, disminuir los factores de riesgo ambientales e internos que afectan al neonato, disminuir los procedimientos agresivos, aplicar diariamente los cuidados integrales, cumplir estrictamente el tratamiento médico e interactuar entre los padres y el neonato, para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación.

3.6.3 Evaluación.

Es la etapa final del proceso mediante el cual el personal de enfermería usa un criterio medible para evaluar la respuesta del paciente como resultados de los cuidados prescritos, la efectividad del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos. Para realizar la evaluación se debe basar en el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y resultado de las acciones de enfermería. En esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se deben revisar.

NORMAS

3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitócina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

3.7.1 Objetivo.

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

3.7.2 Campo de aplicación.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado normar los siguientes aspectos en relación con la salud del niño: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.

La presente Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y aquellas que son posibles de incorporar posteriormente.

3.8.1 Objetivo.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.

3.8.2 Campo de aplicación.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Los defectos al nacimiento son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. Algunos de estos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; esta última acción permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y, al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida.

En los últimos años, los logros obtenidos en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal han tenido gran trascendencia, y se orientan a proporcionar la detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas que colocan en riesgo al binomio madre-hijo, así como a plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia.

En esta Norma Oficial Mexicana se incluyen los principales defectos prevenibles o susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener un impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años.

3.9.1 Objetivo.

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios y especificaciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los defectos al nacimiento.

3.9.2 Campo de aplicación.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para el personal de salud que brinde atención en el campo de la salud reproductiva de las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud.

3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

La presente Norma Oficial Mexicana considera todas las vacunas que actualmente se aplican en el país de manera universal a toda la población y también a aquellas que es posible ingresen como elementos de apoyo a la salud pública. Tiene como propósito asegurar la protección de toda la población susceptible, así como de los grupos de riesgo en el país, contra las enfermedades que se evitan mediante la vacunación.

3.10.1 Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos para la aplicación, manejo, conservación de los biológicos y prestación de servicios de vacunación, así como para el desarrollo de las actividades en materia de control, eliminación y erradicación de las enfermedades que se evitan mediante la vacunación.

3.10.2 Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y aquellas otras organizaciones que aplican biológicos y participan en la promoción, difusión e información sobre vacunas al público en general.

3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios.

Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

3.11.1 Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece las especificaciones sanitarias y nutrimentales que deben cumplir las fórmulas para lactantes y fórmulas de continuación, los alimentos envasados para lactantes y niños de corta edad y los alimentos a base de cereales para lactantes y niños de corta edad.

3.11.2 Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para las personas físicas y morales que se dedican a su proceso o importación.

4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL NACIMIENTO DEL NEONATO.

Los cuidados inmediatos son los que se realizan en la sala o cuarto de parto e incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre el pecho de la madre tan pronto como sea posible.

4.1 Cuidados de enfermería antes del parto.

Es importante determinar los riesgos del RN, la edad gestacional, si se sospecha una asfixia neonatal (hemorragia o hipertensión), sepsis, corioamnionitis o fiebre de la madre para la anticipación y preparación oportuna.

Preparación del equipo de reanimación del RN.

- ✓ El equipo de la reanimación debe estar previamente desinfectado.
- ✓ La cuna del equipo de reanimación debe estar cubierta con un campo limpio.
- ✓ Verificar el estetoscopio para el RN, la máscara y la bolsa de reanimación, el funcionamiento correcto del laringoscopio y el funcionamiento del equipo de aspiración.
- ✓ Cerciorarse de que exista todo el material gastable.
- ✓ Verificar fuente de oxígeno.
- ✓ Preparar tijera, pinza, látex, ligas para ligadura de cordón y gotero.
- ✓ Preparar frasco con alcohol al 76 % y yodopovidona.

- ✓ Asegurarse que estén disponible todos los medicamentos para realizar una reanimación adecuada.

- Prevención para la pérdida de calor.

- ✓ Mantener un ambiente térmico adecuado, temperatura mayor de 24 °C.
- ✓ Las ventanas deben estar cerradas, para evitar las corrientes de aire.
- ✓ Evitar el aire acondicionado durante el parto.
- ✓ Debe existir una fuente radiante de calor.
- ✓ El local debe estar previsto con una buena iluminación, no es conveniente colocar lámparas de color rojo, pues impiden apreciar en forma correcta la coloración de la piel.
- ✓ Cerciorarse que existan toallas precalentadas para el secado.
- ✓ Monitorizar frecuencia cardíaca fetal durante el expulsivo.
- ✓ Control de frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción para identificar signos de sufrimiento fetal.
- ✓ Ver aspecto del líquido amniótico.
- ✓ Si el líquido es meconial, preparar todas las medidas y alertar al personal por si se presenta un sufrimiento fetal o un síndrome de aspiración meconial.

4.2 Cuidados inmediatos en el recién nacido.

En la atención inmediata al recién nacido (RN) se deben garantizar aspectos importantes, pues es el momento propicio para evitar trastornos posteriores. Se deben tener creadas todas las condiciones materiales para su recibimiento óptimo, para garantizar una atención y evolución adecuada del neonato, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad del

RN durante el período de transición neonatal. Estos son algunos pasos que siguen la mayoría de los hospitales:

- Aspiración de las secreciones de boca y nariz. Cuando sale la cabeza del bebé, el médico aspira la boca y nariz para facilitarle la respiración. En el momento en que el niño respira por primera vez, el aire penetra en las vías respiratorias de los pulmones. Antes del nacimiento, los pulmones no se utilizan para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono y necesitan un menor abastecimiento de sangre.

- Cuando el bebé empieza a respirar en el momento de nacer, el cambio de presión en los pulmones ayuda a cerrar las conexiones fetales y le da una nueva dirección al flujo sanguíneo. A partir de ese momento, la sangre es bombeada a los pulmones para ayudar a realizar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Algunos bebés nacen con cantidades excesivas de fluido en los pulmones. Si se estimula el llanto del bebé por medio de masajes y caricias, se ayuda a que el fluido suba para que luego pueda ser succionado por la nariz o la boca.

- Ya cuando termina de nacer, se le limpia además la carita de los restos de sangre y líquido amniótico y se le succiona nuevamente la boca para limpiar las vías respiratorias de cualquier secreción que esté obstruyendo la vía aérea. Si el bebé no respira en el primer minuto, hay que realizar medidas de resucitación.

- Pinzamiento, corte y ligadura del cordón umbilical: El médico coloca al bebé con la cabeza un poco más abajo que el resto de cuerpo de la madre (para recuperar la mayor cantidad posible de sangre para el bebé) y pinza el cordón umbilical con dos pinzas colocadas más o menos a 5 cm. del abdomen del bebé y después corta el cordón entre ellas. A continuación, se rodea el ombligo con una gasa, también estéril, impregnada en alguna sustancia antiséptica.

- Esto hace que el bebé deje de depender de la placenta para nutrirse de oxígeno. El cordón se corta cuando el bebé ya ha realizado cuando menos 3 movimientos espiratorios y NO se debe exprimir.

- Antes de la ligadura se obtiene sangre para determinar el grupo y factor RH, así como para realizar el test de Coombs (prueba diagnóstica que detecta la presencia de anticuerpos frente al RH en la sangre de las mujeres con RH negativo). La ligadura se hace, generalmente, con cinta de algodón o lino esterilizado y a 2 o 3 cm. de la inserción abdominal del bebé.

- Cuidado del cordón umbilical: inmediatamente después, el médico limpia el resto del cordón umbilical con una tintura antiséptica púrpura que previene infecciones y lo cubre con una gasa estéril o lo deja descubierto.

- Limpieza y prevención de la pérdida de temperatura: Es importante mantener la temperatura corporal del recién nacido; los bebés que sufren descensos marcados de la temperatura corporal, pueden desarrollar problemas de tipo metabólico.

- El recién nacido está mojado debido al líquido amniótico y puede enfriarse con facilidad porque el cuarto del parto está frío, él no tiene suficiente tejido grasoso y no sabe cómo temblar de frío. Para evitar la pérdida de calor, se debe secar al bebé y utilizar frazadas templadas que suministren calor. A menudo, se le coloca un gorro tejido en la cabeza.

- Una vez que ya está seco y cubierto, se puede colocar al bebé en contacto con la piel del pecho o el abdomen de la madre, esto también ayuda a mantenerlo caliente y este contacto es importante en las primeras horas de vida extrauterina.

La atención inmediata es el cuidado que recibe el neonato al nacer, el objetivo más importante es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el RN. La complicación más frecuente es la

depresión cardiorrespiratoria, que requiere que siempre se cuente con todos los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación.

Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado, que conste con condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del RN y los procedimientos que se realizan en el nacimiento. El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento para la supervisión y las maniobras que se aplican en este período

4.3 Equipamiento de reanimación.

Es importante tomar en cuenta que durante el parto o las primeras horas de vida del recién nacido pueden aparecer factores que resulten peligrosos para su salud e incluso que pueden causarle la muerte; por ello es importante tomar en cuenta el equipo de reanimación que es el siguiente:

- ✓ Cuna térmica, colocada de tal manera que permita situar una persona a cada lado para poder realizar la reanimación neonatal, con una medida aproximada de 100 x 80 cm y una altura de 110 cm, estar provista de un colchón de espuma de poliuretano recubierto de forro lavable.
- ✓ Estetoscopio, máscara y bolsa de reanimación.
- ✓ Laringoscopio con espátulas recta 0 y 1.
- ✓ Equipo de aspiración.
- ✓ Sondas de aspiración, sonda nasogástrica, tubos endotráqueales, tramo de gomas y jeringuillas.
- ✓ Fuente de oxígeno.
- ✓ Preparar tijera, pinza, látex, ligas para ligadura de cordón y gotero.
- ✓ Medicamentos como: adrenalina, bicarbonato de sodio, expansores de volumen, entre otros.

4.4. Cuidados de enfermería después del parto.

Se deben considerar los siguientes aspectos para una correcta atención en los cuidados que enfermería realiza al recién nacido:

- Prevención de pérdida de calor. El secado se realiza con toalla precalentada. Luego se debe retirar los paños húmedos y se coloca al RN bajo una fuente de calor radiante, posteriormente se procede a retirar las secreciones, el líquido amniótico, la sangre y el exceso de unto, se frota cuidadosamente, primero la cabeza, luego el tronco y las extremidades. Es muy importante mantener el neonato seco y caliente desde su nacimiento, pues reduce las pérdidas de calor, ya que el enfriamiento favorece la hipoglicemia, aumenta el consumo de oxígeno hístico y agrava la acidosis metabólica.
- Permeabilización de las vías aéreas. Las vías aéreas deben estar permeables, para que el RN inicie la respiración. Si las secreciones son muy abundantes, sanguinolentas o hay meconio, se realiza aspiración bucofaríngea con presión negativa. No se debe aspirar la nariz, pues estimula la inhalación, además, por mecanismo vagal puede deprimir el centro respiratorio.
- Respiración espontánea. Si no respira espontáneamente o la ventilación es inadecuada, se debe realizar estimulación táctil, se frota el dorso del tórax o palmoteando los talones; con una duración de 1 o 2 s. Si no hay respuesta entonces se aplican los cuidados de un RN asfíctico.

- Frecuencia cardíaca. La frecuencia adecuada en el RN es mayor que 100 por minuto, si es menor se deben aplicar las medidas para un RN asfíctico.
- Coloración de la piel. Si la coloración del cuerpo del RN es rosada y presenta cianosis periférica en los miembros, se considera normal y se continúa con la atención normal del RN. Si la cianosis es general se administra rápidamente oxígeno y se aplican las medidas correspondientes.
- Ligadura del cordón. El cordón umbilical se comprime con una pinza de cierre fijo, se corta distalmente, se examinan sus vasos (2 arterias y 1 vena) y se liga próximo a la pinza, puede ser con bandas elásticas o presillas, a una distancia de 2 cm aproximadamente de la pared abdominal, después de lo cual se retira la pinza. Luego se limpia con yodopovidona y alcohol, posteriormente.
- Realizar profilaxis del RN. Se aplica solución de nitrato de plata al 1% (método de Credé) para evitar la conjuntivitis producida por gérmenes al atravesar el canal del parto y vitamina K1 (0,1 ml por vía i.m.) para prevenir la enfermedad hemorrágica del RN, en los RN bajo peso se administra 0,05 ml.
- Peso, talla e identificación del neonato. Puede ser con una pulsera en la muñeca con los datos de identificación: nombre y apellidos maternos, fecha/hora del nacimiento, peso, sexo y el número de historia clínica. En algunas instituciones se toma la huella plantar del RN y la del dedo índice materno, que quedan impresos en la historia clínica de la madre y del neonato.
- Realizar contacto precoz con la madre por 30 min. Si el RN está en buen estado, se recomienda colocarlo en contacto

piel a piel con su madre e iniciar la lactancia materna precoz. Es muy favorable promover el vínculo afectivo madre-niño y mantener un ambiente térmico.

- Pasar a alojamiento conjunto. Si el RN no tiene ningún factor de riesgo y no tiene signos de alarma, debe pasar inmediatamente con su madre, adecuadamente abrigado y asegurándose que el ambiente no esté frío. El personal de salud debe apoyar la lactancia materna exclusiva. Además, se debe seguir observando el patrón respiratorio, la coloración, la actitud, postura y el tono del RN. Solo se recomienda asear al RN si se contaminó con heces fecales maternas, asegurando que la temperatura axilar esté entre 36,5 y 37,5 °C.

4.5 Cuidados de enfermería en el RN en un parto con líquido amniótico meconial.

- ✓ Aspirar en el momento que presente la cabeza el RN por el canal del parto, con una sonda de calibre N° 10.
- ✓ Aspirar primero la boca y oro faringe, luego las fosas nasales hasta retirar el líquido meconial.
- ✓ Sostener la cabeza del RN, para que no salga el resto del cuerpo hasta haber terminado la aspiración intraparto.
- ✓ No estimular el llanto del RN en el momento de la aspiración, para evitar que el meconio pase a las vías respiratorias bajas.
- ✓ Posteriormente colocar al RN en la mesa de atención y observar si tiene esfuerzo respiratorio adecuado.
- ✓ Si el esfuerzo respiratorio es inadecuado, se procede a realizar laringoscopia e intubar para la aspiración traqueal.

- ✓ Si el esfuerzo respiratorio es adecuado, luego de secarlo, permeabilizar vías aérea y continuar con la atención del RN normal.
- ✓ Evaluar dificultad respiratoria según el test de Silverman-Anderson.
- ✓ Si el esfuerzo respiratorio no es adecuado proceder a los cuidados en un RN asfíctico.
- ✓ Registrar en la historia clínica la intensidad y características del líquido amniótico meconial.

4.6 Evaluación de enfermería.

En el RN debe valorarse el peso, la edad gestacional, los antecedentes de la madre y el feto durante el embarazo y las condiciones al nacer. Durante el nacimiento, al primer minuto de vida y luego a los 5 min, se evalúan las condiciones físicas del niño mediante el test de Apgar.

4.6.1 Apgar.

Este método evalúa cada signo clínico y acorde con el grado que esté presente, recibe una calificación de 0,1 o 2 puntos, al final se suman las puntuaciones de cada signo para obtener una calificación final. Una calificación de 7 a 10 indica que es un RN vigoroso, que las condiciones son buenas; una calificación de 4 a 6 significa una depresión ligera o moderada, por lo que necesita administración de oxígeno y una calificación de 0 a 3 denota una depresión severa y es necesaria la resucitación inmediata.

