

GUÍA / Recomendaciones

GUÍA DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN INTERNACIÓN
CONJUNTA

MINISTERIO
DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Omar Gutiérrez

Viceregobrnador de la provincia del Neuquén
Cdor. Marcos Koopmann

MINISTERIO DE SALUD

Ministra de Salud
Dra. Andrea Peve

Subsecretaria de Salud
Dra. M. Andrea Echaury



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

50 AÑOS
1970-2020
PLAN
DE SALUD
NEUQUÉN

Autora: Lic. Mónica Carrasco

Colaboradores:

Dra. Ivana Mato

Dr. Andrés Barboza

Dra. Susana González

Mg. Cecilia Maisler

20/11/2020
PRIMERA EDICION

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

50 AÑOS
1970-2020
PLAN
DE SALUD
NEUQUÉN



GUIA CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN INTERNACIÓN CONJUNTA

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



INDICE

Página	
Introducción	7
Competencias de enfermería en el área de maternidad	8
Perfil de Enfermería para Internación Conjunta y Obstetricia	10
Maternidades Centradas en la familia	11
Neonatología	13
Clasificación del RN	
Entender la Edad Gestacional y edad Gestacional corregida.	
Determinación de la edad gestacional	
¿Qué es la Mortalidad Infantil y Neonatal?	19
Atención Del Recién Nacido en Sala de Parto	21
Atención Inmediata	
¿Qué es el cordón umbilical?	
Pinzamiento del cordón umbilical	
Extracción de sangre del cordón	
Secado del RN	
Identificación del RN	
Evaluación del RN en mesa/sala de recepción.	28
Triple Profilaxis	
RN que requieren oxigenoterapia	
Test de APGAR	



Examen físico exhaustivo en sala de Recepción	
Medidas Antropométricas	
Cuidado de la Termorregulación	
Acciones de enfermería en el RN asfíctico en sala de Partos.	44
Protocolo de Hipotermia	
Cuidados del RN Sano	46
Los aspectos más importantes que enfermería no debe dejar de reconocer en la atención inmediata al nacer	
Cuidados de Transición	48
Factores de riesgo para una transición dificultosa	51
Manifestaciones clínicas que enfermería debe reconocer en una transición dificultosa.	
Atención del RN en internación conjunta	53
Fenómenos fisiológicos que debemos explicar a los Cuidadores: Eliminación, color y Piel, ictericia, Comportamiento y Reflejos, efectos hormonales. Evolución del peso, Cuidado de cicatriz umbilical, Vacunas y Screening neonatal.	
Detección de cardiopatías congénitas (test de KEMPER).	
Beneficios de la Lactancia, Conservación de la leche en casa, Banco de leche	
Sueño seguro, higiene ambiental, vestimenta, higiene de la piel, Cabello y uñas, Chupete.	



Signos de Alarma en el RN ante los cuales los padres deben
Consultar Inmediatamente.

Al momento en que los profesionales se relacionan con las Familias y sus hijos, hay algunos aspectos importantes a tener presente	78
Complicaciones de la diabetes materna con posible repercusión fetal	79
Hipoglucemia, macrostomia, hipocalcemia, ictericia malformaciones, Cuidados de enfermería.	
Retraso en el crecimiento Intrauterino	85
Hipoglucemia Neonatal	86
Bebé de madre con adicción	91
Hijo/a de madre con problemas de adicción a la cocaína y otros estimulantes Síndrome alcohólico fetal	
Síndrome de abstinencia neonatal	96
Pruebas de detección neonatal de tóxicos Score Síndrome de abstinencia Neonatal	
Prematuro Tardío	101
Problemas más frecuentes en Internación conjunta	102
ANEXO:	106
Examen Físico Algoritmo de reanimación neonatal en sala de parto	
Bibliografía	121



INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería, que desarrolla sus actividades en el área Materno Infantil, ofrece una atención especializada al recién nacido (RN) sano y su familia, en su quehacer humanizado y profesional desarrolla programas de prevención, promoción y protección de la salud, que son fundamentales para la sociedad. La atención y el cuidado de enfermería en obstetricia están orientados a la madre y el recién nacido, en sus múltiples dimensiones bio-psico-social.

La comprensión integral de la salud y el bienestar, demanda que el personal de enfermería esté atento a las necesidades de las personas en aquellos aspectos sobre los que pueda tomar decisiones y dispensar cuidados de enfermería de alta calidad. En el ámbito específico de la obstetricia, resulta parte de su misión primordial: humanizar la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su grupo familiar, para contribuir a que se fortalezcan las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

La presente guía reúne el conocimiento fundamental que se requiere del servicio de enfermería en el área de Obstetricia y promueve las buenas prácticas basadas en evidencia científica actualizada, con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materno-infantil.

Se desarrollan contenidos como: competencias de enfermería en el área de maternidad, Maternidades centradas en la familia, el concepto de Neonato, la atención inmediata del RN en sala de partos y recepción, cuidados al RN sano en internación conjunta, importancia de la lactancia materna, fenómenos fisiológicos y signos de alarma que hay que explicar a los cuidadores.

Además, se incluyen las indicaciones para atención de complicaciones en RN de riesgo, ya sea Retardo en el crecimiento intrauterino, síndrome alcohólico fetal, síndrome de abstinencia, hijo de madre diabética o con problemas de adicción.



Competencias de enfermería en el área de Maternidad

Las competencias específicas están dirigidas a la atención prenatal, durante el trabajo de parto y parto, atención del puerperio y del recién nacido; e incluye habilidades y conocimientos para la atención de urgencias obstétricas y neonatales

CONTROL PRENATAL:

Otorgar atención a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo.

ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO:

Proporcionar atención continua a la persona gestante durante el trabajo de parto y parto atendiendo las condiciones generales y obstétricas que se presente para prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad del binomio madre-hijo/a.

ATENCIÓN EN EL PUERPERIO:

Brindar atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con conocimiento científico, crítico y respetuoso de las condiciones físicas, mentales, emocionales, sociales y culturales de la puérpera y su grupo familiar.

ATENCIÓN AL RN:

Proporcionar atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir cualquier riesgo de enfermedad o muerte.

COMPETENCIAS GENERALES:

Contar con habilidades sociales de comunicación, transmisión y comprensión de la información de acuerdo a la interculturalidad. Tarea administrativa que compete a la función de enfermería.



COMUNICACIÓN:

Establecer una correcta, respetuosa y empática comunicación con los/las pacientes, para facilitar interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a la restauración de la salud y recuperación del bienestar.

El trato asistencial con los/las pacientes debe ser cordial y atento basarse en la escucha activa y el respeto por la dignidad del individuo, con la finalidad de conseguir una relación terapéutica satisfactoria y humanizada.

INTERCULTURALIDAD:

La Interculturalidad en Salud implica el reconocimiento e integración respetuosa del conjunto de prácticas, estrategias y saberes de la cultura del paciente en el proceso de atención y cuidado de su salud.

El respeto intercultural supone la valoración positiva de las diferentes expresiones culturales y demanda de los equipos de salud la apertura al diálogo e intercambio con los pacientes para tener acceso a los conocimientos y prácticas tradicionales que sean beneficiosas para el cuidado de la salud.

Entre el sistema biomédico y las creencias comunitarias puede haber diferencias que es necesario conocer para poder adaptar las recomendaciones médicas. En este sentido, dar espacio a que el paciente participe y se exprese es la manera de dar forma a los servicios de salud que necesita. Contar con servicios culturalmente adecuados es un derecho de los usuarios de los servicios de salud.

La Ley 24.375 Ratificación del Convenio sobre Diversidad Biológica. Establece en su Art. 8, Inc. J: "Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad



biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente”.

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf

ADMINISTRATIVAS:

Poder definir un plan de acción y organizar los recursos que estén a su disposición y sean del ámbito de su competencia.

Perfil de Enfermería para Internación Conjunta y Obstetricia

Requisitos educativos generales

Contar con título técnico de enfermería (3 años) o con título de licenciado/a en enfermería (5 años). Tener matrícula habilitante actualizada y otorgada por la subsecretaría de salud de la provincia. Cursos de posgrado o de especialización en maternidad e infancia (no como requisito excluyente).

Capacitación permanente

Contar con la predisposición para la capacitación permanente en servicio, para garantizar la calidad de la atención del binomio madre-hijo/a, acceder a conocimientos específicos del área, dentro de un programa y con una carga horaria anual para la adquisición de nuevos saberes con base científica.

Perfil del enfermero/a

Estar capacitado/a para proporcionar cuidado integral a la persona, su familia y comunidad, aplicando sus conocimientos de atención en enfermería, a nivel de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Transmitir información de acuerdo con las necesidades del paciente, su grupo familiar y comunidad, contribuyendo a generar conductas favorables en salud.



Gestionar de manera eficiente y oportuna los recursos humanos y físicos para mantener la calidad de los cuidados de enfermería.

Investigar problemas inherentes a la enfermería, utilizando el método científico como herramienta fundamental, aportando al conocimiento en salud.