El médico, junto con la observación y los detalles que reporta la enfermera, una vez que evalúe el estado del RN, decidirá si se efectúa su traslado junto a la madre en alojamiento conjunto o al departamento de cuidados especiales de neonatología.

4.7 Alojamiento conjunto.

Desde los tiempos remotos, la madre una vez que pare y es asistida por una comadrona, se alojaba en su casa con su niño y el resto de la familia para darle la bienvenida al nuevo integrante. No obstante, el alojamiento conjunto que se lleva a cabo en la actualidad, representa una variación en el concepto de la atención al niño y a la madre en este período.

4.7.1 Características generales.

Algunos hospitales disponen de la unidad de alojamiento conjunto contiguo a la sala de partos y aunque esto sea lo ideal, no siempre es posible encontrarla así, por falta de una apropiada distribución física del hospital, pero se recomienda que esté lo más cerca de los salones de partos. Los beneficios del alojamiento conjunto no deben ser denegados a los familiares por situaciones estructurales.

El alojamiento conjunto juega un papel importante para la familia en lo que respecta a los cuidados de la maternidad, no solo provee un ambiente que promueve una relación madre-hijo de forma natural, sino también apoya a la educación de los padres, y está basada en el reconocimiento y la comprensión de las necesidades de cuidados de la madre y el niño.

El alojamiento conjunto es un concepto que ha sido aplicado para que el RN comparta con su madre y sus familiares de manera transicional la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos, hasta la recuperación inmediata de ambos.

4.7.2 Cuidados de enfermería en el departamento de alojamiento conjunto.

- ✓ Garantizar una atención y una evolución adecuada del RN durante este período de transición.
- ✓ Colocar al RN en una fuente de calor radiante inmediatamente que arribe al departamento, para que regule la temperatura, es muy frecuente la hipotermia en este período por la inmadurez del centro vasomotor.
- ✓ Completar la limpieza de la piel retirando las secreciones vaginales, con compresas estériles.
- ✓ Vestir adecuadamente al RN, una vez limpio, para evitar las pérdidas de calor a través de la piel.
- ✓ Realizar un examen físico detallado cuando el RN regule la temperatura, para determinar si el neonato se ha adaptado adecuadamente a la vida extrauterina y detectar si existe alguna malformación congénita, proceso infeccioso o enfermedad metabólica.
- ✓ Analizar permeabilidad del ano con una sonda, para descartar algún tipo de obstrucción intestinal.
- ✓ Verificar si se corresponde la identidad del RN con la manilla de identificación que tiene registrado el nombre de la madre, antes de entregárselo a los familiares.
- ✓ En este período se pondrá en práctica la enseñanza y comunicación con los padres y otros miembros de la familia, en cuanto a la manipulación y los cuidados del niño.
- ✓ Garantizar el éxito de la lactancia materna, se debe enseñar a la madre la técnica de lactar en posición de decúbito lateral, la posición más cómoda en ese momento por las molestias del parto.
- ✓ Fomentar la importancia que tiene el calostro materno para el niño, rico en inmunoglobulinas IgG y que participa directamente en la supresión del sangrado del útero.
- ✓ Registrar en la evolución las características clínicas más relevantes en el RN, la valoración del examen físico integral y si succiona bien el pecho.

- Categoría diagnóstica
- ✓ Termorregulación ineficaz. Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia provocada por inmadurez del centro vasomotor o condiciones ambientales no idóneas.
- ✓ Patrón de alimentación ineficaz del lactante. Deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución, por inmadurez o reflejos incordiados o ausentes.
- ✓ Alteración de la eliminación intestinal. Trastorno de la eliminación intestinal debido a un ano imperforado.
- ✓ Alteración de la protección. Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como consecuencia de los nuevos cambios en la vida extrauterina.

4.7.3 Evaluación de enfermería.

En este período el RN es muy vulnerable a los cambios y a la nueva vida que experimenta fuera del claustro materno, por lo que además de enseñar y educar a los padres, es muy importante la observación detallada de estos niños. El personal de enfermería debe estar muy atento a las manifestaciones clínicas y conducta del RN, ante cualquier sospecha de algún evento anormal se debe ingresar en la unidad de cuidados especiales neonatales para su estudio, por lo contrario, si la evolución de estos niños es normal se decide su traslado para la habitación en compañía de su madre y familiares.

4.8 Asfixia perinatal.

La asfixia es un estado clínico originado por una disminución de la hematosis, de intensidad suficiente como para conducir adaptación a la muerte si no se revierte la adaptación con una reanimación urgente. La asfixia se acompaña de hipoxemia y de hipercapnia, seguidas de isquemia, hipoxia hística y acidosis láctica.

La depresión al nacer puede ser, en algunos casos, la adaptación interrumpida de un estado asfíctico intrauterino, pero también puede ser consecuencia de cualquier alteración fetal o evento que afecte la adaptación normal del RN a la vida extrauterina.

4.8.1 Fisiopatología

La asfixia es una situación en la que existe disminución abrupta e intensa de la hematosis, que provoca hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. Se desencadenan mecanismos reflejos mediados por la catecolamina, que produce redistribución del flujo sanguíneo, por medio del cual se mantiene la irrigación de los órganos diana (cerebro, corazón y glándulas suprarrenales), mientras que disminuye el flujo sanguíneo hacia el resto de los tejidos del organismo, por vasoconstricción arterial.

Si la hipoxemia persiste produce bradicardia, lo que disminuye aún más la irrigación hística que provoca isquemia y disminución de la presión arterial sistémica debido al incremento de la acidosis. Cuando la hipoxia es muy severa se empeora la circulación a todos los órganos y se produce agravamiento del estado metabólico. Se genera así un círculo vicioso, que puede conducir a la muerte. En esta situación se producen grados variables de lesión hística en diversos sistemas orgánicos.

4.8.2 Etiología

1. Causas maternas.

- ✓ Insuficiencia respiratoria.
- ✓ Cardiopatías.
- ✓ Anemia severa.
- ✓ Estado de choque.
- ✓ Estado convulsivo.

- ✓ Hipertensión en el embarazo.
- ✓ Diabetes severa.
- ✓ Anestesia regional.
- ✓ Compresión de la arteria aorta y de la vena cava.
- ✓ Hipertonía uterina.

2. Causas fuliculoplacentarias.

- ✓ Infartos placentarios.
- ✓ Edema o inflamación de la placenta.
- ✓ Hematoma reto placentario.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ Compresión del cordón umbilical.
- ✓ Circulares.
- ✓ Líquido amniótico escaso.
- ✓ Procidencia.
- ✓ Nudo real.

3. Causas de depresión neonatal.

- ✓ Lesiones hipóxico-isquémicas previas del sistema nervioso central.
- ✓ Accidentes vasculares y hemorragia intracraneal.
- ✓ Digénesis cerebrales.
- ✓ Inmadurez del centro respiratorio.
- ✓ Anemia severa.
- ✓ Infecciones prenatales.
- ✓ Hipoplasia pulmonar.
- ✓ Hernia diafragmática
- ✓ Obstrucción congénita de las vías aéreas.
- ✓ Inmadurez pulmonar.
- ✓ Neumonía congénita.
- ✓ Aspiración de meconio o sangre.

Todos los RN son evaluados al minuto y a los 5 min de vida por medio del test de Apgar, como el test incluye elementos de las funciones respiratorias, circulatorias y neurológicas, es muy útil para valorar el estado de afección del RN. Los pacientes con depresión al nacer presentan puntuación de Apgar bajo.

4.8.3 Complicaciones.

- Sistema nervioso.
 - ✓ Encefalopatía hipóxico-isquémica.
 - ✓ Parálisis vesical.
- Sistema respiratorio.
 - ✓ Edema pulmonar.
 - ✓ Hipertensión pulmonar.
 - ✓ Deficiencia de surfactante.
 - ✓ Síndrome de aspiración meconial.
 - ✓ Rupturas alveolares.
- Sistema circulatorio.
 - ✓ Miocardiopatía hipóxico-isquémica.
 - ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva.
 - ✓ Estado de choque.
 - ✓ Lesión del endotelio capilar.
- Sistema urinario.
 - ✓ Nefropatía hipóxico-isquémica
- Sistema digestivo.
 - ✓ Intolerancia digestiva.
 - ✓ Enterocolitis necrosante.
 - ✓ Hepatopatía hipóxico-isquémica.
- Alteraciones metabólicas.
 - ✓ Hipoglicemia.
 - ✓ Hiperglicemia.
 - ✓ Hipocalcemia.
 - ✓ Hipomagnesemia.
 - ✓ Hiponatremia.
 - ✓ Hiponatremia.

4.8.4 Acciones de enfermería en el RN asfíctico en el salón de partos.

- ✓ Aplicar los cuidados generales: recepción del RN, colocarlo bajo una fuente de calor radiante y secarlo inmediatamente.
- ✓ Observar la coloración del líquido amniótico, para descartar un síndrome de aspiración meconial.
- ✓ Poner al RN en posición decúbito supino con el cuello ligeramente extendido, para abrir la epiglotis.
- ✓ Evaluar el estado del RN según la puntuación obtenida mediante el test de Apgar: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, coloración, respuesta al paso del catéter y tono muscular.
- ✓ Realizar los pasos de la reanimación neonatal de forma inmediata.
- ✓ Analizar en el laboratorio el pH de la sangre del cordón umbilical, si este es inferior a 7,15 se confirma el diagnóstico de asfixia.
- ✓ Observar signos neurológicos, de encefalopatía hipóxico-isquémica moderada o severa en las horas siguientes al nacimiento.
- ✓ Descartar alteraciones multiorgánicas; fundamentalmente pulmonares, renales y digestivas.
- ✓ Vigilar signos y síntomas de complicación en los diferentes sistemas y aparatos producto de la hipoxia severa.

4.8.5 Evaluación de enfermería.

La evolución y pronóstico del neonato dependen del tipo de complicación que presente y está en relación con el tiempo que demora la recuperación inicial del paciente en el salón de partos. La puntualidad y la calidad de la reanimación, las medidas profilácticas y el estado del feto son factores determinantes en la evolución del paciente. Esta afección representa un alto índice de mortalidad, además de dejar secuelas graves en la vida del paciente.

Si el paciente se estabiliza, se procede al traslado inmediato a la sala de cuidados especiales neonatales, para su observación estricta, pues en las horas

posteriores al nacimiento puede presentar varias alteraciones que reflejan la lesión a diversos órganos y sistemas de órganos, que complican notablemente su evolución.

5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESPUÉS DEL NACIMIENTO.

5.1 Baño de recién nacido.

El baño es uno de los cuidados rutinarios que se le realizan al RN, para su limpieza y mejor confort. Cada madre deberá tener la oportunidad de observar la demostración del baño y si es posible realizarlo, una vez que la enfermera realice la demostración y diga las instrucciones necesarias, para evitar dificultades cuando el niño se incorpore a la comunidad.

En el momento del baño se deben cumplir los principios básicos, aunque cada cual desarrolle su propia manera de bañar de acuerdo con su destreza manual, el tamaño y la actividad del niño.

Se deben extremar las medidas de seguridad sin violar alguno de los principios básicos durante su ejecución.

5.1.1 Principios básicos.

- ✓ Todo el equipo, ropa y material debe estar preparado previamente.
- ✓ Asegurar que en el ambiente no existan corrientes de aire y que la temperatura sea adecuada.
- ✓ La temperatura del agua para el baño será de 37 a 38 oC, el agua que se sienta tibia con el codo estará aproximadamente a tal temperatura.
- ✓ Antes de ejecutar el baño, se debe cerciorar que el niño tenga la temperatura regulada, que mantenga una temperatura mayor de 36,5 oC.

- ✓ Se debe proceder al baño de las áreas más limpias hacia las áreas más sucias.
- ✓ Enjabonar, enjuagar y secar cada área antes de pasar a la otra.

5.1.2 Precauciones.

- ✓ Mantener al bebé envuelto con una toalla o pañal.
- ✓ Nunca suelte al bebé ante un olvido, se debe envolver en una toalla y llevarlo con usted.
- ✓ Debe haber receptáculos para la ropa sucia y para el material de desecho.
- ✓ Cada parte del RN debe enjuagarse con abundante agua y secarlas correctamente, se debe evitar la humedad.
- ✓ No usar jabones fuertes, ni polvos debido a la sensibilidad de la epidermis del niño, que le puede provocar irritación o lesiones graves en la piel.
- ✓ Durante la estancia hospitalaria del niño, se debe garantizar el baño con agua estéril, jabón suave y torundas de algodón estéril.

5.1.3 Equipo.

- ✓ Toalla o paño limpio.
- ✓ Recipiente con agua hervida.
- ✓ Motas de algodón.
- ✓ Jabón.
- ✓ Ropa limpia.

5.1.4 Técnica del baño.

- ✓ Lavado de mano higiénico antes de manipular al RN.
- ✓ Desvestir al niño y cubrirlo con un paño, para evitar el enfriamiento.

- ✓ Ojos: se debe utilizar una torunda estéril de algodón con agua en cada ojo, empezando desde el ángulo interno del ojo y siguiendo hacia la esquina exterior.
- ✓ Cara: se realiza la limpieza en forma de 8, empezando por la zona frontal sin tocar los ojos, no se debe utilizar jabón.
- ✓ Orejas: se limpia solamente la parte exterior con agua, teniendo como precaución que no caiga agua en el interior del oído y no se debe introducir aplicadores en los oídos.
- ✓ Cuero cabelludo: se realiza de forma circular muy superficial con agua y jabón, sin ejercer presión ninguna, pues esta zona es muy delicada, por estar abiertas las fontanelas.
- ✓ Extremidades superiores: se empieza por las manos hacia las axilas con agua y jabón, se insiste en el pliegue bajo los brazos. Se debe enjuagar bien las manos del jabón pues el niño con mucha frecuencia se las lleva hacia la boca y se deben secar bien los pliegues bajo el brazo.
- ✓ Tronco: limpiar con agua y jabón, primero la zona anterior y luego la zona posterior. Se debe tener como precaución el secado correcto del cuello y evitar la humedad en la región umbilical.
- ✓ Extremidades inferiores: se empieza por los pies hacia la región inguinal con agua y jabón, debe cerciorarse de que el secado de los pies sea correcto.
- ✓ Glúteos y genitales: en las niñas el esmegma (secreción blanquecina) puede acumularse entre los pliegues de los labios, que deberá limpiarse con una torunda de algodón con agua y jabón, utilizado una sola vez cada torunda en dirección desde el frente hacia atrás. En los varones se insiste en el pene, es muy frecuente la adherencia entre el prepucio y el glande del pene, por lo que se acumula orina y esmegma, que debe retirarse cuidadosamente. Los glúteos deben estar bien aseados, retirar el material fecal para evitar irritación perianal.
- ✓ Vestir al RN con ropa limpia y acomodarlo correctamente.

- ✓ Cambiar y vestir la cuna con paños limpios.
- ✓ Retirar todo el material sucio.

5.1.5 Cuidados generales con la piel del RN.

- ✓ No utilizar jabones fuertes, aceites o talcos perfumados para evitar irritación en la piel del RN.
- ✓ No utilizar durante el baño estropajos, esponjas o toallas, sólo utilizar la mano, motas de algodón y jabón.
- ✓ La ropa del bebé debe ser de algodón.
- ✓ Evitar abrigarlo en forma excesiva, pues puede favorecer la aparición de salpullido, erupción de pápulas o vesículas diminutas.
- ✓ La ropa del bebé debe lavarse con jabón, se evitarán detergentes, suavizantes y cloro, que pueden irritar la piel e incluso en algunos casos ser tóxicos.
- ✓ Exponer al RN al aire y a la luz varias veces al día.
- ✓ Hervir los pañales, para destruir las bacterias.
- ✓ Usar cremas protectora con vitamina E en la región anal, para evitar la erupción del pañal.

5.2 Alimentación en el recién nacido.

Es indiscutible el papel que juega la alimentación en la supervivencia del RN, garantiza no solo su crecimiento, sino su desarrollo tanto físico como psíquico, lo cual va a determinar un estado de salud óptimo, que lo acompañará hasta su edad adulta.

Son los alimentos los que van a dotar al organismo de sustancias nutritivas o nutrientes, tales como los carbohidratos, las proteínas, las grasas o lípidos, las vitaminas y minerales y el agua. Sustancias que son vitales para el mantenimiento de la vida, y de las actividades propias del organismo, como las diferentes funciones, el crecimiento y renovación de tejidos, y la actividad diaria propiamente dicha, tanto física como mental. Ya que van a aportar las calorías y energías necesarias para todos estos procesos, al permitir un funcionamiento equilibrado, y garantizar así la artificial.

El neonato se alimenta exclusivamente con leche materna y/o artificial. Su elección va a estar dada por diferentes factores, como: el vínculo madre-hijo, la actitud de los padres, el ambiente socioeconómico y cultural de la familia.

5.2.1 Lactancia materna.

La madre tiene la capacidad natural de alimentar a su hijo, la leche materna es la ideal para el RN. Se recomienda que se realice de forma exclusiva, por lo menos los primeros 4 meses de vida. Es precisamente para este tipo de leche que tiene el RN adaptados preparado su metabolismo y su sistema digestivo para asimilarla.

Composición de la leche materna:

- ✓ Agua 87 %.
- ✓ Energía 700 kcal/L.
- ✓ Proteínas aproximadamente 0,8-0,9 %.
- ✓ Grasa. La mayoría en forma de triglicéridos.
- ✓ Carbohidratos 50 %.
- ✓ Calcio / fósforo.
- ✓ Hierro.
- ✓ Enzimas. Lipasa, per oxidasa, amilasa y fosfatasa.
- ✓ Todas las vitaminas.

5.2.2. Posiciones para la lactancia materna.

- ✓ Sentada clásica.
- ✓ Acostada en decúbito lateral.
- ✓ Balón de fútbol (el cuerpo del neonato se coloca debajo de la axila de la mamá, se sostiene con el brazo del mismo lado y con la mano se aguanta la cabeza).

5.2.3 Aspectos generales para establecer una lactancia exitosa.

- ✓ Comenzar inmediatamente después del nacimiento.
- ✓ Lactar al neonato según su demanda o cada 3 h en caso de que no lo pida.
- ✓ La posición adecuada es la que sea más cómoda para el bebé y su madre.
- ✓ Ejercicios para los pezones.
- ✓ Lactar en un ambiente óptimo.
- ✓ La madre debe consumir mediante la dieta requerimientos nutricionales.
- ✓ La madre debe tener un descanso apropiado.
- ✓ Eliminar el uso de tetes y biberones que acostumbran al neonato a otro tipo de succión.
- ✓ Evitar la separación madre-hijo.
- ✓ Apoyar y estimular a la madre que lacta.
- ✓ La madre debe conocer sobre la fisiología de la lactancia y como enfrentar los problemas que pueden presentarse durante esta.

5.2.4 Problemas que dificultan la lactancia materna.

- ✓ Pezones dolorosos.
- ✓ Grietas en los pezones.
- ✓ Hemorragias de los bordes.
- ✓ Pezón plano.
- ✓ Pezón invertido.

- ✓ Succión débil.
- ✓ Succión mal coordinada.
- ✓ Rechazo del pecho.

5.2.5 Contraindicaciones de la lactancia materna.

- ✓ Madres con VIH positivo.
- ✓ Madres con enfermedades graves (tuberculosis, cáncer, psicosis).
- ✓ Madres que ingieran algunos medicamentos específicos.
- ✓ Infecciones.
- ✓ Recién nacido con malformaciones congénitas en el sistema digestivo.
- ✓ Neonatos que presenten galactosemia, intolerancia a la leche.
- ✓ Recién nacido en estado grave o crítico.

5.2.6 Intervención de enfermería la técnica de lactancia materna.

1 Técnica correcta para lactar a su bebé.

- ✓ Lavarse las manos siempre antes de amamantar.
- ✓ La madre debe estar tranquila y relajada.
- ✓ Tener una buena higiene en los senos antes de lactar, asearse con agua hervida.
- ✓ Verificar que el neonato tenga el pañal seco y limpio.
- ✓ La madre debe colocarse en una posición cómoda para lactar.
- ✓ Colocarse al niño cerca de los pechos y cerciorarse que esté despierto.
- ✓ En todas las posiciones es necesario tener control de la cabeza del niño para mantenerlo pegado al pecho y evitar que traccione el pezón.
- ✓ Tomar el pecho con los 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, en forma de C. Acercar el neonato al pecho, no el pecho al neonato para evitar molestias en la espalda.

- ✓ Se puede humectar el pezón con leche materna para atraer la atención del RN y para proteger la piel del pezón antes de introducirlo en la boca.
- ✓ Tocar con el pezón el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca, estimulando el reflejo de búsqueda y succión.
- ✓ Cerciorarse que el pezón y la areola quede dentro de la boca del neonato y que no se obstruyan las fosas nasales.
- ✓ Dejar que succione entre 10 a 15 min en cada mama, comenzando por el seno de la última mamada.
- ✓ Si la madre siente dolor, retirarlo o intentarlo otra vez.
- ✓ Para retirar al neonato del pecho se debe introducir el dedo índice entre las encías sujetándolo para que no muerda el pezón.
- ✓ Para asegurar un buen amamantamiento se debe escuchar la succión del niño, sentir la bajada de la leche o el descongestionamiento de las mamas después de mamar.
- ✓ Cerciorarse del vaciado de cada mama.
- ✓ Eliminar los gases del RN después de cada mamada.

2. Explicarle las ventajas de la lactancia materna que le proporciona a la madre.

- ✓ La leche materna es más económica, pues es a libre demanda.
- ✓ No requiere preparación alguna por lo que no tiene riesgo de contaminarse.
- ✓ Tiene un menor costo en salud al prevenir enfermedades en el niño y la madre.
- ✓ Las madres que lactan usualmente tienen períodos más largos de infertilidad después del parto, lo que le permiten espaciar los embarazos.
- ✓ La succión del pezón produce descargas de oxitócina que contrae el útero, y favorece su involución, disminuyendo el riesgo de hemorragia posparto.
- ✓ Se ha descrito que disminuye la incidencia del cáncer de mamas y del endometrio.
- ✓ Proporcionar a la madre una satisfacción y experiencia agradables.

3. Explicarle a la madre y familiares las ventajas que la lactancia materna le proporciona al RN.

- ✓ Proviene de la misma especie.
- ✓ Es un alimento higiénico, carente de antígenos alimentarios, tiene un pH bajo (6,5-6,8), con bajo contenido de sales, lo cual facilita la digestión gástrica.
- ✓ Se encuentra siempre disponible a una temperatura adecuada.
- ✓ Se ha comprobado que la leche materna es un factor protector contra la constipación durante el primer semestre de vida.
- ✓ Transfiere al RN factores de defensa, como son inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas (T y B); lo que disminuye el riesgo de sufrir enfermedades infectocontagiosas, especialmente en el tracto gastrointestinal.
- ✓ Aporta proteínas en baja concentración, lo que favorece un vaciamiento gástrico rápido.
- ✓ Las proteínas del suero están constituidas en su mayoría por alfa lactoalbúmina y lactoferrina, que tienen acción bacteriostática y favorece la absorción de hierro en el intestino.
- ✓ Contiene además cistinas y taurinas, aminoácidos esenciales para el crecimiento y maduración del SNC y la retina.
- ✓ Favorece un ambiente ácido en el intestino del niño inhibiendo el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.
- ✓ Además contiene vitamina A, C, D, B y E y hierro aunque en baja cantidad, pero con una alta biodisponibilidad, se absorbe hasta el 50%.

5.2.7. Evaluación de enfermería.

Se dice que una lactancia materna es eficaz cuando la madre, el bebé y la familia poseen satisfacción en el desarrollo de ese proceso, se evidencia por parte del lactante cuando queda satisfecho después de cada toma, duerme aproximadamente de 3 a 4 h y existe una ganancia de peso adecuada de 20-30 g por día los primeros meses y se desarrolla en un ambiente favorable de amor

y rapor. Por parte de la madre brinda una lactancia correcta, evita la congestión en lo pechos, que se hace dolorosa, por lo que se recomienda que una vez terminado el acto de lactar y si aún los senos tienen leche debe extraerse y guardarla con todas las medidas de conservación, además, le crea una satisfacción emocional y una experiencia de afecto en la relación madre-hijo.

5.3 Inmunización.

En la actualidad, el programa de inmunización que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, abarca la protección de 13 enfermedades, con una cobertura del 98 %, lo que se traduce en 19 dosis de vacunas en los 2 primeros años de vida. Dos de ellas, se aplican en los primeros días de nacido: la vacuna antituberculosa, conocida por sus siglas BCG y la vacuna anti hepatitis B (VHB).

5.3.1 Vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin)

Es una vacuna liofilizada de bacilos vivos, no patógenos, procedentes de una cepa de *Mycobacterium bovis*. Tiene capacidad para desarrollar una respuesta inmunológica frente a *Mycobacterium tuberculosis*.

Dosis a administrar: 0,1 mL, que equivale a 1 décima.

Vía: intradérmica Sitio: deltoides izquierdo

Aunque está en dependencia del fabricante, esta dosis es la que se recoge en nuestro Esquema Nacional de Vacunación. Se ha visto también de 0,05 mL.

Precauciones

- ✓ No utilizar sustancias colorantes para la desinfección.
- ✓ No debe dar masaje.
- ✓ No se aspira.
- ✓ Extremar los cuidados de higiene en el manejo del material estéril.

- ✓ Se debe conservar entre 2 y 8 °C, protegida de la luz. Debe remarcarse que con la luz, en pocos minutos su viabilidad se reduce el 99 %.
- ✓ Su caducidad alcanza un año.

Efectos secundarios

- ✓ Linfadenitis y ulceraciones.
- ✓ Osteomielitis.
- ✓ Diseminaciones sistémicas.

5.3.2 Vacuna Anti hepatitis B recombinante (Heberbiovac HB).

Se obtiene mediante la recombinación genética, el antígeno de superficie producido se extrae de las células de la levadura *Sacharomyces cerevisiae*; posteriormente el gen es insertado en una levadura que se reproduce y contiene el HBsAg. Su cultivo y posterior purificación determina una vacuna altamente efectiva.

- ✓ Dosis a administrar: 0,5 mL, que equivale a 5 décimas.
- ✓ Vía: intramuscular.
- ✓ Sitio: cara antero lateral del muslo

Precauciones

- ✓ No administrar en lugares inflamados, edematosos, irritados, zonas con lunares, marcas de nacimiento u otras lesiones.
- ✓ Extremar los cuidados en el manejo del material estéril.
- ✓ Aspirar antes de administrar el medicamento.
- ✓ Conservarse entre 2 y 8 °C. No se puede congelar. La validez es de 3 años si se cumplen las condiciones de conservación.
- ✓ Cerciorarse del resultado del antígeno de la madre, si es positivo o negativo.
- ✓ Efectos secundarios. Los posibles efectos secundarios son:
- ✓ Dolor.
- ✓ Inflamación.

- ✓ Enrojecimiento de la zona en el sitio de la inyección, que por lo general es leve y temporal.

5.4 Cuidados con el muñón.

El muñón es el resultado de la ligadura y corte que se realiza en el cordón umbilical, el que se va ennegreciendo y se va secando hasta desprenderse a las 2 o 3 semanas, y algo más tarde en los niños nacidos por cesárea. La exposición al aire del cordón umbilical contribuye a que este se seque. Está revestido por líquido amniótico, que en su interior presenta la gelatina de Wharton, la vena umbilical y 2 arterias umbilicales.

5.4.1 Tipos de ombligos.

- ✓ Normal: la piel de la pared abdominal llega hasta el punto de inserción del cordón umbilical o avanza alrededor de 0,5 cm por este.
- ✓ Amniótico: la piel de la pared abdominal no llega hasta el punto de inserción del cordón umbilical y la membrana amniótica recubre la porción de piel que falta.
- ✓ Cutáneo: la piel de la pared abdominal asciende por el cordón 1 cm o más. Debe diferenciarse de la hernia umbilical.
- ✓ Tanto el ombligo cutáneo como el amniótico cicatrizan espontáneamente y no requieren tratamiento, aunque la cicatriz puede no ser ideal desde el punto de vista estético.

5.4.2 Presencia de alteraciones menores del ombligo.

- ✓ Sangrado del cordón umbilical.
- ✓ Humedad o exudación umbilical.
- ✓ Desprendimiento tardío.
- ✓ Granuloma umbilical.

- ✓ Formación en forma de cereza pequeña, roja y húmeda en la cicatriz del ombligo, que se observa una vez que se ha caído el cordón.

5.4.3 Signos de onfalitis.

- ✓ Pus.
- ✓ Secreciones amarillentas y malolientes.
- ✓ Piel enrojecida alrededor del ombligo.
- ✓ Dolor al tocarla o manipular en la zona.
- ✓ Endurecimiento de la piel alrededor del ombligo.

5.4.4 Malformaciones.

- ✓ Arteria umbilical única.
- ✓ Onfalocele.
- ✓ Persistencia del huraco.
- ✓ Persistencia del conducto onfalomesentérico.

5.4.5 Cuidados de enfermería con el muñón del RN.

1. Realizar cura del muñón.

- ✓ Verificar la historia clínica.
- ✓ Identificar al paciente.
- ✓ Realizar un lavado de mano vigoroso.
- ✓ Preparar la bandeja y todo el material a utilizar durante el procedimiento.
 - Aplicadores estériles.
 - Recipientes para el desecho como:
- ✓ Frasco con alcohol al 90%.
- ✓ Trasladar el equipo para el lado del paciente.
- ✓ Colocar al RN en decúbito supino y descubrir la región abdominal.

- ✓ Levantar el muñón sin estirar, tomándolo por la punta para que quede expuesta la zona de transición entre el cordón y la piel normal.
- ✓ Aplicar alcohol con aplicadores estériles, en la zona de transición entre el cordón y la piel normal.
- ✓ Remover con suavidad cualquier vestigio de sangre, heces o suciedad que exista, utilizar los aplicadores que sean necesarios.
- ✓ No secar.
- ✓ No intentar desprender el cordón antes de que este se separe completamente.
- ✓ Acomodar al niño en posición cómoda.
- ✓ Registrar cualquier observación en la historia clínica.

2. Profilaxis para las infecciones del muñón.

- ✓ Evitar que el pañal no cubra la región umbilical.
- ✓ Curar con alcohol el muñón al menos 2 veces al día, una de ellas después del baño.
- ✓ Evitar el uso de productos como: yodo, talco o polvo.
- ✓ Si hace contacto con las heces, debe lavarse con agua y jabón, secar escrupulosamente y aplicar alcohol o el antiséptico que haya indicado el pediatra.