Perfil de enfermería en obstetricia

Cuidar a la persona en su salud reproductiva durante las etapas pre gestacional, gestacional y pos gestacional, con base en el proceso de enfermería y el enfoque de riesgo.

Tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condición posibles.

Maternidades Centradas en la Familia (MCF)

Los diez pasos exigidos para acreditar las Maternidades como Hospitales Amigos de la Madre y del Niño pretenden promover, proteger y apoyar la Lactancia Materna con acciones perinatales y comprometen a todo el personal de las Maternidades, a saber, profesionales en médicos, obstetricia y enfermería, también al personal de mantenimiento, áreas técnicas y otras disciplinas activas en el establecimiento que deben centrar sus servicios en las Familias.

Estos diez pasos orientan la revisión de las actitudes, motivaciones, vocaciones y gratificación en el personal de salud. La acreditación de una Maternidad es el compromiso de su personal en el ejercicio de una atención respetuosa del derecho a la salud. Son diez pasos con criterio científico validado, de respeto al derecho a la salud y la atención de calidad, de respeto a los derechos de las madres y sus hijos/as.



DIEZ PASOS

1. Reconocer el concepto de MCF como política institucional.
2. Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el control prenatal.
3. Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y Parto.
4. Priorizar la internación conjunta madre -hijo/a sano con participación de la familia.
5. Facilitar la inclusión de madre-pareja progenitora y el resto de la familia en la internación neonatal.
6. Contar con una Residencia de madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados.
7. Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el de riesgo luego del alta, en Consultorios Externos especializados.
8. Trabajar activamente en la Promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la iniciativa “Hospital Amigo de la madre y el Niño/a”.
9. Contar con un Servicio de Voluntariado Hospitalario.
10. Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones para la transformación en MCF.



NEONATOLOGIA

La neonatología significa "estudio del recién nacido". Etimológicamente, combina la raíz latina "neo" que significa nuevo, "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio. Dada su denominación, la neonatología es la disciplina encargada de cuidar y darle al bebé la protección adecuada durante las primeras horas y semanas de vida, que son centrales en su desarrollo y adaptabilidad en el mundo.

Acontecido el nacimiento, la responsabilidad del personal de enfermería se adecuará para dar respuesta a los cuidados que necesita el recién nacido según su condición. Estos cuidados están centrados en la observación clínica aguda, a fin de valorar correctamente el estado del neonato, identificar y prevenir las complicaciones. Para esto, la enfermería de neonatología cuenta con conocimientos científicos y con una práctica que le permite dar la respuesta adecuada, de modo oportuno, con un trato humano e individualizado al recién nacido y su grupo familiar.

Resulta fundamental que el servicio de enfermería de neonatología cultive la buena comunicación al interior del equipo de salud y hacia los pacientes. El trato respetuoso colabora con el buen clima de trabajo y favorece la adaptación del RN a su familia y al mundo.

Clasificación del Recién Nacido

La edad gestacional y el peso de nacimiento son los factores determinantes en la sobrevivencia del recién nacido y lo que define su madurez. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

- RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos después de las 37 semanas de gestación y 41 semanas con seis días. (< de 42 semanas de gestación).
- RNPrT (Recién nacido prétermo): Aquellos nacidos antes de las 37 semanas de gestación.
- RNPosT (Recién nacido postérmino): Aquellos nacidos con >42 semanas de gestación (Considerado así por la OMS.)



Luego, según el peso sea adecuado o no para su edad gestacional se clasifican por el percentil. Los percentiles o tablas de crecimiento son cuadros de medidas que permiten valorar y comparar el peso de un niño o niña en relación con un estándar. Los parámetros que se miden son: estatura, peso y circunferencia de la cabeza, durante los primeros años de vida.

- **APEG:** Adecuado peso para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las Curvas de Crecimiento Intrauterino (CCI).
- **BPEG:** Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- **GEG:** Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

A los prematuros, con una edad gestacional inferior a 37 semanas, se los divide en subgrupos de acuerdo con la edad gestacional y el peso de nacimiento, lo que determina diferencias de riesgos de morbimortalidad.

- **Según el peso de nacimiento se los clasifica:**

Bajo peso (BPN)	< 2500
Muy bajo peso (MBPN)	< 1500
Extremo bajo peso (EBPN)	< 1000 g
Micro prematuros*	Entre 500 y 750 g



* Estos dos últimos grupos representan el 75% de la mortalidad perinatal y el 50 % de la discapacidad en la infancia. (Revista Fundasamin).

Entender la Edad Gestacional y edad Gestacional corregida

Un nuevo nacimiento es siempre una ocasión importante en su sentido humano más profundo. Es necesario que el modelo médico técnico, que se enfoca en la estandarización del proceso de parto, no pierda de vista a las personas protagonistas: madre y familia. Las reglas y protocolos de actuación para preservar la salud de la madre y el bebé deben ser cuidadosos de su sensibilidad, más aun cuando el nacimiento sucede antes de lo previsto. Las condiciones adversas por la posible inmadurez del RN preocupan al equipo de salud, pero muy especialmente a la madre y la familia que lo recibe.

Una vez sucedido el nacimiento, comienza a contarse la **edad cronológica**, es decir, su cumpleaños. Los primeros días del bebé, después del nacimiento, son muy importantes, por eso se hace un seguimiento cuidadoso de cada gramo que aumenta, cómo regula su temperatura y cómo se adapta a la vida fuera del útero.

La **edad gestacional**, con la que el bebé nace, se refiere al número de semanas que estuvo en el vientre materno. Idealmente, el tiempo de gestación es de 40 semanas (dos más o dos menos), y por eso cuando un bebé nace antes de las 37 semanas es considerado prematuro.

Es bueno que el equipo de salud explique a la familia que la **edad gestacional corregida (EGC)** corresponde a la edad cronológica (fecha de nacimiento) menos el tiempo de prematuridad (Nº de meses que faltaron para que el embarazo llegue a término). Por ejemplo, un bebé que nace con 24 semanas de gestación le faltan dieciséis semanas para llegar a las 40 semanas, cuando tenga 5 meses de nacido, tiene 1 mes de edad corregida. Esto es importante, porque la familia y el equipo de salud van a medir su grado de desarrollo y analizar su crecimiento teniendo en cuenta estas dos fechas. La mayoría de los bebés prematuros se nivelan en términos de desarrollo entre los 2 y 2 años y ½ de edad.



Determinación de la edad gestacional

Métodos prenatales

Fecha de última menstruación (FUM): es el método más fidedigno, siempre y cuando la misma sea confiable y la mujer tenga ciclos regulares cada 28 días. Puede ser que por falta de registro y ausencia de regularidad en los ciclos, este dato sea poco confiable o incluso desconocido. Además, situaciones como lactancia, uso de anovulatorios y hemorragias en el primer trimestre pueden dificultar su interpretación.

Altura uterina: guarda una buena correlación con el tamaño fetal. Requiere una fecha de última menstruación confiable y no es fidedigno en polihidramnios, embarazo gemelar y en mujeres obesas.

Ecografía fetal: se ha constituido en un valioso instrumento en la valoración tanto del tamaño fetal como de la edad gestacional. Tiene bastante precisión cuando se realiza en etapas tempranas de la gestación hasta las 13 semanas.

Métodos postnatales

Si por la fecha de la última menstruación el recién nacido es de término y su examen físico es acorde con ese dato, no se requieren otros exámenes. Si presenta algún signo de inmadurez o malnutrición, debe hacerse una evaluación de la edad gestacional por examen físico.

Para neonatos de pretérmino el puntaje de Ballard es el más adecuado. Se trata de una derivación abreviada de la escala de Dubowitz y consta de 6 evaluaciones del tono muscular y 6 de características físicas. Sin embargo, a edades gestacionales tempranas (< 26 semanas) su exactitud disminuye en forma significativa.

Los mejores métodos de estimación de la EG obtenidos inmediatamente después del parto son sólo la mitad de exactos que las estimaciones basadas en la ultrasonografía antenatal. Tales



estimaciones son incluso menos exactas que éstas en niños con EG inferiores a las 30 semanas de gestación.

Sólo para neonatos de término es útil el método de Capurro, derivado también del Dubowitz, con 5 signos físicos. Es inexacto en presencia de desnutrición fetal y en prematuros.