5.4.6 Cuidados de enfermería en el RN con alteraciones umbilicales.

- ✓ En caso de presentar un granuloma, se realiza cura con aplicaciones de nitrato de plata y ungüento antibiótico.
- ✓ Administrar nitrato de plata con mucha precaución, pues puede quemar la zona umbilical del RN, se recomienda usar alguna pomada antibiótica que rodee el borde umbilical con el objetivo de proteger la zona de su efecto.
- ✓ No usar yodopovidona, pues se absorbe a través de la piel fina, y puede producir alteraciones en la función del tiroides.

- ✓ Evitar factores que conduzcan al retraso en la cicatrización, como la humedad excesiva.
- ✓ Descartar afecciones o anomalías asociadas.

5.4.7 Evaluación de enfermería.

La humedad excesiva, la infección y, en definitiva, el mal cuidado, puede causar un retraso en todo el proceso. Si el retraso es muy prolongado (varias semanas) puede provocar un granuloma y debe descartarse la posibilidad de enfermedades asociadas como son: infecciones, problemas inmunológicos, entre otras, o cuidados inadecuados. Por tanto, los cuidados de enfermería van encaminados fundamentalmente a la profilaxis de todas estas complicaciones.

5.5 Examen físico.

En la atención integral de todo RN resulta de vital importancia tener en cuenta no solo los aspectos sociológicos, económicos y políticos que rigen el cuidado del niño, sino sus caracteres fisiológicos y su grado de madurez, además del crecimiento adecuado que se corresponda con su edad, tanto en la vida intrauterina como en la extrauterina.

Desde el período gestacional, el feto se prepara para enfrentar los bruscos cambios de la vida extrauterina; el parto, el cambio del líquido atmosférico y la capacidad de adaptación determinada por el grado de madurez, estas van a constituir agresiones para el RN, las que podrían traerle consecuencias en su posterior desarrollo si no se aplican correctamente las medidas y acciones pertinentes.

Después del parto se van a producir cambios, orgánicos y funcionales, son de gran importancia los que ocurren a nivel circulatorio y respiratorio, seguido del nivel nervioso, la hematopoyesis y la termorregulación.

5.6 Signos vitales.

La obtención de los signos vitales es un procedimiento de rutina por el personal de enfermería y es de crucial importancia para detectar alguna anomalía en el neonato. Cualquier RN se considera inestable, si sus signos vitales no están dentro de sus parámetros normales. Los signos vitales denotan un funcionamiento de los sistemas en el organismo, que permiten el mantenimiento de la vida, se considera un signo vital normal, cuando son constantes y concuerdan regularmente. Los signos vitales son: la temperatura, la frecuencia respiratoria, cardíaca y la tensión arterial.

5.6.1 Temperatura.

Es el grado de calor del cuerpo, como resultado del metabolismo celular. Los neonatos están predispuestos a la transferencia de calor al medio ambiente, debido a que poseen una escasa cantidad de grasa subcutánea. Existen 4 formas en que el RN, puede perder o ganar calor corporal a través del ambiente: evaporación, conducción, convección e irradiación.

Procedimiento para toma de temperatura:

1. Colocar al niño en decúbito lateral preferiblemente, si no está contraindicado.
2. Descubrir la región axilar.
3. Cerciorarse que el termómetro esté bien bajo.
4. Medir la temperatura axilar preferiblemente, para evitar la perforación del recto.
5. Colocar el termómetro, velando que quede su punta bien situada en la axila.

6. Sostener el brazo del niño con firmeza, pero suavemente, contra su costado durante el registro de la temperatura.
7. Mantener el termómetro en la axila durante 3 min.
8. Leer el termómetro una vez que se retira.
9. Colocar el termómetro en el recipiente destinado para ello.
10. Registrar el dato preciso en la historia clínica.

✓ Frecuencia cardíaca

1. Colocar al niño en decúbito supino preferiblemente, si no está contraindicado.
2. Descubrir el tórax del niño.
3. Flotar la campana para calentarla y que no haga contacto fríamente con la piel del RN.
4. Colocar la campana del estetoscopio contra la pared torácica, en el tercer o cuarto espacio intercostal por fuera de la línea mamilar izquierda.
5. Medir la frecuencia cardíaca al minuto.
6. Registrar los datos en la Historia Clínica.

5.6.2 Frecuencia respiratoria.

Es la función que permite la entrada de oxígeno y expulsión del dióxido de carbono. La respiración en el RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). La frecuencia respiratoria después de la primera hora de nacido, oscila entre las 30 y 60 respiraciones por minuto.

Procedimiento para tomar la frecuencia respiratoria

1. Colocar al RN en decúbito supino preferiblemente, si no está contraindicado.
2. Descubrir el abdomen del niño.
3. Observar y registrar los movimientos del abdomen.
4. Con el reloj en la otra mano se procede a contar los movimientos respiratorios en un 1 min.

5. Se recomienda repetir el procedimiento una vez más.
6. Registrar el dato en la historia clínica.

5.6.3 Frecuencia cardíaca.

Es la capacidad de la frecuencia y ritmo que tiene el corazón de bombear sangre a las demás células distantes en el organismo, para que se efectúe el intercambio de nutrientes y oxígeno. La frecuencia cardíaca en el RN oscila entre los 100 y 160 latidos por minuto.

5.6.4 Tensión arterial.

Es la fuerza que tiene el corazón para bombear sangre debido al mantenimiento de la elasticidad arterial y la resistencia periférica. La tensión arterial suele ser baja al nacimiento y está muy relacionada con el peso del RN.

Cuidados de enfermería en la medición e interpretación de los signos vitales

1. Identificar al paciente y sus características generales, edad gestacional, antecedentes en el parto u otras alteraciones.
2. Realizar un lavado de mano vigoroso, para evitar las infecciones cruzadas.
3. Comprobar el buen estado de los equipos antes de medir los signos vitales.
4. Preparar el equipo y todo el material previamente desinfectado a utilizar durante el procedimiento:
 - ✓ Bandeja.
 - ✓ Termómetro.
 - ✓ Esfigmomanómetro.
 - ✓ Frasco para colocar el termómetro limpio y sucio.
 - ✓ Torundas de algodón.
 - ✓ Recipientes para el desecho del material recuperable y desechable.
 - ✓ Lápiz o bolígrafo.

- ✓ Historia clínica.

Cerciorarse que el RN esté tranquilo y no esté llorando, pues de lo contrario se modifican algunos parámetros.

5.7 Riesgos éticos en torno a la atención del neonato crítico.

Los cuidados intensivos modernos permiten tener oportunidades para conservar el bienestar de los niños cuyo estado hacía impensables tales objetivos hace unos cuantos decenios. Sin embargo, al igual que en todo cambio, hay consecuencias imprevistas y no intencionadas, incluidas los riesgos éticos. Entre esto se puede mencionar.

5.7.1 Autorización para el tratamiento.

Los profesionales de salud que trabajan en la unidad de cuidados intensivos neonatales deben dedicar tiempo a evaluar la idoneidad del permiso para las medidas que pueden brindarse en la UCIN o el rechazo de estos.

Es frecuente que el personal limite la estrategia ideal de la toma de decisiones centradas en la familia, al contacto con estos, en la búsqueda de la firma de autorización que aprueban ciertos procedimientos. Desafortunadamente, en tal conducta se omite el punto central de la noción contemporánea de la autorización con conocimiento.

En la actualidad, hay consenso en el sentido que los profesionales de la salud deben cerciorarse de lo siguiente:

- ✓ Que quien otorgue la autorización tenga la capacidad mental (conocida en la ley como competencia) para entender lo que se le pide autorice.
- ✓ Que ese mismo individuo tenga información adecuada y comprensible sobre los beneficios, riesgo y opciones de la

intervención propuesta, lo que incluye la alternativa de que no intervenga.

- ✓ Que quien autorice los cuidados, comprendan plenamente la situación, lo que incluye sus beneficios, riesgos y opciones.
- ✓ Que la autorización se otorgue con libertad, sin la sensación de que el representante del cliente se vea forzado a aceptar un procedimiento o tratamiento que no desea. (13).

5.7.2 Problemas que suscita la omisión de tratamiento.

El derecho a la vida es sin duda alguna un derecho fundamental. Sin embargo, se puede preguntar con toda razón si existe una obligación concreta de hacer todo lo posible para proteger la vida humana o si se dan casos en los que se justifica éticamente no aplicar un tratamiento a un recién nacido defectuoso en forma notable.

El dilema ético de tratar o no tratar a un niño defectuoso de nacimiento, es consecuencia de los avances en salud. La medicina contemporánea ha desarrollado en forma impresionante los cuidados intensivos de los recién nacidos, con ello se puede salvar la vida de muchos gravemente defectuosos. Muchos niños prematuros sobreviven ahora sin daño físico o mental. Sin embargo, las mismas técnicas avanzadas salvan también vidas de niños con graves defectos de nacimiento que van a vivir luego con inhabilidades física y mentales, a veces por largos años sin la esperanza de llevar algún día una existencia independiente, compatible con la dignidad humana.

La posibilidad de salvar la vida de bebés gravemente inválidos ha causado problemas morales a los profesionales de salud, lo mismo que a los padres de familia.

5.7.3 Principio para escoger entre tratamiento y no.

Tratamiento.

La ley moral obliga a poner acciones que concreten con claridad el deber de obrar el bien en circunstancias específicas y de abstenerse de hacer el mal. La ética conoce estas dos clases de deberes con el nombre de deberes afirmativos y negativos.

En general el objetivo de una intervención en salud es prevenir la enfermedad, promocionar la salud, curar al paciente o al menos ayudar a vivir con su invalidez.

- En el caso de los niños defectuosos, la intervención de los profesionales de salud debe valerse de medios útiles para curar algunos desórdenes del bebé u ofrecer una razonable esperanza de ayuda para fortalecer las funciones vitales de tal suerte que sea posible en ulterior desarrollo y mejoría. No es sensato aplicarle medios inútiles.

Debe utilizarse términos como: “medios útiles y medios inútiles” en lugar de los términos “ordinario y extraordinario”. La razón es evitar confusión, pues la opinión general es entender que la aplicación de medios ordinarios es éticamente obligatorio y que sólo es lícito omitir los medios extraordinarios. Sin embargo, el hecho es que algunas veces el recurso a medios ordinarios, es decir corriente es inútil y por tanto no es razonable o moralmente obligatorio utilizarlos.

Hay que tener en cuenta que no es lícito dar muerte directa a un recién nacido defectuoso con el fin de evitar las excesivas molestias que implicaría cuidarle, sin embargo, sería muy difícil aplicar esta norma teórica a los casos concretos ya que los juicios se basan en conjeturas acerca de la eficacia de los tratamientos y de los sufrimientos y molestias que ellos pueden causar.

Cuando los especialistas juzgan que los esfuerzos por salvar la vida de un bebé defectuoso son desesperados, los padres no tienen nada más que apoyarse que al parecer de los profesionales de la salud competentes. Sin embargo, en otros casos estos profesionales pueden encontrarse dudosos con respecto a la eficacia de una intervención y la excesiva penalidad que dichos procedimientos puede acarrear en el niño y a sus padres. Cuando la duda recae sobre el hecho

y no sobre la existencia de la obligación hay que tomar el camino más seguro, es decir, hay que hacer un intento por salvar la vida del niño.

La doctrina tradicional (Papa Pío XII en discurso pronunciado el 24 de noviembre de 1957) afirma que uno no está obligado a usar medios extraordinarios, tratándose de intervenciones médicas para salvar o prolongar la vida propia. Esta declaración se refiere a la decisión de un adulto pero puede aplicarse los mismos principios a personas que están autorizadas para tomar una decisión con respecto al tratamiento de un niño. Estas personas deben ser objetivas y sinceras y no deben estar motivados en forma indebida por sus intereses y comodidades personales.

5.7.4 Existencia únicamente biológica.

Algunos recién nacidos sufren de defectos tan graves que existe poca esperanza de que sobrevivan o se desarrollen más allá de una vida solamente vegetativa, por ejemplo el recién nacido anencefálico. Significaría una falta de sensibilidad humana hacer especiales esfuerzos para prolongar la vida biológica de un niño en tales condiciones y por tanto el no tratarse sería una conducta éticamente justificable.

Esto no significa que el niño no va a recibir alimentación, ni comodidad alguna en la medida posible.

5.8 Eutanasia pasiva.

En el caso de los niños se han suscitado serios debates sobre quien decide la eutanasia pasiva. Para algunos son los padres quienes como guardianes del niño, deben decidir. Sin embargo los padres pueden al hacerlo, buscar no el bien del hijo sino liberarse de una carga social y económica. Otros creen que el Estado debe proteger la vida de todos y con mayor razón la de los niños.

Los padres de acuerdo con el profesional de salud deben decidir en estos casos, teniendo en cuenta siempre el bien del paciente y no otros intereses. Si no hay acuerdo entre ellos debe buscarse la consulta de un comité ético o la ley.

5.9 Donación de órganos.

Los niños pueden convertirse en donadores de órganos de igual manera que los adultos. Esto incluye la opción relativamente nueva de la donación de órganos de pacientes sin latido cardíaco cuando se interrumpe de manera “electiva” el sostén vital. Todavía no se sabe si esta opción puede incrementar de manera considerable el abasto de órganos o si resultará aceptable para los padres.

6 ESCALAS DE VALORACIÓN.

6.1. Valoración clínica del RN.

Primer examen: se realiza inmediatamente después del nacimiento, en el período inicial de reactividad (salón de partos), cuando se aplica el sistema de puntuación de Apgar, que permite una evaluación rápida y veraz de la vitalidad del neonato.

6.1.1. Calificación APGAR.

La evaluación de la salud del bebé comienza de inmediato. Una de las primeras revisiones que se realiza es el examen de APGAR. El examen de APGAR es un sistema de puntuación ideado por la Dra. Virginia Apgar, una anesthesióloga, para evaluar la condición del recién nacido al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. El médico y las enfermeras evalúan las señales siguientes y asignan una puntuación según el resultado:

- **A:** Actividad: tono muscular. El bebé nace con las extremidades encogidas y debe resistirse a cualquier intento por estirárselas.
- **P:** Pulso: se ausculta el corazón del bebé.
- **G:** Reflejos: irritabilidad refleja. Respuesta al tubo de succión o al golpe con la mano que se le da en las plantas de los pies.
- **A:** Aspecto: color de piel. Todos los bebés nacen azulados y van cambiando a color rosado poco después de la primera respiración.
- **R:** Respiración: Un bebé maduro llora espontáneamente a los 30 segundos del nacimiento. Al minuto uno, el bebé mantiene rápidas respiraciones regulares.

Se considera normal una puntuación de 7 a 10. Una puntuación de entre 4 y 6 puede indicar que el niño necesita alguna maniobra de resucitación (oxígeno) y una cuidadosa monitorización. Una puntuación de 3 o menor indica que el bebé necesita de inmediatas maniobras de resucitación y socorro.

Actualmente es utilizada universalmente por todos los pediatras que atienden los partos.

6.2. Segundo examen.

Se realiza en el tiempo correspondiente al período de relativa inactividad y al segundo período de reactividad (alojamiento conjunto), en el que la enfermera observa el comportamiento del neonato, su coloración y los signos vitales.

6.3 Tercer examen.

Consiste en un examen físico completo del neonato cuando ya se encuentra estabilizado.

6.3.1 Características generales del RN normal.

-Aparato respiratorio

En la vida intrauterina los alveolos pulmonares están distendidos, se encuentran llenos de trasudados producido por los capilares pulmonares. El RN realiza movimientos para contribuir al desarrollo de los músculos intercostales y el diafragma, necesarios para mantener la respiración después del nacimiento.

Al expandirse el tórax en el momento del parto, se produce la expulsión de una parte de esa trasudación y el resto es reabsorbido por los linfáticos pulmonares.

La expansión del tórax, el primer llanto, el reflejo propioceptivo del frío y la exposición del aire, hacen que los bronquios se llenen de aire, y se rellenen los alveolos pulmonares. Posteriormente se libera el surfactante, sustancia tensa activa producida y almacenada por los neumocitos II, que reduce la tensión superficial, para evitar el colapso alveolar con la espiración.

-Aparato cardiovascular.

En la vida extrauterina se produce un cese de la circulación placentaria provocado por la ligadura del cordón umbilical y la primera respiración pulmonar. En el momento del nacimiento aumenta el flujo sanguíneo a los pulmones, al disminuir la resistencia vascular pulmonar producida por la inflación mecánica de los pulmones, junto al aumento de la presión parcial de oxígeno en los vasos pulmonares, que en la vida fetal es de 35 mmHg y alcanza hasta 95 mmHg. Ocurre una rápida constricción y cierre funcional del conducto arterioso muscular en las primeras 24 h por el aumento de la PaO₂. Además, se producen cambios

de presión intracardiaca en los primeros días del nacimiento, tales como: disminución de la presión auricular derecha y aumento de la presión auricular izquierda por el aumento del flujo sanguíneo de retorno que provoca el cierre funcional del foramen oval, por los cambios de presión. Debido a estos cambios comienza entonces la circulación mayor en el organismo.

-Aparato digestivo:

El RN tiene casi todas las enzimas necesarias para iniciar su digestión, el estómago tiene forma tubular y en posición vertical, con capacidad para 20 o 30 mL, por lo que es muy frecuente la tendencia al reflujo gastroesofágico, además de la presencia de aire que penetra al tubo digestivo con las primeras respiraciones. El vaciamiento gástrico ocurre aproximadamente cada 2 o 3 h.

Las primeras deposiciones ocurren en las primeras 24 a 48 h de vida, y se le denomina meconio; se expulsa aproximadamente una cantidad entre 80 y 100g. Este contenido que tiene como característica un color oscuro y pastoso es producto de la digestión del líquido amniótico en la vida intrauterina.

El intestino tiene una longitud de 3 m de largo, con una musculatura poco desarrollada, gran amplitud de superficie de absorción y poco desarrollo del sistema autónomo. Es normal que el RN presente diarrea postprandial los primeros 3 meses, debido a la hipervagotonía intestinal.

El hígado presenta una ligera inmadurez de la enzima glucuronil transferasa, en los primeros 3 o 4 días, lo que provoca con mucha frecuencia una coloración amarilla de piel y mucosa en el RN, que se denomina ictericia fisiológica. Además, existe un déficit de síntesis de protrombina y proconvertina, lo cual unido al déficit de vitamina K, puede desencadenar la enfermedad hemorrágica del RN, entre el segundo o el cuarto día.

-Sistema nervioso

El cerebro del recién nacido es grande y con una inmadurez marcada, con escasa mielina y deficiente vascularización del tejido nervioso, esto se pone de

manifiesto mediante la conducta neurológica. Sin embargo, el sistema vegetativo se encuentra más desarrollado, por lo que el neonato tiende a la irritabilidad, la regurgitación, los vómitos, la hipertoniá, las respuestas vasculares de la piel y la presencia de movimientos espontáneos, torpes e incoordinados.

-Sistema hemolinfopoyético

La hemoglobina fetal presenta gran afinidad por el oxígeno y lo extrae de la hemoglobina materna, pero no aporta el oxígeno a los tejidos fácilmente. Posterior al nacimiento comienza el cambio de hemoglobina fetal a la adulta. La producción de hematíes se encuentra disminuida en las primeras 6 u 8 semanas de vida por el aumento de la PO₂, con las primeras respiraciones.

-Aparato genitourinario

La capacidad del riñón aumenta en la vida posnatal de acuerdo con las necesidades del organismo. En esta etapa los riñones constituyen el órgano de excreción y regulación de la acidez de la sangre, son de tamaños grandes, lobulados bajos y se puede, palpar el polo inferior derecho.

La vejiga tiene una capacidad de 40 a 50 mL en los primeros días de vida, después va aumentando y en la primera semana alcanza aproximadamente 200 mL. La primera micción ocurre en las primeras 24 h de nacido, rara vez se puede presentar entre los 48-72 h. El riñón funciona en forma completa alrededor del año de vida, es probable encontrar sedimento urinario con restos epiteliales, hematíes, ácido úrico y abundantes sales de urato que suelen teñir el panal de rojo al descomponerse.

-Sistema inmunológico

El feto en el útero se encuentra en un ambiente estéril, al pasar a la vida extrauterina se pone en contacto con antígenos, que le sirven de gran estímulo para desarrollar mecanismos inmune específicos e inespecíficos, aunque de manera deficitaria. El RN maduro, y más aún el pre término, es inmunológicamente deficiente, por lo que tiene un aumento de riesgo de contraer

infecciones en este período de vida. Esta deficiencia inmune incluye la inmunidad celular, la humoral y la inespecífica.

6.4 Ponderaciones y mensuraciones.

Son medidas antropométricas que permiten la evaluación del crecimiento del RN y su estado nutricional, son muy útiles para clasificar el RN y permite descartar algunas alteraciones. Las mediciones pueden influenciarse por múltiples factores, una vez que se obtengan estos datos se compara con las curvas de valores normales, las que nos dan la medida del desarrollo alcanzado por el neonato.

6.4.1 Peso.

Es el resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos, es la medida antropométrica más utilizada. Se obtiene mediante el empleo de una báscula para su uso en incubadoras o bien para lactantes. Durante los primeros días de vida el RN sufre la pérdida fisiológica, que alcanza del 10 al 12 % del peso al nacer, debido a la pérdida de líquido.

6.4.2 Longitud.

Es una mensuración que resulta de la medición de la longitud del cuerpo humano a todo lo largo del RN, muy útil para diagnosticar retraso del crecimiento o prematuridad.

6.4.3 Circunferencias

Los diferentes tipos de mediciones de circunferencia en el RN están dadas por la cefálica, torácica y abdominal, reportan datos muy fiables para el cálculo de la edad gestacional y para la valoración de algunas identidades patológicas.

Cuidados de enfermería durante la exploración física

- Precisar las características generales del RN.
- Realizarse un lavado de mano vigoroso para evitar las infecciones cruzadas.
- Preparar una mesa auxiliar equipada con todo el material útil y desinfectado para la realización de la exploración física:
 - ✓ Cinta métrica.
 - ✓ Torundas o motas de algodón.
 - ✓ Termómetro.
 - ✓ Depósitos para materiales desechables.
 - ✓ Guantes estériles (en caso que sea preciso utilizarlo).
 - ✓ Registro de anotación.

El procedimiento consiste en:

- Cerciorarse que la temperatura del ambiente sea adecuada y el niño regule la temperatura corporal.
- Si está desnudo emplear menos tiempo que si estuviera vestido, en cuna térmica o en incubadora.
- Utilizar manos tibias, manipulación gentil, hablar tranquilo, para evitar estimular el llanto.
- Referir fecha y hora de la exploración.
- Realizar exploración en sentido céfalo caudal.
- Utilizar los mismos métodos de exploración, pero en un orden de acuerdo con el estado del niño y la ocasión.
- Tener a mano objetos que nos ayuden a calmar al RN.
- Propiciar la presencia de los padres, para facilitar una adecuada familiarización con el niño.
- Reflejar en la historia clínica lo observado durante la exploración y resaltar las alteraciones, si existieran.

6.5. Cuidados de enfermería durante las mensuraciones y ponderaciones

Enfermería debe tener un correcto cuidado en el tratado de ponderaciones y mensuraciones, ya que este factor es de gran importancia para conocer el estado de desarrollo del recién nacido y su evolución constantemente.

6.5.1. Precauciones con el peso del RN.

- Realizar una desinfección de la pesa, primero con agua y jabón, y posteriormente desinfectar con alcohol.
- El enfermero debe familiarizarse con la balanza.
- Poner en fiel la pesa o balanza, controlar su calibración. Se debe utilizar un pañal o papel limpio, luego ponerla en fiel después de haberlo colocado.
- El niño durante la pesada debe estar desprovisto de ropa u objeto que alteren el peso real.
- Colocar al niño en posición supina, en el centro de la balanza previamente ajustada.
- El local debe tener suficiente iluminación y una climatización adecuada que impida el enfriamiento. Evitar las corrientes de aire.
- Cerciorarse que los pies o las manos no toquen la superficie en que se apoya la pesa.
- Realizar lectura con precisión.
- Registrar el peso en la historia clínica.

Precauciones con la longitud supina del RN

- La superficie debe ser horizontal, plana y rígida.
- La cinta métrica inextensible debe ser graduada en centímetros y milímetros.

- La superficie vertical fija debe coincidir con el 0 de la cinta.
- Se recomienda realizar la técnica con un ayudante.
- Colocar al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana, haciendo coincidir su línea media sagital con la línea media del tallímetro.
- Mantener la cabeza en contacto con el plano vertical fijo, y procurar que el vértex quede en contacto con la parte fija en el cero de la cinta métrica.
- Sostener la cabeza por ambos mastoides.
- Estirar las piernas y mantener los pies en ángulo recto, sostener ambas rodillas con la mano izquierda, para evitar su separación o flexión, y hacer presión sobre la cara externa de las piernas, para juntar los talones.
- Deslizar la superficie vertical móvil hasta que esté en contacto con los talones del niño.

6.5.2 Precauciones con las circunferencias del RN.

- Colocar al niño en decúbito supino.
- Utilizar cinta métrica inextensible y graduada en centímetros y milímetros.
- Situar el 0 de la cinta en el lado izquierdo del cuerpo.
- Realizar 2 o 3 lazadas, para comprobar el mayor perímetro.
- En el caso de la circunferencia cefálica se debe colocar la cinta en la frente, por la parte ancha de la cabeza y por detrás por la protuberancia occipital externa.
- En la circunferencia torácica se debe colocar la cinta en la línea media de las mamas y debe rodear todo el cuerpo.
- Al medir la circunferencia abdominal se debe colocar la cinta alrededor de la región umbilical.
- Ajustar bien la cinta, hacer presión antes de realizar la lectura.

El RN es un resumen de convergencia y su evolución está íntimamente unida a la historia gestacional, la herencia familiar y a la adaptación de los cambios

bruscos que le implica la vida, como la adaptación traumática del parto, el cambio de un medio líquido al atmosférico y la capacidad de adaptación determinada por su madurez. Es de extremo valor para el personal de enfermería que trabaje con neonatos, el ser capaz de hacer una evaluación básica, que permita identificar el estado del RN y reconocer las posibles alteraciones.

6.6 Aspectos a evaluar en el examen físico

En su apariencia general, el recién nacido a término tiene una actividad variable según su estado general. En reposo se presenta con sus extremidades fletadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición de reflejo tónico-nuca: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendidas y las contralaterales en flexión. La postura también está influida por la posición intrauterina.

Indica normalidad: llanto vigoroso, respuesta a los estímulos y buena apariencia.

Indica alteración: estado hipotónico, irritabilidad, quejidos, llanto agudo, débil y gruñidos.

-Piel

Usualmente la piel del RN es de un color rosado y suave, con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN pos término es mucho más marcada. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.

- Color.

Indica normalidad: coloración rosada o rojiza cuando llora (tener en cuenta raza).

Indica alteración: presencia de palidez, cianosis, ictericia, equimosis, petequias.

- *Textura*

Indica normalidad: textura lisa, lanugo en espalda, vermis seco con algo de descamación, presencia de eritema tóxico o pliegue que desaparece de inmediato.

Indica alteración: descamación o agrietamiento excesivo, aspereza, impétigo, hemangioma o pliegue que permanece.

- *Cabeza*

La forma y el tamaño es grande en relación con el resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea. Indica normalidad: si es parto vaginal es de forma alargada, si es parto por cesárea es redonda y simétrica.

Indica alteración: presencia de caput succedaneum, cefalohematoma, hidrocefalia, microcefalia.

- *Fontanela.*

La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro, es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm.

Indica normalidad: cuando son planas, suaves y firmes.

Indica alteración: cuando están abultadas, hundidas, la anterior es pequeña o *la posterior está aumentada de tamaño.*

- *Ojos.*

Con frecuencia están cerrados, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo y la pupila debe responder a la luz.

Indica normalidad: edemas en párpados, sin lágrimas, presencia de hemorragias subconjuntivales y esclerales que no requieren de tratamiento.

Indica alteración: elevación o ptoσίs palpebral, pupilas desiguales, dilatadas o contraídas, opacidades de la córnea y el cristalino.

- Nariz.

Está ubicada en la línea media. El neonato es preferentemente respirador nasal y debe confirmarse su permeabilidad.

Indica normalidad: simetría en relación con los ojos y boca, conductos nasales permeables.

Indica alteración: ubicación y configuración anormal, conductos nasales obstruidos o aplanada.

-Boca.

Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos.

Indica normalidad: labio, encía y paladar intacto, quistes epiteliales (perlas de Epstein), lengua en línea media, móvil, tamaño adecuado para la boca.

Indica alteración: labio y paladar hendido, parches blancos en lengua, encías con membranas mucosas, lengua de gran tamaño o que sobresale.

-Orejas.

Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones en otro lugar del organismo. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca. El neonato es capaz de oír y se sobresalta, haciendo el reflejo Moro.

Indica normalidad: cartílago bien formado, tamaño adecuado para la cabeza, conducto auditivo externo permeable.

Indica alteración: gran tamaño, sin fuerza y prominente. Mal formado, posición baja y obstrucción del canal.

-Cuello.

Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen.

Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asinetismo).

Indica normalidad: cuello corto o grueso.

Indica alteración: cuello membranoso, anormalmente corto, movimiento limitado, bocio, quistes tiroideos y hematomas del esternocleidomastoideo.

-Tórax

Observar su forma, se expande de forma simétrica. Se palpan las clavículas de superficie lisa y uniforme.

Indica normalidad: cuando es redondo, asimétrico y la apófisis xifoidea es prominente. Las clavículas están intactas.

Indica alteración: cuando es asimétrico o tiene forma de embudo y presenta menor movimiento de alguna extremidad.

-Corazón.

El ápex está lateral a la línea medio clavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos ejetivos que son transitorios. Todo soplo que persiste por más de 24 h o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado.

Indica normalidad: frecuencia de 120 a 160 latidos por minutos y un ritmo regular.

Frecuencia más rápida cuando llora (hasta 180 latidos por minuto). Más lenta cuando duerme (menos de 100 latidos por minuto).

Indica alteración: taquicardia mayor de 160 latidos por minuto en reposo y más de 120 latidos por minutos durante el sueño, soplo que persiste más de 24 h, arritmias.

-Mamas.