BALLARD

MADURACIÓN NEUROMUSCULAR

	0	1	2	3	4	5
Postura						
Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote del brazo	180°		100°-180°	90°-100°	<90°	
Ángulo popliteo	180°	160°	130°	110°	90°	<90°
Signo de la bufanda						
Talón-oreja						



MADUREZ FÍSICA

	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegajosa, friable, transparente	Gelatinosa Roja Transparente	Lisa Rosa Venas visibles	Descamación superficial y/o erupción Pocas venas	Grietas Areas pálida Venas raras	Apergaminado Grietas profundas Sin venas	Gruesa Grietas Arrugas
Lanugo	No hay	Esparcido	Abundante	Fino	Areas lampiñas	Casi todo lampiño	
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50mm -1 < 40mm - 2	> 50mm no surcos	Tenues marcas rojas	Surco transverso anterior solo	Surcos anteriores 2/3	Surcos sobre toda la planta	
Mamas	Imperceptible	Escasamente perceptible	Areola plana sin nódulo	Areola punteada Nódulo 1-2 mm	Areola levantada Nódulo 3-4 mm	Areola completa Nódulo 5-10 mm	
Ojo/Oreja	Ojos cerrados Débil -1 Fuerte -2	Ojos abiertos Oreja plana plegada	Lig. curvada Blanda, rebote lento	Bien curvada Blanda, rebote fácil	Formada firme, rebote instantáneo	Oreja rígida y gruesa	
Genitales masculinos	Escroto plano y liso	Escroto vacío, arrugas tenues	Testículo canal superior, arrugas raras	estículos descendiendo, pocas arrugas	Testículos bajos, arrugas definidas	Testículos péndulos, arrugas profundas	
Genitales femeninos	Clitoris prominente Labios planos	Clitoris prominente Labios menores pequeños	Clitoris prominente Labios menores más grandes	Labios mayores = menores	Labios mayores > menores	Labios mayores cubren clitoris y menores	

Score	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Fuente: Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Killers Waalsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 1999:417-423



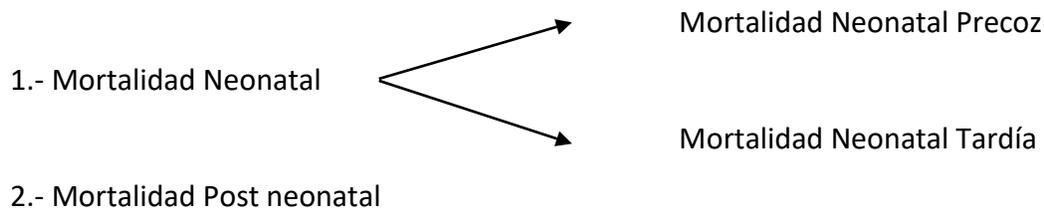
¿Qué es la Mortalidad Infantil y Neonatal?

La Mortalidad Infantil (MI) es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños menores de un año de vida (0 a 364 días), en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, para relacionarla con la cantidad de niños nacidos en un período y en un lugar geográfico determinado, se mide mediante la **“Tasa de Mortalidad Infantil”**, que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{TMI} = \frac{\text{Niños fallecidos menores de un año (0 a 364 días)} \times 1000}{\text{Recién nacidos vivos}}$$

De acuerdo con una clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la MI se divide según la edad al fallecer de los niños, porque las causas que producen esas muertes son diferentes y, por lo tanto, las acciones que deben implementarse para reducirlas también son distintas.

Mortalidad NEONATAL: tiene dos grandes componentes:



1) Mortalidad Neonatal (MN): La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio.



Esta se define como ***el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos.***

La OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración, palpitations del corazón o cordón umbilical, movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.

Entre los fallecidos se considera sólo a aquellos que pesan más de 500 gramos y se subdivide en:

Mortalidad Neonatal Precoz: desde el nacimiento hasta cumplir 6 días de vida.

Mortalidad Neonatal Tardía: del 7mo a los 27 días de vida.

2) Mortalidad Post neonatal: expresa la muerte de los niños desde los 28 a los 364 días (Revista FUNDASAMIN N° 003/ noviembre 2007).

La OMS considera que la intervención continúa del binomio madre e hijo/a durante la gestación, el parto, post parto y a lo largo de la infancia reduce el número de defunciones en mujeres y niños. La mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables, están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal, es decir, con las condiciones de equidad en el acceso a la salud (Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud 2005: cada niño y cada madre contarán. Planteamiento para salvar las vidas de madres y niños. Ginebra, Nueva Delhi, 2005).

colombianadesalud.org.co/pyp/atencion-del-parto-y-del-recien-nacido



Atención del Recién Nacido en la Sala de Parto

Las tasas de mortalidad y morbilidad durante el periodo neonatal son más altas que en cualquier otra edad. Aunque la mayoría de los embarazos concluyen en partos vaginales de recién nacidos sanos y vigorosos, es conveniente recordar que una serie de riesgos para el feto hacen obligatoria la presencia en la Sala de partos del/a pediatra-neonatólogo/a, enfermera/o u otra persona entrenada en la reanimación neonatal.

Es fundamental que el equipo de salud presente conozca las características fisiológicas, técnicas de alimentación, normas de higiene y otros saberes sobre todos los cuidados que comienzan en la sala de partos.

El personal de enfermería que cumple funciones en sala de parto y recepción del RN deberá realizar el check list para verificar el equipamiento e insumos en cada turno (El equipamiento debe permanecer en el sector).

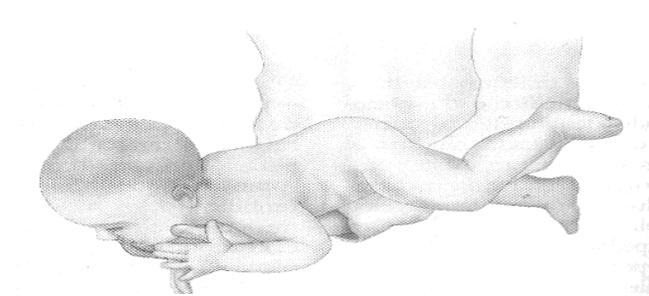
<p>Equipo</p>  <p>Estetoscopio, Servo cuna, Resucitador neonatal con válvula P Laringoscopio con ramas de distinto tamaño, Tubo endotraqueales refrigerados, mascarillas faciales de diferente tamaño, Tela adhesiva hipoalérgica, Conexión de oxígeno y Aire comprimido, lo ideal uso de Blender.</p>	 <p>Neopuff: Es un dispositivo de reanimación manual por flujo de gas diseñado para suministrar a los lactantes respiraciones con un flujo previamente ajustado con presión inspiratoria pico (PIP) y con una presión positiva al final de la espiración (PEEP)</p>
--	---



Para la atención inmediata se debe disponer de un lugar contiguo (Sala de Recepción) o de un sector acondicionado en la misma sala de partos, con las condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesario para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que correspondan a este período. Estas condiciones se deben constatar previo al parto.

ATENCIÓN INMEDIATA

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer en la Sala de Parto. El personal de obstetricia le entrega el RN al/a neonatólogo/a quien lo recibe sosteniéndolo con una mano en la nuca y otra en los miembros inferiores, con una toalla estéril, lo coloca en un nivel levemente inferior al útero, boca abajo, con leve declive de cabeza para facilitar el drenaje de secreciones y evitar la bronco-aspiración.



El objetivo de la atención inmediata es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido, y brindar las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, evitando interferir o demorar en la interacción inmediata madre/hijo/a-progenitor/pareja, favoreciendo siempre que sea posible el contacto temprano.

El personal médico, obstétrico, de neonatología y enfermería debe tener conocimiento completo de los antecedentes perinatales para anticiparse ante cualquier evento adverso y



conservar la buena comunicación y el trato cordial durante todo el proceso, respetando las condiciones del **parto humanizado – Ley Nacional N°25.929.**

Anticipación: Identificar los factores de riesgo y decidir acciones a tomar, incluyendo la posibilidad de referencia oportuna si se ha identificado un factor de riesgo.

Preparación: Para recibir a un recién nacido se debe, verificar stock de material y funcionamiento de los equipos.

Personal: capacitado en atención de recién nacido normal y en reanimación neonatal.

Temperatura ambiente: en sala de parto entre 24 y 26°.

Instrucciones para el/la acompañante: lavarse las manos, vestir camisolín, gorro, barbijo. Podrá colocarse al lado de la madre, estará permitido sacar fotos si lo desea en el momento del nacimiento, luego de ocurrido el mismo y de realizado el contacto piel a piel entre bebé y mamá, si la situación lo permite, acompañará al personal de neonatología/enfermería a la mesa de recepción donde continuará la compañía y colaborará, si lo desea, en algunos cuidados de rutina.



Promover el Contacto temprano piel a piel entre la madre y su bebé

Está comprobado que, si las condiciones del nacimiento lo permiten, el contacto temprano piel a piel entre madre y bebé tiene múltiples beneficios para ambos. Una vez nacido se recomienda colocar al recién nacido desnudo, cubierto con una toalla previamente calentada, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, en compañía de la pareja/persona elegida por la mujer. De ser posible, realizar la primera puesta al pecho. **Está científicamente demostrado que el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar el vínculo materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, favoreciendo el inicio satisfactorio en la lactancia.**

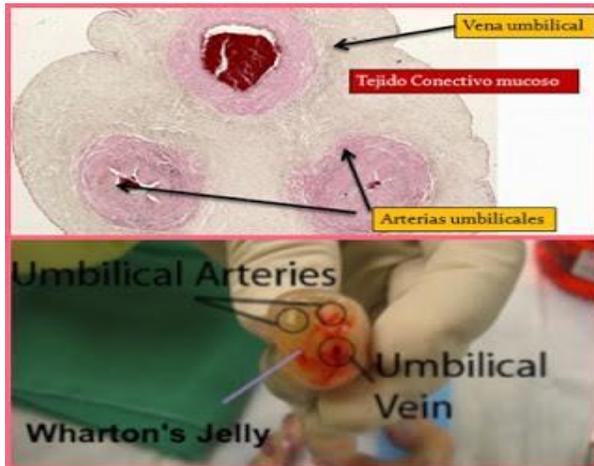
El nacimiento es un proceso muy estresante y el contacto “piel con piel” en los primeros momentos tras el parto disminuye la respuesta al estrés y facilita la adaptación del recién nacido al mundo exterior. De hecho, múltiples instituciones, como la OMS (Organización Mundial de la Salud), la AEP (Academia Española de Pediatría) o la AAP (American Academy of Pediatrics), **avalan los beneficios de este contacto inmediato.**

¿Qué es el cordón umbilical?