Los nódulos mamarios son palpables en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.

Indica normalidad: simetría, pezones erectos, segundo y tercer día con congestión frecuentemente.

Indica alteración: zonas enrojecidas y firmeza en torno al pezón.

-Abdomen

Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a destres respiratorio. Los órganos abdominales son fácilmente palpables.

Indica normalidad: cuando es simétrico, ligeramente prominente y sin abultamientos.

Indica alteración: cuando es escafoides o cóncavo, asimétrico, con abultamientos, si se encuentra distendido o existe visceromegalia.

-Ombigo y cordón umbilical.

Debe tener 3 vasos: 2 arterias y 1 vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto al quinto días y cae entre el séptimo y décimo días. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo).

Indica normalidad: necrosis del cordón.

Indica alteración: enrojecimiento en el borde del cordón, granuloma, aumento de tamaño, onfalocéle, pólipo umbilical.

-Ano y recto.

Se debe examinar pasando una sonda para descartar alguna anomalía en la permeabilidad u obstrucción, y normalmente se elimina el meconio antes de las 48 h.

Indica normalidad: cuando el ano es permeable.

Indica alteración: imperforación o fisuras.

-Genitales.

Masculinos: en el RN a término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

Femeninos: hacia el término de los labios mayores, estos cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede ser protruyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contiene sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados y cubren a la vagina.

Indica normalidad: labios edematosos, vermis en los pliegues, uretra que abre en la punta del pene y testículos palpables en cada saco escrotal.

Indica alteración: hematomas, lesiones. Fusión de los labios. Uretra que abre en la cara dorsal del pene (hepispadía) y en la ventral (hipospadía). Testículos palpables en el canal inguinal o no palpable.

-Extremidades.

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función, de igual longitud. Las rodillas deben encontrarse a la misma altura. Presencia de los pliegues del glúteo y no debe presentar resistencia ni limitación a la aducción.

Indica normalidad: tamaño, forma y movimientos simétricos. Los pies sin desviación postural no corregible.

Indica alteración: desigualdad, tamaño o forma anormal, movimientos asimétricos, limitación en una o más extremidades, ausencia de huesos, pie bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes mal formativos, fracturas, ruido al efectuar la abducción de la cadera.

-Examen neurológico.

Se evalúa la actitud general y tono muscular de RN, así como la simetría de los movimientos, postura y tono muscular, para descartar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños a término. Es de vital importancia la exploración detallada de los reflejos primarios.

6.7. Aspectos a valorar en la respiración.

El RN presenta movimientos respiratorios normales, la respiración es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, debe hacer sospechar alguna enfermedad.

Indica normalidad: frecuencia respiratoria de 40 a 60/min, respiración tranquila, poco profunda. Los ruidos respiratorios son fuertes e iguales en ambos campos.

Indica alteración: retracción, jadeo, quejidos, llanto, respiración rápida prolongada, apnea de más de 10 segundos. Ruidos respiratorios disminuidos, aumentados o ausentes.

6.8. Valoración de Silverman.

La valoración de Silverman-Anderson es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determina la presencia o ausencia de dificultad respiratoria.

Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1 o 2 luego, se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria.

Valora:

- ✓ Aleteo nasal.
- ✓ Quejido respiratorio.
- ✓ Tiraje intercostal.
- ✓ Retracción esternal.
- ✓ Disociación toraco - abdominal.

Es una herramienta muy útil y práctica tanto para la evaluación inicial de nuestro paciente así como para valorar los cambios tras la administración del tratamiento adecuado.

6.9. Valoración por Capurro.

En neonatología, el test de Capurro (o método de Capurro) es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo

de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

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

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

Cuando el niño/a tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológicas, se utiliza para obtener la edad gestacional.

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

6.9.1 Parámetros a valorar.

Forma de la oreja (Pabellón)	Aplanada, sin incurvación 0 pts.	Borde superior parcialmente incurvado 8 pts.	Todo el borde superior incurvado 16 pts.	Pabellón totalmente incurvado 24 pts.	—
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable 0 pts.	Palpable menor de 5 mm 5 pts.	Palpable entre 5 y 10 mm 10 pts.	Palpable mayor de 10 mm 15 pts.	—
Formación del pezón	Apenas visible sin areola 0 pts.	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata 5 pts.	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado 10 pts.	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado 15 pts.	—
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa 0 pts.	Fina, lisa 5 pts.	Más gruesa, discreta, descamación superficial 10 pts.	Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies 15 pts.	Gruesa, grietas profundas apergaminadas 20 pts.

Pliegues plantares	Sin pliegues <input type="text" value="0 pts."/>	Marcas mal definidas en la mitad anterior <input type="text" value="5 pts."/>	Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior <input type="text" value="10 pts."/>	Surcos en mitad anterior <input type="text" value="15 pts."/>	Surcos en más de la mitad anterior <input type="text" value="20 pts."/>
---------------------------	---	--	--	--	--

7 EL VÍNCULO CON EL BEBÉ

Tener un bebé y convertirse en mamá y en papá es una experiencia maravillosa e inédita, que invita a inventarse en este nuevo rol, es decir, brinda la oportunidad de ejercer la maternidad y la paternidad, poniendo un sello

El rasgo esencial de la vinculación afectiva es que los dos participantes tienden a estar juntos. Si, por alguna razón, están apartados, más tarde o más temprano buscarán alguna razón para estar juntos. En este sentido, podemos afirmar que:

- Mantener el vínculo es enamorarse.
- Perder el vínculo comporta pena, pesadumbre por la pérdida.
- La amenaza de perder el vínculo crea ansiedad.
- La amenaza y la pérdida del vínculo comporta ira.
- El mantenimiento fuerte del vínculo aporta seguridad.

- La renovación del vínculo provoca alegría. Volquemos ahora todos estos sentimientos en la relación madre- hijo tras el parto. Cuando el bebé acaba de nacer y se pone piel con piel con su madre, ambos se enamoran: se miran, se tocan, se besan, etc. Al separar al bebé de su madre, éste experimenta una fuerte sensación de ansiedad (se ha demostrado que los niveles de cortisol en saliva aumentan considerablemente). A esta sensación, le sigue la ira: llanto constante, fuertes movimientos de brazos y piernas, etc. Cuando volvemos a colocar al niño sobre la madre, se renueva el vínculo, y suponemos que el bebé experimenta una fuerte sensación de alegría. El mantenimiento de este vínculo proporciona seguridad al bebé, algo que le ayudará en el desarrollo de su inteligencia.

7.1 Contacto piel con piel.

El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido en el parto tiene diversos beneficios para la madre y el recién nacido.

El contacto piel con piel temprano, consiste en colocar al recién nacido, desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. El fundamento para el contacto piel con piel se basa en estudios realizados en animales, en lo que se demostró que ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat. En la biología de los mamíferos, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a una lactancia satisfactoria, y por lo tanto a la supervivencia. En los estudios con roedores, las crías que recibían menos atención de sus madres fueron las que presentaron problemas mentales y de salud a lo largo de su vida.

En los seres humanos, la separación de rutina poco después del nacimiento es puramente propia del siglo XX. Esta práctica diverge de la historia evolutiva, donde la supervivencia del neonato dependía del contacto materno íntimo y prácticamente continuo. El contacto piel con piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor, y el olor, es un potente estimulante vagal que,

entre otros efectos, libera oxitocina materna. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido. La oxitocina antagoniza el efecto de la lucha/huida, lo que reduce la ansiedad materna, y aumenta la tranquilidad y la receptividad social. Durante las primeras horas después del nacimiento, es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza.¹ Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el RN.

La postura más adecuada sería colocar a la madre reincorporada, abrazando a su hijo, en un ángulo próximo a los 45°, con el RN en posición prona entre sus pechos. El RN puede mantener las extremidades abiertas y flexionadas, y la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, y evitando la flexión e hiperextensión del cuello. En todo momento, se debe favorecer el contacto visual entre madre-hijo.

7.2 Primeras inmunizaciones del bebé.

Tras el nacimiento los niños se colonizan con bacterias. Resulta ventajoso que el recién nacido se colonice con las bacterias cutáneas maternas y no por las bacterias de los asistentes hospitalarios.

Hay que animar al amamantamiento temprano, a ser posible en la primera hora posparto. Esta estimulación sobre el pezón por el niño promueve la lactancia y además ayuda a que se contraiga el útero y con esto se disminuya la pérdida sanguínea posparto.

El momento de la primera vez dependerá de cuando el bebé esté listo para comer y esto generalmente sucede a los 30 minutos después del nacimiento.

7.3 La comunicación con el bebé.

La intuición y el sentido común de la madre serán los instrumentos principales para favorecer esta función, más que la razón y el pensamiento. Es la conexión corazón a corazón, cuerpo a cuerpo, la que marca el ritmo de los encuentros entre la mamá y su hijo. Estas primeras experiencias irán modelando las futuras.

Las acciones básicas que favorecen el vínculo en el primer año de vida deben estar centradas en:

- ✓ Aprovechar toda actividad de la vida cotidiana para favorecer el encuentro y el contacto con el bebé, como la hora de la alimentación, la higiene, el baño, el tiempo de ir a dormir, etc.
- ✓ Hablarle, cantarle, es decir, buscar relacionarse a través de sus conductas.
- ✓ Dejarse conocer por el bebé: que nos toque, nos tire del pelo, nos descubra, nos reconozca.

7.4 Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y asfixia accidental.

El SMSL es un diagnóstico al que se arriba cuando un bebé menor de un año fallece repentinamente por causas que no se pueden determinar, incluso luego de haber realizado una exhaustiva investigación médica y legal que incluya una autopsia, la revisión de la historia clínica del bebé, etc.

Si bien no es posible prevenirlo, hay recomendaciones que reducen las posibilidades de que el bebé lo padezca:

- ✓ El bebé debe dormir boca arriba: estadísticas provenientes de distintos países indican que a partir de esta recomendación se redujeron a más de un 50 por ciento los casos de muerte súbita. Si bien antes se colocaba a los bebés boca abajo o de costado para dormir,

actualmente ninguna de estas dos posiciones es recomendable, siendo la de boca abajo la más riesgosa.

- ✓ El colchón donde duerme el bebé debe ser firme y del mismo tamaño de la cuna.
- ✓ Para mayor seguridad, el bebé debe compartir la habitación de los padres.
- ✓ No colocar ningún tipo de objeto dentro de la cuna (almohada, nido, rollo, chichonera, edredones, colchas, frazadas gruesas o juguetes). Las chichoneras, almohadones y productos similares que se adhieren a los barrotes o lados de la cuna son frecuentemente utilizados con la idea de proteger a los niños de una lesión, sin embargo, reducen la circulación de aire en la cuna y pueden provocar sofocación o estrangulamiento.
- ✓ La cuna clásica de madera con barrotes es la mejor opción.
- ✓ Tapar al niño hasta las axilas con los brazos por fuera de la ropa de cama y sujetar con firmeza la ropa de cama.
- ✓ Evitar el exceso de abrigo.
- ✓ El ambiente donde duerme el bebé debe estar a una temperatura moderada.
- ✓ Ofrecer el chupete para dormir, cuando la lactancia esté bien establecida: según distintos estudios, el uso del chupete tiene un efecto protector con respecto al SMSL. El uso del pulgar también estaría asociado con una reducción de los riesgos.
- ✓ Realizar los controles periódicos durante el embarazo.
- ✓ No fumar durante el embarazo.
- ✓ No exponer al niño al humo del tabaco.
- ✓ Promover la lactancia materna.
- ✓ Utilizar la silla de seguridad para auto exclusivamente para viajar en un vehículo. Esta recomendación se debe a que en ocasiones se utilizan estos dispositivos fuera del auto para dormir al bebé y esto aumenta los riesgos de SMSL.
- ✓ Mantener completa la vacunación.

7.5 Accidentes para el recién nacido.

Se debe tener en cuenta distintos factores a la hora de acondicionar la casa para prevenir accidentes domésticos con el bebé.

- ✓ La base de la cuna o moisés debe ser firme. Es importante asegurarse de que no se de vuelta o se desarme.
- ✓ Las barras de las cunas no deben estar separadas por más de seis centímetros para que la cabeza del bebé no pueda pasar entre ellas.
- ✓ El bebé debe dejar el moisés para pasar a la cuna cuando pese más de 4,5 kg.
- ✓ Se recomienda que el colchón sea firme y que encaje perfectamente en la cuna. Es ideal que el colchón esté cubierto con una tela de fácil limpieza. En caso de que esta tela sea impermeable o de plástico, colocar otra tela de algodón por encima para que tu bebé no esté sobre la humedad que puede causar su transpiración o saliva.
- ✓ Las almohadas son innecesarias en las cunas de los recién nacidos, así como los muñecos de peluche, porque pueden resultar peligrosos.
- ✓ Nunca dejar al bebé solo (ni siquiera por un instante) sobre ninguna superficie que esté por encima del nivel del piso, porque puede deslizarse y caer.
- ✓ Colocar la mesa para cambiarlo sobre la alfombra o una carpeta y contra la pared (nunca contra la ventana) para evitar que se deslice.
 - Tener a mano todo lo que se necesita al así no se deja al bebé solo sobre la mesa.
- ✓ Para bañar al bebé, utilizar una bañera de plástico. Si se prefiere, bañarlo en la pileta de la cocina, asegurarse que el área esté limpia.
- ✓ Al viajar en auto colocar al bebé en un asiento especial de bebés para autos. Asegurarse que esté bien sujeto y no dejar de colocarle el cinturón de seguridad correspondiente.

7.6 Las primeras comidas del bebé.

Durante los primeros 6 meses de vida del bebé, la alimentación ideal es la leche materna en forma exclusiva, es decir pecho y solamente pecho. Al llegar a los 6 meses, se iniciará la introducción de las primeras papillas.

Se ha demostrado, mediante estudios realizados en las últimas décadas, que la lactancia materna posee los mayores beneficios, ya que protege al bebé de muchísimas infecciones y se reconoce una disminución de diarreas, otitis, catarrros y alergias en los bebés alimentados de esta forma. No hay ningún otro alimento que pueda imitar sus cualidades.

La lactancia no sólo beneficia al bebé, también beneficia a la madre, ya que permite que el útero recupere de manera más rápida su tamaño normal. Esto le permite a la mujer recuperar el cuerpo que tenía antes del embarazo.

Si por algún motivo la lactancia natural no fuera posible, el bebé debe tomar leche de fórmula, maternizada (leche de vaca modificada y enriquecida similar a la leche materna) durante sus primeros seis meses.

Si el aumento de peso del bebé es normal y crece bien, no necesita de otro alimento antes de esa edad.

No hay que apurarse para darle al bebé alimentos sólidos antes de los 6 meses. Al llegar a esta edad se puede empezar con las primeras papillas.

7.7 Desarrollo del recién nacido.

Los bebés se llaman recién nacidos durante su primer mes de vida. Aunque el recién nacido duerme mucho, se observan cambios importantes en las cinco áreas principales de desarrollo.

Desarrollo físico. Observar cómo su bebé aumenta de talla es parte de la diversión de ser flamantes padres. No se alarme si su recién nacido baja algo de peso poco después de nacer. Este peso suele recuperarse dentro de los 10 o 12 días. La mayoría de los recién nacidos aumentan, aproximadamente, entre 4 onzas (113 g) y 8 onzas (227 g) a la semana, y crecen alrededor de 1 pulgada (2.5 cm) a 1.5 pulgadas (3.5 cm) durante el primer mes.