Es un conducto flexible formado por **una vena umbilical y dos arterias** envueltas por una sustancia gelatinosa (gelatina de Wharton), que une la placenta con el ombligo del embrión y



del feto; mide unos 50 cm y a través de él se produce el intercambio de oxígeno, anhídrido carbónico y sustancias nutritivas entre la madre y el feto.



Pinzamiento del cordón umbilical



Clamp: dispositivo para cierre del cordón en el RN. Tiene un cierre de seguridad que evita la abertura accidental existen diferentes tipos y vienen en color rosado, celeste y blanco



El cordón umbilical se pinza en dos lugares (onfalotripsia) para luego realizar el corte y la colocación posterior del clamps, que hoy, generalmente, reemplaza al hilo.

La distancia para la colocación del clamp del cordón es entre 3-5 cm desde la unión del cordón con la gelatina de Wharton y la piel. En algunas ocasiones, se pueden ligar o atar con hilo de cordón a la misma distancia. Siempre se debe chequear que el nudo o dispositivo clamp esté bien colocado para evitar el sangrado del cordón.

El momento en que se pinza puede variar en función del equipo médico o, de lo que haya previsto la mamá en el plan de parto.

- **Pinzamiento Inmediato:** antes de los **10 segundos**
- **Pinzamiento Precoz:** entre los **10 y 30 segundos**
- **Pinzamiento Oportuno o tardío:** entre **1 y 3 minutos**.

Según la OMS retrasando el pinzamiento del cordón se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del bebé, incluso hasta los seis meses.

No es indicación en la actualidad el clampeo inmediato en:

Madres con * HIV con carga viral indetectable *Miastenia gravis * Diabetes

RN con * Circular de cordón *Rh no sensibilizada

Simultáneamente al pinzamiento y corte del cordón, se procede a realizar la **evaluación inicial del niño por observación:**

- ¿Hay líquido amniótico meconial?
- ¿Respira o llora?
- ¿Buen tono muscular?
- ¿Coloración rosada?
- ¿Gestación a término?



Extracción de sangre:

Una vez cortado el cordón umbilical, se recoge una muestra de sangre de cordón para la determinación del grupo sanguíneo y Rh. En el caso que se evalúe necesario, se toma otra muestra para el análisis de gases y pH (para conocer el nivel de oxigenación al nacer sobre todo en RN con asfixia.).

Secado del RN: los RN mayores de 1.000 gramos y >28 semanas gestación deben ser recibidos en sala de parto con una toalla o compresa limpia estéril, previamente calentada y suave. Se recomienda secar el líquido que moja al RN, especialmente la cabeza, para disminuir la pérdida de calor que ocurre en pocos segundos, siempre con movimientos suaves no invasivos. Si el RN está haciendo COPAP con su mamá, luego de unos minutos la 1ra. Compresa debe cambiarse por otra que este seca y calentada para que el RN no pierda calor.

La cabeza del RN debe secarse en forma primordial, porque tiene mucha superficie en relación al cuerpo y por ahí se pierde gran cantidad de calor.

El mismo procedimiento se hará en la mesa de recepción donde debe haber una fuente de calor directa.

Los RN de 28 o menos semanas de gestación y con menos de 1.000 gramos serán recibidos y colocados en una bolsa de nylon estéril que permita cerrarse en su parte superior, sin realizar el secado habitual, esta medida ha demostrado que mejora el mantenimiento del calor y la humedad. La bolsa será removida en la incubadora de la unidad de cuidados intensivos neonatales, por el personal de enfermería que lo acondicionará al ingreso.





Identificación del RN: la identificación del RN propiamente dicha debe realizarse lo antes posible después del nacimiento, por alguna de las personas que asisten el parto.

Actualmente, por decisión del ministerio a través del Registro Nacional de las Personas se realiza a través de una Tablet, donde se completan los datos de la madre y su pulgar derecho y luego el neonatólogo se encarga de poner el dedo pulgar derecho del RN en un lector de huellas digitales conectado a la misma Tablet. (Limpieza con alcohol al 70% de Tablet antes y después de su uso en madre y RN)

Próximamente, se tomará una fotografía del RN que pasara automáticamente al registro para seguir con los trámites del DNI.

Más allá de esta identificación, el RN debe tener dos pulseras de identificación con sus datos (apellidos, fecha de nacimiento, hora del parto y sexo) se colocara una en su antebrazo y/o en su pierna y la segunda se colocara a su madre en su muñeca, ambas debe coincidir con los mismos datos.

Las pulseras identificadoras de madre y bebé las realiza y coloca el personal de enfermería en sala de parto. También corresponde completar un libro de actas donde se registra nombre y apellido materno, DNI y número de identificación de las pulseras.



Evaluación del RN en Mesa/Sala de Recepción



Es importante explicar al padre/persona acompañante la rutina de control y profilaxis que recibe el RN en la mesa de recepción, dándole tranquilidad y confianza.

Objetivos:

- ❖ Promover y facilitar la adaptación normal a la vida extrauterina.
- ❖ Conocer y seguir los cambios que ocurren en el RN en su adaptación a la vida extrauterina.
- ❖ Reconocer tempranamente los factores perinatales que afectan adversamente el periodo de transición.
- ❖ Detección precoz de problemas significativos que puedan ser evaluados y tratados apropiadamente.
- ❖ Dar los cuidados óptimos al RN durante este periodo.

Actividades:

- ❖ Colocar al recién nacido bajo calor radiante (37°C), secado exhaustivo con campo precalentado y cambiar campos húmedos (cuidando la termorregulación).
- ❖ Aspiración de secreciones orofaríngeas: **No se realiza aspiración de secreciones como procedimiento de rutina.** De ser necesario aspirar, se debe realizar en forma cuidadosa con movimientos suaves y de corta duración, (y no tan profunda como para estimular la laringe y faringe), por el riesgo de producir espasmo laríngeo o bradicardia.
- ❖ El material a utilizar debe ser nuevo y desechable, los frascos de aspiración deben ser lavados cada vez que se utilizan.
- ❖ La secuencia de aspiración es: boca, faringe, fosas nasales y estómago, si corresponde.



- ❖ Cuando se introduzca la sonda de aspiración debe hacerse sin aspirar; cuando esté en las cavidades realizar la aspiración retirando suavemente la sonda. Tratar de realizarlo al finalizar todos los procedimientos normatizados para el RN.
- ❖ Recordar que el líquido amniótico es un fluido de alto riesgo, por lo que siempre se deben utilizar guantes de procedimientos y no es recomendable el uso de pipetas de aspiración bucal.
- ❖ No se recomienda el paso rutinario de una sonda a estómago, para descartar atresia de esófago, pueden producir lesión en mucosa esofágica, gástrica e incluso perforaciones, reflejo vagal con bradicardia, trastornos circulatorios como elevación de PA (presión arterial) y efectos a largo plazo en la motilidad intestinal. Se reserva para los RN en que hay antecedente de sospecha de malformaciones gastrointestinales o que presentan salivación abundante (sialorrea, signo de alarma para atresia de esófago).
- ❖ **Función Respiratoria:** evaluar esfuerzo respiratorio, color de piel y frecuencia cardíaca. Los signos de dificultad respiratoria son: taquipnea, retracción intercostal y xifoidea, aleteo nasal, quejido espiratorio y cianosis.
- ❖ Los cambios en el sistema cardio-respiratorio del neonato, el líquido que hay en el alveolo se absorbe hacia el tejido pulmonar, y es reemplazado por aire.
- ❖ La vena y las arterias umbilicales vasos contraídos se pinzan, esto remueve el circuito placentario de baja resistencia e incrementa la presión sanguínea sistémica. Los vasos sanguíneos en el tejido pulmonar se relajan disminuyendo la resistencia al flujo sanguíneo permitiendo una transición adecuada.
- ❖ Realizar el Test de APGAR. ligadura y sección del cordón.
- ❖ Administración de vitamina K. 1mg y vacuna Hepatitis B Profilaxis ocular. Antropometría. Identificación del RN. Examen físico del recién nacido.