Desarrollo cognitivo. La cognición es la capacidad de pensar, de aprender y de recordar. El cerebro de un recién nacido se desarrolla rápidamente. Usted estimulará un crecimiento saludable del cerebro cada vez que interactúe en forma positiva con su bebé.

Desarrollo emocional y social. Los recién nacidos aprenden rápidamente a comunicarse. Buscan interactuar con usted y expresar cómo se siente con sonidos y expresiones faciales. Al principio, las conductas instintivas, como llorar cuando se siente incómodo, son las formas que su bebé tiene de expresar sus necesidades. Pronto, su recién nacido comenzará a comunicarse sutilmente y a interactuar con usted. Por ejemplo, los ojos de su bebé seguirán sus movimientos. Y su cara se iluminará cuando lo acune y le hable con dulzura. Incluso cuando solo tenga unos días, su bebé podría intentar imitarlo cuando saca la lengua.

Desarrollo del lenguaje. Su recién nacido escucha y absorbe los sonidos básicos y característicos del lenguaje. Este proceso forma la base del habla.

Desarrollo de habilidades sensoriales y motoras. Los recién nacidos tienen los cinco sentidos. Su recién nacido aprende rápidamente a reconocer su cara, el sonido de su voz y su olor. El sentido del tacto de su recién nacido está muy desarrollado, especialmente alrededor de la boca. Su bebé también tiene un fuerte sentido del olfato. Después de algunos días, su recién nacido oye bastante

bien, y la respuesta a sonidos agudos y fuertes será muy evidente. Su bebé reconoce y prefiere los sabores dulces y no los agrios, los amargos o los salados. La visión se desarrolla rápidamente, pero se cree que es el sentido más débil. Las habilidades motoras se desarrollan a medida que los músculos y los nervios de su bebé trabajan juntos. Los movimientos son mayormente controlados por los reflejos, como el reflejo de búsqueda, que es cuando un recién nacido gira la cabeza y "busca" con la boca lo que lo tocó. Cuando el bebé está alerta, aprieta fuerte los puños de las manos.

En la mayoría de los casos, el desarrollo del bebé se divide en las siguientes áreas:

- ✓ Cognitiva
- ✓ Lenguaje
- ✓ Física, como motricidad fina (sostener una cuchara, empuñar pinzas) y motricidad gruesa (controlar la cabeza, sentarse y caminar)
- ✓ Social

7.7.1 Desarrollo físico durante su primer par de meses.

El desarrollo físico de un bebé comienza en la cabeza y luego progresa a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, el acto de chupar precede al acto de sentarse y éste a su vez precede al acto de caminar.

Recién nacido hasta los 2 meses:

El bebé puede levantar y voltear la cabeza cuando está acostado boca arriba.

El bebé empuña la mano y flexiona los brazos.

El cuello no es capaz de sostener la cabeza al jalar al niño para sentarlo.

7.8 Reflejos primitivos del recién nacido.

Los reflejos primitivos son una serie de movimientos involuntarios e instintivos que realizan todos los recién nacidos sanos como respuesta a un estímulo exterior. En el hospital, antes de daros el alta tras el parto, el pediatra comprobará que el bebé tiene todos los reflejos primitivos ya que la ausencia de alguno puede indicar un problema neurológico o funcional.

Tipos de reflejos:

- ✓ Reflejo de Babinski, los dedos de los pies se abren hacia afuera en forma de abanico cuando hay roce en la planta del pie
- ✓ Reflejo de Moro (reflejo del sobresalto), extiende los brazos y luego los dobla y los empuja hacia el cuerpo con un breve llanto; a menudo desencadenado por sonidos fuertes o movimientos súbitos
- ✓ Reflejo prensil palmar, el bebé cierra los dedos y "agarra" el dedo de la madre
- ✓ Reflejo postural, la pierna se extiende cuando se toca la planta del pie
- ✓ Reflejo prensil plantar, el bebé flexiona los dedos y la parte delantera del pie.
- ✓ Reflejo de orientación y succión, voltea la cabeza en busca del pezón cuando se le toca la mejilla y comienza a chupar cuando el pezón toca los labios
- ✓ Reflejo de la marcha, da pasos rápidos cuando ambos pies se colocan sobre una superficie, con el cuerpo sostenido
- ✓ Reflejo tónico del cuello, el brazo izquierdo se extiende cuando el bebé mira hacia la izquierda, mientras que el brazo y la pierna derecha se flexionan hacia adentro, y viceversa

8 INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL RECIÉN NACIDO SANO.

El recién nacido es el producto de un embarazo que presenta signos de vida después de la completa expulsión de la madre, incluida la sección del cordón umbilical. Se realiza una serie de cuidados de Enfermería al recién nacido en paritorio.

Su objetivo principal es apoyar a la madre y al niño para que la adaptación a la vida extrauterina sea adecuada.

8.1 Establecer y mantener la respiración.

Se limpia con una gasa estéril la boca y secreciones oro faríngeas para que empiece a respirar y si no se le estimula frotándole la espalda o en las plantas de los pies. Utilizaremos oxigenoterapia con mascarilla que cubra boca y nariz sino ha comenzado a respirar espontáneamente.

8.2 Estabilizar la temperatura

Evitar el enfriamiento secando al recién nacido con una toalla caliente para que no pierda calor. Además, se puede colocar cerca de una estufa para que le proporcione calor.

8.3 Examen clínico inicial.

El test de Apgar es el método para valorar como se adapta el recién nacido a la vida extrauterina.

Se valoran cinco parámetros: frecuencia cardíaca (0: ausente, 1: lenta < 100 lpm, 2: >100 lpm), respiración (0: ausente, 1: lenta e irregular, 2: buena o llanto), tono muscular (0: deprimido, flácido, 1: extremidades algo flexionadas, 2: movimiento activo de miembros), respuesta a estímulos (0: ausente, 1: mueca, 2: tos o estornudo, llanto) y color (0: azulado, pálido, 1: cuerpo rosado y extremidades cianóticas, 2: rosado completamente). Una puntuación entre 0-3 sería muy grave, entre 4-6 dificultad moderada y entre 7-10 bueno. El test de Apgar se hace al minuto y a los 5 minutos de vida, si vemos que a los 5 minutos no ha llegado a bueno se le vuelve a repetir a los 10 minutos.

8.4 Ligadura del cordón umbilical.

Se corta cuando el cordón deja de latir. Si la madre ha estado anestesiada se corta a los 15 segundos. Se ponen dos pinzas en el cordón, una hacia la madre y otra hacia el niño y se corta en el centro. A unos cuatro centímetros de la pared abdominal aproximadamente se le pone la pinza al niño. Se cubre el muñón umbilical con una gasa impregnada en alcohol o en alguna solución antiséptica, nunca povidona yodada. Cuando cortamos observaremos que tenga las dos arterias y una vena.

8.5 Verificar el peso, talla y perímetro craneal.

Según el peso el recién nacido puede ser microscópico:< 2500 gr, normosómico: 2501-4250 gr, macroscópico >4250 gr. El peso medio suele ser 3500 gr. El 95% de los recién nacidos pesa entre 2500-4250 gr. El peso va a estar influenciado por la edad gestacional, nutrición de la madre, enfermedad de la madre que pueda repercutir en la función placentaria, raza y sexo. Se produce una pérdida fisiológica entre el tercer y quinto día de vida.

Entre el octavo y décimo día de vida el peso es el mismo que al nacer. Al mes la ganancia es de 200-250 gr por semana. La talla se mide en decúbito supino desde el vértice craneal hasta el talón y la media es de 51 cm. El 95% de los recién nacidos miden entre 46-56 cm. Es importante saber cuánto mide el niño cuando nace para ver cómo va creciendo. El perímetro craneal se mide entre el segundo y cuarto día de vida. Se mide por la frente, encima de las orejas y occipucio, suele estar entre 33-37 cm

8.6 Identificación.

Hay que identificarlo con una pulserita al niño y otra a la madre. En algunos centros se toman las huellas digitales de la madre y plantares del niño.

8.7 Evitar infecciones.

Todo lo que esté en contacto con el niño estéril o lo más limpio posible.

8.8 Inspección general buscando anomalías.

Miraremos el paladar, posibles fracturas de clavícula (sobre todo en niños grandes), luxaciones de cadera (mediante las maniobras de Ortollani), anomalías en los pies.

8.9 Cuidados de Enfermería en la sala de cunas

8.9.1 Confirmar identidad.

Verificar pulsera e historia clínica.

8.9.2 Estado del recién nacido.

Si ha necesitado reanimación, si se sospecha anomalías, nº anormal de vasos, etc.

8.9.3 Historia del trabajo de parto y del parto.

Si ha sido con anestesia, si ha necesitado instrumental, etc.

8.9.4 Historia prenatal.

Tiempo que ha durado el parto, si la madre fuma, bebe alcohol, drogas, etc.

8.9.5 Valoración del recién nacido.

Signos de sufrimiento o de enfermedad, edad gestacional, permeabilidad del ano (comprobar con una sonda si el niño no ha expulsado el meconio)

8.9.6 Constantes vitales.

Pulso central o apical (en el quinto espacio intercostal), respiración, temperatura. Se deben tomar cada dos horas o al menos una vez por turno.

8.9.7 Protocolos de la sala de cunas.

Profilaxis de enfermedad hemorrágica (se administra primera dosis de vitamina k), oftalmia purulenta (gotas de antibiótico, echárselas cuando duerme), vacuna de hepatitis B, programa de despistaje de metabolopatías (hipotiroidismo y fenilcetonuria).

8.9.8 Higiene, cura del cordón umbilical, alimentación.

Se enseña a los padres como se debe bañar al recién nacido, cura del cordón y las recomendaciones oportunas sobre alimentación.

8.10 Indicadores de enfermería para los cuidados del hogar.

8.10.1 Valoración de la vivienda y ambiente familiar.

Interrelación hijo-madre-padre.

8.10.2 Valoración del recién nacido.

Motilidad (como se mueve, como responde), nutrición (si está o no bien nutrido), higiene general (si saben bañar al niño), inspección del ombligo (se necrosa y suele caerse a los siete o diez días) valoraremos la cicatriz si drena, si tiene mal olor, etc.

8.10.3 Proporcionar información.

Sobre higiene, baño, ropa, alimentación, evolución y fisiología normal del bebé e importancia de la estimulo terapia inespecífica (acariciarle, hablarle, etc.)

9 CONCLUSIÓN.

Al finalizar la investigación, llego a la conclusión, que la salud del recién nacido se asocia al peso del bebé al nacer y a la edad gestacional significativamente con la mortalidad neonatal y las patologías que pueda desencadenar el recién nacido durante sus primeras horas de vida.

Se comprobó que la muerte fetal y neonatal ocurren por factores patogénicos de origen multifactorial y la mayor parte de estas ocurren por factores que no se intervienen tempranamente, de manera que la salud física, mental y social de la madre está estrechamente ligada al bienestar del hijo antes de nacer y a la salud del hijo después del nacimiento.

En cuanto a la edad gestacional es evidente que a menor edad gestacional mayor riesgo de adquirir una infección asociada a la asistencia sanitaria debido a alteraciones inmunológicas

Existe relación significativa directa de grado muy fuerte entre el nivel de conocimiento y aplicación de prácticas esenciales para el cuidado inmediato del recién nacido por enfermeras de neonatología.

Como personal de enfermería considero que se debe monitorear el cumplimiento de dichas prácticas durante la atención inmediata, a través de los jefes del área y del comité materno perinatal, que luego informará a los directivos del establecimiento para que se tome las medidas respectivas.

Considero que se deben remover programas de capacitación semestrales para todo el personal que labora al cuidado de los recién nacidos en cuanto a las bases científicas que respaldan estas prácticas esenciales, para lograr una actitud positiva y con convicción en la aplicación de las mismas.

Los directivos de todos los hospitales deben tomar medidas para facilitar el cumplimiento de la técnica mencionada en el texto, las cuales describen las prácticas ampliamente en la atención mediata e inmediata y que deben aplicarse en su mayoría por el personal de Enfermería.

Las instituciones deben contar con mayor número de monitores cardíacos para facilitar la lectura de las respuestas fisiológicas que experimentan los neonatos y que éstos no sean desconectados en un momento dado por falta de monitores.

Los diferentes niveles de atención y preparación del personal determinan si la intervención de enfermería se da con mayor frecuencia correctamente de manera general y si ésta se presenta con mayor o menor invasividad.

Se puede concluir que la atención mediata e inmediata tiene una gran importancia al nacimiento del bebe, al igual que la atención prenatal que la madre reciba, así se podrían prevenir grandes complicaciones asociadas a problemas neonatales como son: el bajo peso al nacer, la alta tasa de prematuridad y otras características de la madre, baja o nula escolaridad y el bajo número de consultas.

Existen posibilidades para la reducción de la mortalidad neonatal y complicaciones en sus primeras atenciones, dado que muchas de las causas de muerte son prevenibles, entre ellas, las infecciones en el recién nacido, las relacionadas con la atención del parto, y aún las malformaciones congénitas, pero para esto sería necesario involucrar al personal de las unidades de la atención primaria del sistema estatal de salud, para que la mujer lleve un adecuado control del embarazo que permita un diagnóstico temprano de las enfermedades, una detección oportuna de las complicaciones del recién nacido y asegurar una atención mediata e inmediata de enfermería en el medio hospitalario.

Algunas recomendaciones útiles serían:

- ✓ Implementar de forma ineludible, estrategias para asegurar la cobertura de la atención prenatal en las mujeres del municipio desde fases tempranas del embarazo e incrementar el número de consultas conforme a los trimestres de evolución del embarazo.
- ✓ Reforzar las acciones de capacitación sistemática del personal de la salud del primer nivel de atención relacionadas con la identificación temprana de los factores de riesgo tanto en la madre como en el producto a fin de

contribuir a la reducción de la mortalidad neonatal y complicaciones en sus primeras horas de vida.

- ✓ Continuar las investigaciones que incorporen la mortalidad perinatal, a fin de estudiar las características de los niños no nacidos. Lo anterior es importante partiendo de los resultados obtenidos en este estudio donde se logró identificar los factores asociados a la mortalidad neonatal.