Triple profilaxis:

- 1- **Vitamina K:** dentro de las 6 horas, debe administrarse una ampolla de 1mg de vitamina K (fitonadiona) por vía IM en la cara antero lateral de uno de los muslos del RN. La vitamina K disminuye el riesgo de la enfermedad Hemorrágica, que puede presentarse desde el nacimiento hasta en las primeras semanas de vida por déficit de la misma. La vitamina K se produce en la luz intestinal por metabolismo de las bacterias y los detritos alimentarios, como en los primeros días recién se produce la colonización de la flora intestinal puede faltar sustrato al hígado para síntesis de los factores de la coagulación vitamina K dependiente.

No está recomendada la administración de vitamina K oral de rutina, ya que no demostró ser tan efectiva como la IM que se administra con una jeringa de insulina de 1 ml con aguja de insulina estéril y previa limpieza de la zona con gasa/algodón con alcohol al 70%.

En el RN que no esté en condiciones, por ser prematuro extremo u otra condición de gravedad, la vitamina K se administrara en la unidad de terapia intensiva neonatal, o una vez estabilizado y antes de su derivación.

- 2- **Vacuna de Hepatitis B:** dentro de las primeras 12 horas, se aplica la vacuna contra la hepatitis B, incorporada al calendario nacional de vacunación obligatoria en el siglo XX. LA VACUNA MONOVALENTE CONTRA LA HEPATITIS B ES LA QUE TIENE QUE USARSE PARA LA DOSIS ADMINISTRADA AL NACER. El régimen de aplicación son 3 dosis a los 0-2 y 6 meses. La aplicación de la vacuna pediátrica tiene de 5-10 microgramos se carga en una jeringa de 1 ml de insulina y se aplica IM en la cara antero externa del **muslo contrario al de la administración de la vitamina K**, con una aguja 15/5 (mosquito) previa limpieza con gasa/algodón con Solución fisiológica o agua destilada, se despega el troquel de la ampolla y el mismo se pega al casillero de vacuna anti hepatitis B de la libreta del RN junto con la firma de la enfermera que realizó la aplicación.



La administración de esta vacuna disminuye cerca del 90% la transmisión de la hepatitis B en forma vertical. Los RN de madres con hepatitis B (+), deben recibir además, en el muslo contra lateral (siempre debe ser el otro porque si no puede neutralizarse entre sí con la vacuna) una ampolla de 0.5 ml con 100 UI de gammaglobulina específica humana anti-hepatitis B preferentemente dentro de las 12 horas de vida y dentro de las 72 horas, en única dosis. Luego se sigue con el esquema de vacunación habitual.

Nuevamente, en el RN que no esté en condiciones, por ser prematuro extremo u otra condición de gravedad, la vacuna se administrará en la unidad de terapia intensiva neonatal, o una vez estabilizado y antes de su derivación.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hepatitis/virus-b>

3- Profilaxis de la conjuntivitis gonocócica: todos los RN independiente de la vía del parto deben recibir esta profilaxis, que se realiza con la aplicación en el saco conjuntival inferior de gel de eritromicina al 0.5% mono dosis repartiendo la dosis entre los 2 ojos. Con una mano se abrirán los párpados y con la otra se aplica el antibiótico. Esta medida disminuye el riesgo de presentar la clásica Oftalmia neonatal gonocócica.

Igual que las demás medidas de profilaxis, si el RN no está en condiciones de recibirla, la misma se administrara en la unidad de terapia intensiva neonatal o una vez estabilizado, antes de su derivación.



RN que requieren oxigenoterapia:

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



Es importante que el personal de enfermería recuerde los LIMITES DE SATURACIÓN en los RN que requieren oxigenoterapia.

¡ATENCIÓN!
NUEVAS RECOMENDACIONES

Saturación óptima en
recién nacidos prematuros *, con cualquier sistema de administración de Oxígeno (ARM, CPAP, halo, bigotera, etc.)

Saturación deseada	Alarma mínima del saturómetro	Alarma máxima del saturómetro
89 a 94 %	88 %	95 %

*de 36 semanas de Edad Gestacional o menores
-Septiembre de 2013-

Test de Apgar:

El/la Neonatólogo/a lleva al RN a la mesa de recepción, donde comienza la evaluación del proceso inicial con el **test de Apgar** (en el marco de la atención inmediata). El test de Apgar permite valorar el estado general del bebé, su vitalidad, es una puntuación que se realiza al minuto, a los cinco minutos y, a veces, a los 10 minutos del nacimiento.

Los cinco signos que se evalúan son:	Cada uno de estos parámetros se puntúa de 0 a 2 y la suma de los cinco alcanza una puntuación máxima de 10. Si el resultado es de 7 a 10 puntos, indica que el bebé está en buenas condiciones. Si es de 4 a 6 , indica que algo no va del todo bien y requiere actuación inmediata. Si es menor de 3 , necesita atención de emergencia como respiración asistida o medicamentos
---	--



	La puntuación APGAR evalúa lo siguiente:
	Respiración, llanto
	Irritabilidad, refleja
	Pulso, ritmo cardíaco
	Coloración de la piel del cuerpo y las extremidades
	Tono muscular

Test de vitalidad del RN Test de Apgar

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lat.x'	> 100 lat. x'
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular lento	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a estímulos	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

7 - 10 Normal

4 - 6 Depresión moderada

0 - 3 Depresión Severa

Se pueden dar dos situaciones:

Niño vigoroso: es un recién nacido de término que llora en forma enérgica o respira espontáneamente, está rosado, con buen tono muscular y la Frecuencia Cardíaca (FC) es más de 100 latidos por minuto. Esta se toma por palpación o visualización del cordón umbilical.



Niño deprimido o que requiere procedimientos especiales: está en apnea (no respira), o realiza esfuerzos respiratorios débiles e inefectivos y/o la FC es menor de 100 latidos por minuto, está cianótico, hipotónico y/o es un recién nacido prematuro.

Puede suceder que la madre recibió medicación opioide (por ejemplo, meperidina para disminuir el dolor durante el trabajo de parto) o sulfato de magnesio por pre-eclampsia grave o como protocolo de neuroprotección en un parto prematuro, lo que puede ocasionar en el RN depresión farmacológica, el neonato presenta depresión respiratoria manteniendo su frecuencia cardiaca por encima de 100 latidos por minuto.

Si el paciente presenta APGAR de 0 a 3 tanto al minuto y a los 5 minutos de vida es un paciente grave que requerirá internación neonatal (depresión grave- grave), con posible mal pronóstico neurológico.

Examen físico exhaustivo en sala de Recepción (en busca de anomalías)

A fin que el niño no se enfríe, la revisión debe realizarse en forma rápida, pero metódica. El examen debe realizarse debajo de una fuente calórica (cuna radiante, servo cuna) deben buscarse malformaciones, signos de lesiones o trastornos que puede presentar en su adaptación a la vida extrauterina. El examen es céfalo caudal, es decir se inicia en la cabeza y termina en los pies:

Cabeza: forma, perímetro, modelaje, tumoraciones, fontanelas y suturas, tamaño, tensión. Los huesos del cráneo están unidos por unas membranas: las fontanelas (molleras) que permiten que la cabeza se amolde en el momento del parto y siga su crecimiento después de nacer.

- La fontanela anterior o bregma, corresponde a un espacio con forma de rombo, de tamaño variable. Se cierra alrededor de los 18 meses.
- La fontanela posterior o lambda, pequeña, de forma triangular, y se cierra alrededor de los dos o tres meses.



Ojos: Tamaño, separación, las opacidades pueden indicar cataratas congénitas, colobomas del iris pueden lucir como una segunda pupila o una ranura negra en el borde de la pupila. Esto le da a la pupila una forma irregular.

Oídos: orejas localización, conformación, simetría, ausencia de malformaciones y permeabilidad del conducto auditivo externo.

Boca: Simetría, tamaño, hendiduras, integridad del paladar.

Cuello: tumoraciones, fistulas.

Tórax: Observar su forma y simetría, palpar ambas clavículas

Pulmones y Respiración: retracciones, quejido, entrada de aire.

La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica).

- Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular.
- Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología.
- Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas de nacido (reabsorción del líquido pulmonar)
- La frecuencia respiratoria normal es entre **40 y 60** por minuto (recordar que los RN son muy vulnerables y fácilmente pueden presentar apneas y paros respiratorios más que en otro periodo de la vida).
- En el RN normal no debe existir quejido espiratorio, ni aleteo nasal.
- Al llorar, especialmente los más prematuros, pueden tener retracción torácica discreta sub diafragmática y esternal.

Corazón y Circulación: Los latidos cardiacos se deben contar **durante 60 segundos** a fin de obtener la frecuencia correcta, soplos, ruidos cardiacos (pulso apical).

Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios.



Los ruidos cardiacos se deben escuchar más intensos en el hemitorax izquierdo.

Todo soplo que persiste más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado. Recordar que en las primeras horas puede persistir el ductus abierto.

La frecuencia cardíaca normal en reposo, habitualmente, corresponde a **120-160** latidos por minuto, pero tiene un rango entre 90-195 por minuto y varía con los cambios de actividad del RN. La frecuencia cardíaca mayor o menor de ese rango mantenida por más de 15 segundos deben ser evaluadas por el médico. La presión arterial debe controlarse en cualquier RN con patología (en general, los dispositivos para realizar toma de TA no invasiva se encuentran en las unidades de cuidados neonatales). Es importante conocer los valores normales, los que pueden variar según el peso y edad del RN.