10 BIBLIOGRAFÍA.

10.1 Básica.

- ✓ Reducción de la mortalidad de recién nacidos: Organización Mundial de la Salud: Agosto de 2018.
- ✓ Protección de la lactancia materna en el Perú: Julio de 2018.
- ✓ Organización Panamericana de la Salud Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: OPS ©2013. Segunda edición.
- ✓ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. Atención inmediata Neonatal. NTS N° 106 -MINS/DGSP- V.01. N° 828-2018 minsa
- ✓ Ceriani C, Carroli T, Pellegrini K, Et al, Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico controlado aleatorizado, [Archivos de Pediatría] 2018 volumen 83, Argentina 2018.
- ✓ Lucchini R, Márquez D, Uribe T. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. (Index de enfermería)(consultado, Octubre _ diciembre 2012). Volumen 21, Chile 2018.
- ✓ Rengel D, Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna [tesis doctoral]. 72Malaga: Universidad de Malagra, Facultad de Enfermería, Málaga 2018.
- ✓ Coronado L, Conocimiento y prácticas del personal de enfermería en el cuidado del recién nacido sano y enfermo, en el hospital modular de Chiquimula, [tesis para título de licenciado en Enfermería], Guatemala-Chiquimula: Universidad De San Carlos De Guatemala. Centro universitario de oriente Medico y Cirujano. Junio 2018
- ✓ Ribera D, Ribera D, Cabrejoes B, et al, Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre

- la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz, [Revista Peruana] 2018 volumen 60, lima de diciembre 2018.
- ✓ Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Sexta edición Barcelona: Elsevier; 2018.
 - ✓ Luque R, El Conocimiento, editorial la universidad desevilla; año 2018.
 - ✓ Gallardo I. Evolución del conocimiento en enfermería. Medwave. Revista Biomédica, revisada por pares. [serie en internet].[citado 12 de set. 2018]
 - ✓ Barbosa M, Latino Enfermagen. El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico [Revista en línea] 2018, [Setiembre 13 de 2018].
 - ✓ Organización Mundial de la Salud: Lactancia materna, 2018.
 - ✓ Hernández S, Collado C. metodología de la investigación. vol1. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2010
 - 73Janzow P. Métodos de investigación, 3ª edición, MExico 2018
 - ✓ Tomas J. fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Primera edición, España: diciembre 2009
 - defonso G, análisis de ecuestas: editorial Esic, Madrid 2018.
 - ✓ Peña A, Métodos científicos de observación en educación, edición: visión libros, Madrid 2018.
 - ✓ Quintanar D, investigación de mercados en enfoque aplicado. edición, México 2018.
 - ✓ García M. [El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación]* volumen 28; Marzo 2019.
 - ✓ Ministerio del trabajo y previsión social, instrumentos de evaluación lista de cotejo; julio 2019.
 - Rico A, Curso Excel 2010, ricrosoft 2018. isponible en:
 - ✓ El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la 74 protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento U.S.A. abril 18 de 2019.
 - ✓ Noreña A, Moreno A, Rojas J, et al, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, vol. 12, Colombia -diciembre 2018.
 - ✓ Burns N. Investigación en enfermería. Tercera edición española, Madrid-España

- ✓ LUNA, M. Sánchez, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. En *Anales de pediatría*. Elsevier Doyma, 2009. p. 349-361.
- ✓ DOMÉNECH, E.; GONZÁLEZ, N.; RODRÍGUEZ-ALARCÓN, J. Cuidados generales del recién nacido sano. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2018.
- ✓ VENTURA-JUNCÁ, Patricio; TAPIA, José Luis. El recién nacido normal: Atención inmediata, cuidado de transición y puerperio. Consultado, 2004, vol. 21, no 09, p. 2018.
- ✓ MIGUEL, M^a Josefa Cuesta; BRIONES, Ana Bela Espinosa; PRATS, Susana Gómez. Enfermería neonatal: Cuidados centrados en la familia. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia*, 2018, vol. 98, p. 36-40.
- ✓ Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)* 2018;71(9):349-361.
- ✓ Duley L, Batey N. Optimal timing of umbilical cord clamping for term and preterm babies. *Early Hum Dev* 2018;89(11):905-8.
- ✓ McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD004074.
- ✓ Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J et al. Neonatal resuscitation. *Circulation* 2018; 122(Suppl 3):S909-919.
- ✓ Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD003519.
- ✓ Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatr Int* 2018;52(2):161-70. [
- ✓ Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg* 2018; Jul-Aug:260-267.

- ✓ Silverman WA, Andersen DH. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. *Pediatrics* 2018;17(1):1-10.
- ✓ Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. México D.F. a 15 de octubre de 2018.
- ✓ Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatrics* 2018;93(1):120-122.
- ✓ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación. México D.F. 6 de enero de 2018.
- ✓ Martín-López JE, Carlos-Gil AM, Rodríguez-López R, Villegas-Portero R, Luque-Romero L, Flores-Moreno S. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding of the newborn. *Fam Hosp* 2018; 35(3):148-55.
- ✓ Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;(4):CD002776.
- ✓ US Preventive Services Task Force. Universal screening for hearing loss in newborns: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2018;122(1):143-8.
- ✓ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-0031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación. México D.F. 9 de febrero de 2018.
- ✓ Bradshaw EA, Martin GR. Screening for critical congenital heart disease: advancing detection in the newborn. *Curr Opin Pediatr* 2018;24:603-608.
- ✓ Mahle WT, Newburger JW, Matherne P, Smith FC, Hoke TR, Koppel R. Role of pulse oxymetry in examining newborns for congenital heart disease: A scientific statement from the AHA and APA. *Pediatrics* 2018;124(2):823-836.
- ✓ Bhutani VK, Vilms RJ, Hammerman-Johnson L. Universal bilirubin screening for severe neonatal hyperbilirubinemia. *J Perinatol* 2018;30:Suppl:S6-15.

- ✓ Buthani VK, Stark AR, Lazzeroni LC, Poland R, Gourley GR, Kazmierczak S et al. Predischarge screening for severe neonatal hyperbilirubinemia identifies infants who need phototherapy. *J Pediatr* 2018;162(3):477-482
- ✓ Mohamed I, Blanchard AC, Delvin E, Cousineau J, Carceller A. Plotting transcutaneous bilirubin measurements on specific transcutaneous nomogram results in better prediction of significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns: a pilot study. *Neonatology* 2018;105(4):306-11.
- ✓ Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy-term and near-term newborns. *Pediatrics* 2018;103(1):6-14.
- ✓ Secretaría de Salud. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. *Diario Oficial de la Federación*. 24 de junio de 2018.
- ✓ Peña Nieto E, Osorio Chong MA. Decreto por el que se reforma el artículo 61 de la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. 25 de enero de 2018.
- ✓ Karlsen KA. *The S.T.A.B.L.E. Program* 6th ed. Park City: The STABLE Program, 2018.
- ✓ American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2018;129(3):e827-841.
- ✓ Langman R. Discharge procedures for healthy newborns. *Am Fam Physician* 2018;73:849-52.
- ✓ Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (3).
- ✓ Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multi-disciplinary view, *J Pediatr (Rio J)* 2018;85(6):480-9.
- ✓ Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician* 2009;79(8):681-5.
- ✓ American Academy of Pediatrics. Male circumcision. Technical report. *Pediatrics* 2018;130(3):e756-785.
- ✓ Trachtenberg FL, Hass EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factors changes for sudden infant death syndrome after initiation of back-to-sleep campaign. *Pediatrics* 2018; 129:630-638.

10.2 COMPLEMENTARIA.

- ✓ INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ADAPTACION DEL NEONATO DE PRETERMINO POR LIC. ENF. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO.
- ✓ MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA - ANN MARRINER
- ✓ COMPETITIVIDAD Y NORMATIVIDAD / NORMALIZACIÓN
- ✓ OMS | 10 DATOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA - WORLD HEALTH ORGANIZATION
- ✓ (PDF) PROMOTING DELAYED UMBILICAL CORD CLAMPING: AN EDUCATIONAL.
- ✓ REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS - WORLD HEALTH ORGANIZATION
- ✓ URGENCIAS PEDIÁTRICAS – HAIRSTYLE
- ✓ ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO – ENFERMERÍA: MÓDULO INTEGRADOR
- ✓ GLOSARIO - FUTURAS ENFERMERAS DE NEONATOLOGIA
- ✓ PDF]01-06-95 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-199
- ✓ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM – SALUD
- ✓ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-036-SSA2-2002 ... - SALUD
- ✓ NOM-131-SSA1-1995 - SALUD
- ✓ [PDF]GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL NEONATO CRITICO - FUNDACIÓN INDEX
- ✓ [PDF]TESIS FINAL TEMA: GRADO DE EFICIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN LA ÁREA DE TANATOLOGÍA.
- ✓ * LAS VARIABLES: DEFINICIÓN CON EJEMPLO - MONOGRAFIAS.COM
- ✓ TEST DE CAPURRO - WIKIPEDIA, LA ENCICLOPEDIA LIBRE
- ✓ BEBÉS - ERES MAMÁ
- ✓ CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO – INFOGEN
- ✓ EL RECIÉN NACIDO | PLANETA MAMÁ
- ✓ CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE – SCIELO
- ✓ USS UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

- ✓ PDF|UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO MALDONADO
SÁNCHEZ ADALY LIZBETH
- ✓ TEMA: “GRADO DE EFICIENCIA DE LAS ENFERMERAS EN LA
RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO”
(PDF)UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

11 GLOSARIO

A

- **Ablactación:** Es la incorporación de alimentos en la dieta del niño para garantizar que la alimentación sea suficiente, completa, equilibrada y adecuada.
- **Aborto:** nacimiento de un feto muerto con un peso inferior a 500 g y menos de 20 semanas de edad gestacional.
- **Alimentación complementaria:** Son los nutrientes que recibe el niño en el primer año de vida y
- **Anoxemia o hipoxemia:** ausencia del oxígeno en los líquidos corporales.
- **Anoxia o hipoxia:** falta de oxígeno a los tejidos.
- **Apirexia:** falta de fiebre o intervalos sin fiebre en una enfermedad febril.
- **Apnea:** suspensión transitoria de la respiración, que es seguida por una respiración forzada.
- **Atermia:** falta de calor.

B

- **Bajo Peso:** Se denomina bajo peso al nacer a todo neonato que en el momento de su nacimiento tenga un peso menor de 2 500 g, cualquiera que sea la causa y sin tener en cuenta la duración de la gestación. El peso valora el crecimiento, y la edad gestacional la madurez del feto.
- **Bradycardia:** por debajo de los 100 latidos/min.
- Bradipnea: respiración lenta, inferior a 40 respiraciones/min.
- **Bronquiolitis:** Infección vírica aguda del tracto respiratorio inferior que afecta a lactantes y niños pequeños, caracteriza por dificultad para respirar, sibilancias audibles y ruidos crepitantes.
- Bruxismo: Acto que realiza el niño de “rechinar de dientes”, se produce por estrés acumulado durante el día, aliviando la tensión durante la noche en forma de movimiento de la mandíbula.

C

- **Calostro:** Compuesto complejo y de pequeño volumen, alta densidad, elevado en proteínas, minerales, inmunoglobulinas, lactoferrina y leucocitos, facilita el crecimiento de lactobacilos bifidusen en el aparato intestinal del Recién Nacido, lo que favorece la eliminación del meconio.
- **Congénita:** Cualquier malformación, ya sea genética o no, que está presente en el nacimiento.
- Conjuntivitis: Inflamación de la conjuntiva del ojo.

- **Crecimiento intrauterino acelerado:** nacido con un peso mayor que el 90 percentil de la curva de peso intrauterina, de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de esta.

D

- **Defunción fetal intermedia:** es la defunción fetal en que el feto pesa al nacer de 500 a 900 g, lo que equivale a 20 - 27 semanas de edad gestacional.
- **Defunción fetal tardía:** es aquella defunción fetal en la que el feto pesa 1 000 g o más, equivalente a 28 semanas de edad gestacional.
- **Defunción fetal:** es la muerte de un producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.
- **Defunción neonatal precoz:** todo nacido vivo fallecido antes de los 7 días de vida.
- **Defunción neonatal tardía:** todo nacido vivo fallecido entre los 7 y 27 días de vida.
- **Defunción neonatal:** todo nacido vivo fallecido antes de los 28 días de vida.
- **Defunción pos neonatal:** es la que ocurre en un niño entre los 28 días y menos de los 12 meses de edad.

- **Disminución del gasto cardíaco.** Estado en el que la sangre bombeada por el corazón está lo suficientemente disminuida como para que no pueda cubrir las necesidades de los tejidos corporales.
- **Disnea:** dificultad de la respiración, está presente en el último trimestre de la gestación.

F

- **Febrícula:** fiebre ligera.
- **Feto macerado:** es aquel que presenta cambios post mortem de autolisis que se produce intraútero.

H

- **Hiperpirexia:** temperatura elevada que no varía más de un grado en 24 h.
- **Hiperpnea:** aumento de la profundidad de la respiración.
- **Hipertensión:** elevación anormal de la presión arterial.
- **Hipertermia.** Estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales.
- **Hipertermia:** elevación de la temperatura por encima de 38 oC.
- **Hipocapnia:** disminución de dióxido de carbono en líquidos corporales.
- **Hipotensión:** presión arterial anormalmente baja.
- **Hipotermia.** Estado en el que la temperatura corporal disminuye por debajo de los límites normales.
- **Hipotermia:** disminución de la temperatura corporal por debajo de 36,5 oC.

M

- **Mortalidad infantil:** todo nacido vivo que fallece antes de cumplir el **primer año de edad.**
- **Mortalidad perinatal:** abarca las defunciones fetales de 1 000 g y más de peso, y los neonatos fallecidos antes de los 7 días de vida, con 1 000 g o más de peso al nacer.

- **Nacidos vivos:** es la expulsión o extracción de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que después de la separación del cuerpo de la madre respire o dé cualquier otra señal de vida, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, como si se ha desprendido o no de la placenta.

P

- **Patrón respiratorio ineficaz:** Estado en el que el patrón de inhalación o espiración individual no permite una insuflación o vaciamiento pulmonar suficiente que no son productos lácteos.

R

- **Recién nacido a término:** es el que nace entre las 37 y menos de 42 semanas de edad gestacional.
- **Recién nacido de bajo peso al nacer:** es el que pesa al nacer menos de 2 500 gr. independientemente de la edad gestacional.
- **Recién nacido de bajo peso para su edad gestacional:** es el que nace con un peso por debajo del percentil 10 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de esta.
- **Recién nacido de gran peso:** es el que nace con peso de 4 000 g o más (macrosómico).
- **Recién nacido inmaduro:** nacido vivo con menos de 1 000 g de peso, por lo general con menos de 28 semanas de edad gestacional.
- **Recién nacido pos término:** nacido de una edad gestacional de 42 semanas o más, embarazo prolongado.
- **Recién nacido pre término:** es el que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional.

T

- **Taquicardia:** por encima de los 160/min.
- **Taquipnea:** respiración superior a las 60 respiraciones/min.

- **Termorregulación ineficaz:** Estado en que la temperatura oscila entre la hipotermia y la hipertermia. Es una oscilación de la temperatura corporal por encima o por debajo de los límites normales.

12 ANEXOS.

12.1 Hojas de valoraciones neonatales.

Sistema de puntuación de Apgar

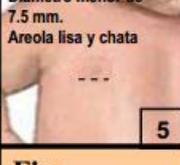
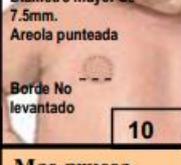
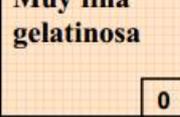
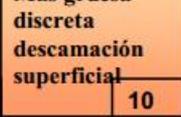
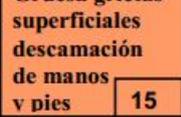
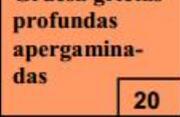
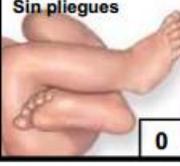
Puntuación	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Respiración	Ausente	Lenta, irregular, llanto débil	Buena; llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de brazos y piernas	Movimiento activo
Reflejo*	Ausente	Mueca	Mueca y tos o estornudos
Color	Azulados o pálido	Cuerpo rosado; manos y pies azulados	Completamente rosado

*Reflejo evaluado colocando un catéter o una perilla succionadora en la nariz del bebé y observando su respuesta.

Ejercicios Silverman- Andersen

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Valoración Capurro.

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada. Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada. Borde levantado 15	_____
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos v pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20