Botón mamario: es útil evaluar el tamaño para estimar la madurez del recién nacido, presencia de pezones rudimentarios en línea mamilar anterior.

Abdomen: musculatura, ruidos intestinales, verificar si hay distensión, masas palpables.

- 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 distrés respiratorio sugiere hernia diafragmática (se visualiza desde sala de parto).
- Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. *Deben buscarse masas y visceromegalia.
- Se examina el cordón umbilical para conocer el número de vaso, dos arterias una vena. Se tendrá la seguridad que el cordón esté bien ligado y que no pueda producirse hemorragia. Descartar malformaciones como persistencia del uraco.



Inspección de los genitales: localización, testículos, pene, labios vulvares, clítoris, permeabilidad del recto, fisuras.

Cadera: maniobra de Ortolani

Extremidades: verificar números de dedos en las manos y los pies, movimientos de los miembros (paresias o parálisis, fracturas).

Columna: Simetría, escoliosis, presencia de senos dérmicos espinales.

Color de la piel: la palidez puede ser indicativo de shock o anemia, la ictericia en las primeras 48 horas puede indicar enfermedad hemolítica, anormalidad hepática o biliar.

- Acrocianosis: (color azulado de manos y pies) es normal si se presenta en las primeras 24 horas y siempre que el resto del cuerpo este rosado.
- Cianosis Central: (piel azulada, incluyendo lengua y labios) es la consecuencia de una baja saturación de oxígeno en la sangre. Esto puede estar asociado con enfermedades cardiacas congénitas o enfermedad pulmonar (hipertensión pulmonar persistente del RN).
- Cianosis periférica: (piel azulada sin afectar lengua y labios) Puede ser un signo de metahemoglobinemia. La hemoglobina puede transportar el oxígeno, pero es incapaz de liberarlo.

Textura de la piel: El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de post término es mucho más marcada.

En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.

Baño del recién nacido: No es aconsejable, ni tampoco imprescindible efectuarlo como rutina y no debe realizarse en casos de prematuros pequeños o cuando las condiciones clínicas del RN no son las adecuadas (Darmstadt, 2000).



Su utilidad teórica es que en enfermedades como SIDA y Hepatitis B o C la posibilidad de transmisión horizontal al recién nacido disminuye si se realiza un baño cuidadoso para eliminar todos los restos de sangre o líquido amniótico. **En estos casos, o cuando se desconoce la serología materna, sería aconsejable efectuar el baño.**

Se debe utilizar, preferentemente, jabón neutro o soluciones jabonosa como clorhexidina al 2% que impide la colonización con gérmenes Gram positivos (en una única aplicación).

- **Higiene en zona:** detrás de la oreja, cuello, zona inguinal, no es necesario remover el Vernix, **La OMS recomienda desde 2004 mantener la vérnix como protector natural.** El baño solo se realiza para sacar sangre, meconio o material purulento.
- El baño **lava el manto protector natural de la piel** del recién nacido. Esta **barrera protectora** es rica en emolientes, proteínas y antimicrobianos. Al lavarlo exponemos su piel a la colonización de microorganismos hospitalarios.
- **Preservar el Vernix caseoso o unto sebáceo.** Un material asombroso, mágico, graso blanquecino que cubre el cuerpo, dorso, cuero cabelludo y pliegues. Entre sus maravillosas propiedades se encuentran: barrera anti-microbiana, ayuda en la formación del manto ácido de la piel que inhibe el crecimiento de bacterias patógenas, propiedades antioxidantes, mantiene el balance hídrico de la piel, permite una colonización bacteriana por flora normal y posee propiedades limpiadoras y curativas.

Medidas antropométricas: La toma de medidas como peso, talla, perímetro cefálico y torácico deben realizarse de rutina a todo recién nacido. Estos datos deben registrarse.

Método para medir la longitud vértice – talón, se debe realizar con un neonato-metro graduado en cm.



Medida de la circunferencia de la cabeza, sentado y con una cinta métrica de 1 metro graduada en centímetros y tienen que pasar por el diámetro máximo de perímetro cefálico, al igual que lo anterior se debe registra en la hoja de enfermería y en la libreta del RN.



Edad Gestacional: La edad gestacional, el peso y la adecuación de este a la EG permitirán la clasificación del RN. Para la familia es muy importante recibir una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si tiene un primer examen físico normal.

Finalizado el examen Físico

- ❖ Se lo viste y se lo lleva junto a su madre. Hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién nacido que abarca funciones biológicas, psicológicas y anímicas.
- ❖ Alojarse junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo.
- ❖ Controlar los signos vitales: mantener a temperatura adecuada (**36.5 a 37,5°C**) y con poca luz.
- ❖ Vigilar estado del muñón umbilical previa profilaxis con antiséptico, alcohol al 70% o clorhexidina al 2%.
- ❖ Verificar presencia de deposiciones y orina.



- ❖ Hacer valorar por el médico en casos de vómito o sialorrea (salivación abundante), o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anormalidad.

Cuidado de la termorregulación: El riesgo de hipotermia relacionado con la incapacidad de producir calor y aumento de las pérdidas está presente en los recién nacidos prematuros o de término. Mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutro, es uno de los objetivos primordiales de la Recepción y la internación conjunta madre-bebé.

Cuando un recién nacido presenta hipotermia, se produce un aumento del consumo de oxígeno y glucosa, debido a que desencadena el mecanismo de termogénesis química o mecanismo de la grasa parda. **La hipoxia persistente, la asfixia, desencadena vasodilatación cerebral, produciendo fluctuaciones en el flujo vascular cerebral.**

Es conocido la coexistencia entre la fluctuación del flujo sanguíneo cerebral y la hemorragia interventricular en el recién nacido pretérmino.

En la recepción, ante el nacimiento de un recién nacido prematuro, se debe aumentar la temperatura ambiental, precalentar la colchoneta de atención, y las compresas para el secado de la piel para evitar las pérdidas por evaporación. **Si el recién nacido tiene menos de 28 semanas de gestación, se utilizarán bolsas de Nylon de polietileno estéril** de 3 a 4 litros de capacidad, para introducir al niño de abajo hacia el cuello, sin secarle la piel, con el mismo propósito, el paciente debe ser trasladado con dicha bolsa en la incubadora de traslado hacia la UCIN.

Esta práctica evita el estrés que provoca el secado vigoroso y el tiempo que se demora en cambiar los paños húmedos. Durante la internación en la UCIN se retirará la bolsa de nylon y se prefiere el uso de incubadora con humedad, para mantener al neonato en su ambiente térmico neutro, y no la utilización de servocuna dado que en ésta por mecanismo de convección se aumentan las pérdidas insensibles y, además, no permite proteger al recién nacido de luces y ruidos del ambiente.



TERMORREGULACION

Objetivo prioritario de cuidado de enfermería

Mantener la temperatura del RN temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menor gasto metabólico (ambiente térmico neutro).

NORMOTERMICO. Consenso SIBEN (Sociedad Iberoamericana de Neonatología)

ZONA DE CONTROL	RANGO
TEMPERATURA CORPORAL AXILAR Y RECTAL	36,5 - 37,5 °C
TEMPERATURA DE PIEL (TEMPERATURA ABDOMINAL)	36,0 - 36,5 °C



Hipotermia			
Zona de Control	Leve	moderado	Grave
Temp. Axilar-Rectal	36 – 36,4°C	32 – 35,9 °C	< 32 °C
Temp. Piel- Abdominal	35,5 – 35,9	31,5 – 35,4 °C	31,5 °C

Estabilidad térmica:

Control térmico en la sala de partos. **Diferenciar los cuidados del RNT, RN PRETERMINO Y RN MBPN** (muy bajo peso al nacer). La temperatura ambiental recomendada es de 24°C - 26°C (OMS 1997).

PREVENCION DE LA HIPOTERMIA EN SALA DE PARTOS

Colocar el cuerpo del RN menor de 1500gs. SIN secar dentro de una bolsa de nylon desde los pies hacia el cuello, esta es una práctica útil, ya que disminuye un 50% la pérdida de calor por convección y evaporación. Colocar gorro de algodón, y así se lo traslada a la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales).

PREVENCION DE LA HIPOTERMIA EN LA SALA DE RECEPCION:

- Calentar las compresas para recibir al RN. – Cubrir la superficie de la balanza para pesar al RN. - Colocar foco (u otra fuente de calor radiante) por encima de la balanza. - Mantener la temperatura ambiental en aproximadamente **28-30°C** y en la mesada donde se examina al Recién Nacido **36-37°C** (ideal utilizar servo cunas). Utilizar fuente de calor radiante y secado rápido (Evaporación) cubrirlo con sabanitas secas y tibias, (Convección-Conducción). Cambiar rápidamente la sabana mojada. Cubrir la cabeza con la sabanita primero y posteriormente con un gorro de material aislante adecuado (algodón).

Una vez finalizado el Examen Físico si no recuperó temperatura se debe colocar al RNT



desnudo, solo con pañal encima de la madre (piel con piel), quien lo debe abrazar. Cubrir al binomio con compresa estéril, seca y caliente esto favorece la termorregulación, el apego y lactancia precoz.

Medidas Preventivas: Es necesario tener siempre la incubadora de transporte precalentada a 34 – 36 °C disponible para un niño prematuro o enfermo que nace inesperadamente.





ACCIONES DE ENFERMERIA EN EL RN ASFICTICO EN LA SALA DE PARTO

- 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.
- Patrón respiratorio ineficaz. La inspiración o la espiración no proporcionan una ventilación adecuada como producto de la bradipnea que presenta el RN.

OBSERVAR SI EL RN PRESENTA:

Alteración de la protección. Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones que le pueden provocar la falta de oxigenación a los órganos diana.

Riesgo de lesión. Es producido en diferentes órganos como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos del RN en la vida extrauterina.

Riesgo de asfixia. Se pueden desencadenar condiciones desfavorables para la adaptación en la vida extrauterina y deterioro en el intercambio de gases en el organismo.

Alteración de la perfusión hística (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica). Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir a los tejidos a nivel capilar provocado por una asfixia.



Evaluación de enfermería

La evolución y pronóstico del RN dependen del tipo de complicación que presente y está en relación con el tiempo que demora la recuperación inicial del RN en la sala de partos. La puntualidad y la calidad de la reanimación, las medidas profilácticas y el estado general del bebé son factores determinantes en su evolución. La asfixia 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 intensivos 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 que pueden complicar notablemente su evolución (por ejemplo, convulsiones).

Protocolo de Hipotermia

La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) perinatal es la principal causa de muerte y morbilidad neurológica así como de discapacidad ulterior, en el RN a término y pretérmino tardío. Existe evidencia científica de que el enfriamiento corporal total o selectivo de la cabeza es una terapia eficaz para tratamiento ya que disminuye la morbi-mortalidad neonatal.

Si es un RN de término o cercano al término >34 semanas con antecedentes de evento perinatal causante de la encefalopatía y que, además, presenta una encefalopatía moderada/severa según clasificación de estadios de **Sarnat y Sarnat** se aplica **el Protocolo de Hipotermia** en la internación de la unidad neonatal, ya que se demostró en 2008 que previene y mejora las secuelas neurológicas en este grupo de bebés.

LA ACCION EN SALA DE RECEPCION ANTES DE TRASLADAR AL RN A UCIN ES **APAGAR FUENTE DE CALOR** Y TRATAR DE FAVORECER LA HIPOTERMIA (35°C-36°C) **EVITAR LA HIPERTERMIA**, NO UTILIZAR NINGUN MEDIO FISICO PARA EL DESCENSO DE LA TEMPERATURA Y RECORDAR **APAGAR LA INCUBADORA DE TRANSPORTE**.

1. Volpe J. Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. In J.J.Volpe, Neurology of the newborn, 4° ed. Saunders 2001, 331-394.



Cuidados del Recién Nacido Sano

Un RN es aparentemente sano cuando su nacimiento es a término (37 semanas de gestación), cuenta con un peso entre 2.500 - 4.000 gr, una historia familiar, materna, gestacional, perinatal, que no presenta factores de riesgo y cuyo examen físico no presenta hallazgos, todo lo cual permite una adaptación a la vida extrauterina sin dificultades.

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación. La atención inmediata debe cumplir con la observación cuidadosa de todos los parámetros, asegurándonos que estamos ante un recién nacido de bajo riesgo que apenas precisa intervenciones por parte del equipo de salud, la menor interferencia posible favorece la adaptación del bebé a su madre, a su familia y al mundo.

El cuidado del recién nacido sano tiene como objetivo supervisar que su proceso de adaptación a la vida fuera del útero se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de los fenómenos fisiológicos que ocurren en los primeros días. El cuidado de los progenitores es fundamental. Cabe destacar que a la madre que amamanta le compete muy íntimamente su cuidado y que se requiere de un tiempo de adaptación clave entre madre y bebé. El nacimiento de un hijo/a es un impacto existencial.

Internación Conjunta (rooming-in) <https://ajibarra.org/D/post/reciennacidoenormalatencioninmediata>

Existe consenso científico sobre los beneficios de la internación conjunta, esto es, los bebés permanecen en la habitación con sus madres durante su estadía en la maternidad. Luego de la evaluación en la sala de partos los bebés van directamente a la habitación con su mamá. La cohabitación es una experiencia gratificante tanto para los padres como para el recién nacido ya



que les permite el contacto cercano, facilitando su mutuo reconocimiento y la iniciación, práctica y mantenimiento de la lactancia.

Los bebés en su primera hora de vida pasan por un periodo llamado sensible durante el cual suelen estar bastante despiertos (periodo de alerta). Los reflejos de búsqueda y succión son especialmente fuertes durante ese lapso. Es importante aprovecharlos para poner al niño en contacto piel con piel e iniciar el amantamiento.

El cuidado de todo recién nacido comprende, al menos, una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida:

1. La atención inmediata al nacer.
2. Durante el período de transición (primeras horas de vida).
3. Al cumplir alrededor de 6 a 24 horas.
4. Previo a ser dado de alta con su madre del hospital.

Los aspectos más importantes que enfermería no debe dejar de reconocer en la atención inmediata al nacer son:

- ❖ recepción del RN en la sala de parto
- ❖ Aspiración de secreciones solo si es necesario
- ❖ Ligadura y sección del cordón
- ❖ Secado del niño y cuidado de la termorregulación
- ❖ Identificación del RN
- ❖ Antropometría
- ❖ Paso de sonda nasogástrica (**no rutinario** actualmente, solo por indicación médica).
- ❖ Administración de vitamina K, única dosis de 1 mg intramuscular al nacimiento o en las primeras 6 horas de vida para evitar la enfermedad hemorrágica neonatal clásica.



- ❖ Administración de vacuna Hepatitis B, lo protege contra una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis B y se recomienda su aplicación dentro de las primeras 12 horas de vida durante la internación.
- ❖ Profilaxis ocular, lavado previo de la cara eliminando fluidos maternos. Aplicación según técnica: con el índice sobre la ceja y el pulgar en la mejilla, se debe extender el párpado para exponer el saco conjuntival. Se debe dejar actuar un minuto y luego retirar el exceso de medicación.
- ❖ Muestra de sangre del cordón para grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo.
- ❖ Apego precoz.

CUIDADO DE TRANSICIÓN

En el diseño y organización de toda maternidad deben estar garantizadas todas las facilidades para que el cuidado de transición se efectúe junto a la madre

La transición es la secuencia de eventos, que suceden en el recién nacido mientras se recupera del estrés del nacimiento y se adapta a la vida extrauterina. Son resultado de descarga simpática que se reflejan en cambios en la frecuencia cardiaca, en el color de la piel, la respiración, la actividad motora, la función gastrointestinal y la temperatura corporal.

Las primeras horas de vida del RN requieren de la supervisión especial de sus signos vitales, de su temperatura y condición clínica general. Este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, cuidando que se mantenga un buen control de la temperatura. Esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre-bebé en un período especialmente sensible e importante y el **inicio precoz de la lactancia.**

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del RN al medio extrauterino. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardiaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida, es normal



una taquicardia de hasta 180/min (primeros 3 minutos) una respiración de 60 a 80/min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia secreciones en la boca y nariz. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende.

Esta primera etapa se ha llamado **primer período de reactividad**. En las horas siguientes, disminuye la frecuencia cardiaca a márgenes de 120-140/minutos y la frecuencia respiratoria a cifras de menos de 60 por minuto (estas cifras son válidas sin llanto). El niño se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este período dura alrededor de 2 a 6 horas, luego hay un **segundo período de reactividad**. El niño está más activo y con muy buena respuesta a los estímulos. Aparecen de nuevo secreciones en la boca, ocasionalmente puede vomitar. Se escuchan ruidos intestinales. Hay cierta labilidad en la frecuencia cardiaca en respuesta a estímulos exógenos con taquicardia transitoria. La eliminación de meconio puede producir taquicardia o bradicardia transitoria.

Estos períodos se alteran significativamente cuando la madre ha recibido anestesia, calmantes o tranquilizantes.

La supervisión de estas primeras horas requiere el control frecuente cada 30 minutos a 1 hora, de la temperatura, la frecuencia cardiaca, la frecuencia y características de la respiración, saturación de Oxígeno, el color de la piel, el tono muscular y la actividad en general.

SIEMPRE Y CUANDO EL RN SE ENCUENTRE CON UNA TRANSICION DIFICULTOSA.

Descripción Clásica de Desmond's Presenta tres estadios:

1. Primer Estadio (0 – 30 min): Primer periodo de reactividad, los cambios son

Predominantemente simpáticos.

a) Incremento de la frecuencia cardíaca 160 – 180 x' (10 a 15') 100 – 120 x'(30').

b) Respiraciones irregulares 60 – 80 x'.



- c) Presencia de quejido, aleteo nasal, retracciones, crepitantes, breves períodos de cese en la respiración (<10”).
- d) Recién nacido está alerta, presenta movimientos gustatorios, temblores, llanto, movimiento de la cabeza.
- e) Disminución de la temperatura y un incremento generalizado en la actividad motora con aumento del tono muscular.
- f) Ruidos hidroaéreos ausentes, la producción de saliva es mínima.

2) Segundo Estadio (30’ – 2 Horas): Período de respuesta disminuida, expresión parasimpática.

- a) Tendencia a dormir o una respuesta disminuida en la actividad motora. Tono muscular retorna a la normalidad.
- b) La respiración es sincrónica (40 – 60x’)
- d) Un incremento en el diámetro Antero Posterior del tórax puede estar presente.
- e) La frecuencia cardíaca permanece en un rango de 100 – 120x’
- f) RHA audibles, ondas peristálticas pueden ser visibles, sin secreción oral.

3) Tercer Estadio (2 – 8 horas): Segundo periodo de reactividad.

- a) Presenta taquicardia, cambios súbitos del tono muscular, color y RHA, períodos breves de respiraciones rápidas e hipersecreción gástrica.
- b) Eliminación de meconio
- c) Mayor reactividad a estímulos.
- d) El recién nacido parece estar relativamente estable y en condiciones de ser alimentado.



El conocimiento de los cambios normales que ocurren durante el período de transición permite detectar tempranamente al RN que no está realizando una adaptación extra uterina normal.

Recién Nacido Normal. Parámetros físicos. Valores promedio

Peso 2.500 - 4.000 gr.

Talla 48 - 52 cm.

Perímetro craneal 32 - 36 cm.

Perímetro torácico 30 - 34 cm.

Frecuencia cardiaca 120 – 160 X min.

Frecuencia respiratoria 40 - 60 X min.

Temperatura 36,5 a 37,5° C

Diuresis Primeras horas

Catarsis 24 a 48 hs.

FACTORES DE RIESGO PARA UNA TRANSICIÓN DIFICULTOSA

Factores Maternos:

Hipertensión crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal, infección (Urinaria y corioamnionitis), abuso de alcohol o drogas, toxemia, isoimmunización Rh.

Factores Obstétricos:

RCIU (retardo en el crecimiento intrauterino), gestación múltiple, RPM (rotura prematura de membranas mayor de 18 horas) y madre con cultivo positivo a EGB (estreptococo grupo B agalactiae), cesárea, oligoamnios o polihidramnios, SFA (sufrimiento fetal agudo).



Factores Neonatales:

Prematuridad, post-término, PEG, GEG, infección, trauma obstétrico, malformaciones congénitas mayores, Apgar menor o igual a 4 al minuto, la necesidad de reanimación neonatal, anemia, policitemia, otros.

MEDICAMENTOS MATERNOS QUE INDUCEN DEPRESIÓN NEONATAL

Narcóticos (meperidina, fentanilo) Barbitúricos (fenobarbital) Benzodiazepinas (diazepam o lorazepam) y magnesio.

Efectos Neonatales: Al nacimiento pueden o no requerir reanimación neonatal. Después del primer periodo de reactividad: Respiración irregular, T° inestable, succión pobre, actividad espontánea disminuida, retardo en la eliminación de meconio y orina, tono muscular aumentado.

NACIMIENTO POR CESAREA

Primer período de reactividad: prolongado y las manifestaciones clínicas son más acentuadas. Volumen de líquido pulmonar es mayor: taquipnea, aleteo nasal, quejido, retracciones costales, necesidad de oxígeno durante las primeras horas de vida (taquipnea transitoria del RN).

INSUFICIENCIA UTERO PLACENTARIA

Etiología: diversa

Efecto sobre el embarazo: Flujo sanguíneo disminuido, Función de la placenta disminuida.

Efectos sobre el feto y neonato: muerte fetal, RCIU, SFA y asfixia perinatal, transición anormal con adaptación cardiopulmonar alterada, morbilidad neonatal (hipoglucemia), SAM (síndrome de aspiración de meconio), policitemia, depresión neonatal, otros.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE ENFERMERIA DEBE RECONOCER DE UNA

TRANSICIÓN DIFÍCIL.

- Taquipnea persistente, aleteo nasal, quejido y retracciones torácicas.
- Rales difusos y persistentes
- Cianosis persistente y requerimiento de O₂ prolongado (saturación menor a 89% sin O₂)
- Cianosis persistente y O₂ prolongado
- Episodios de apnea persistente
- Palidez marcada
- Inestabilidad en la T° corporal
- Llenado capilar lento
- Presión arterial inestable
- Secreciones orales excesivas

ATENCIÓN DEL RN EN INTERNACIÓN CONJUNTA

La mayoría de los recién nacidos por parto vaginal y aparentemente sanos, deben ser alojados directamente con sus madres, a fin de obtener el deseable contacto precoz madre-bebé. Es aconsejable sugerir a las madres que inicien la lactancia materna lo antes posible, desde el primer momento. Esto no tiene por qué interferir con las actividades de asistencia a realizar.

Propiciar la unión madre-hijo desde el nacimiento y hasta el alta hospitalaria. Evitar que existan separaciones innecesarias, salvo que la salud de alguno de ellos así lo requiera.



Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse, preguntar y aprender a identificar pautas que le facilitarán el cuidado posterior de su bebé, en relación con:

- ❖ Eliminación: Deposiciones
- ❖ Color y piel (ictericia)
- ❖ Comportamiento y reflejos
- ❖ Efectos hormonales
- ❖ Evolución de peso
- ❖ Cuidados del cordón
- ❖ Vacunas y Screening neonatal
- ❖ Pesquisa para cardiopatía congénita, pesquisa: **OEA** Otoemisiones Acústicas Evocadas
- ❖ Alimentación natural (banco leche)
- ❖ Posición en que debe permanecer el RN en cuna.
- ❖ Sueño Seguro y descanso
- ❖ Higiene ambiental
- ❖ Vestimenta
- ❖ Higiene de la piel. Baño
- ❖ Uso de chupete
- ❖ Otras recomendaciones



Fenómenos fisiológicos que hay que explicar a los padres /cuidadores.

Hay una serie de hechos normales propios de este período que llaman la atención de los padres y que pueden provocar ansiedad y alarma si no son bien explicados.

Eliminación: del meconio y deposiciones de transición. Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, que al comienzo es de color café verdoso muy oscuro, casi negro, va cambiando a un color café más claro. A partir del 2^{do} y 3^{er} día es frecuente que el niño tenga deposiciones cada vez que es colocado al pecho y lo haga con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas. Entre el 3^{er} y 4^{to} día las deposiciones adquieren el típico color amarillo oro de la alimentación al pecho.

Es importante explicar a la madre que esto es normal. **La madre primigesta requiere de especial atención en estos aspectos.**

Los bebés pueden tener deposiciones una vez por día a varias veces y ser normal si no se acompañan de otros síntomas abdominales, hay que recordar que la 1^o evacuación intestinal debe ocurrir en los primeros 2 días de vida, si no sucede se debe avisar al médico a fin de descartar las principales causas.

Color y piel: En las primeras 24 horas y después de las primeras 2 horas de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado (acrocirosis). Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritematosas papulares, a las cuales se les ha mal llamado **eritema tóxico**. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular de preferencia en tronco y extremidades. Ocasionalmente, alguna de las pápulas presenta una pequeña pústula en el centro. Se diferencia fácilmente de otras lesiones de la piel de carácter patológico.



Ictericia (color amarillo de la piel) La madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida. Que no es una enfermedad y que sólo en casos excepcionales es patológico. Sin embargo, es también importante que sepa que excepcionalmente la ictericia puede ser intensa y que las cifras de bilirrubina pueden llegar a cifras potencialmente peligrosas. Al alta, se le debe indicar que en caso de que su bebé presente color amarillo en su piel, debe consultar para que sea evaluado y se considere el tratamiento preventivo con fototerapia, de ser necesario ANTES DEL PRIMER CONTROL CITADO.

Comportamiento y reflejos. Tanto la posición y tono corporal del recién nacido como los movimientos reflejos, son hechos que no son familiares para la madre primigesta. Le llama la atención especialmente el reflejo de Moro que se produce con muy variados estímulos, es necesario explicárselos y tranquilizarla. Debemos enseñarle a evitarlo manteniendo al RN en posición de flexión (posición fetal) y sin hiperextensión del cuello ya que incomoda al RN (llanto).



Al tomar al bebé en brazos desde el lugar donde está descansando o dormido y al dejarlo hay que hacerlo lentamente y con suavidad, cuidando que la cabeza no quede sin apoyo.

Recordar: que su cabecita pesa mucho en comparación al resto del cuerpo y su musculatura no puede sostenerla.

Efectos hormonales. Hormonas de la madre relacionadas con la gestación permanecen circulando en el recién nacido durante los primeros días y provocan con frecuencia un aumento del tamaño mamario que se denomina ginecomastia. Esto ocurre en ambos sexos, alrededor del 5º día aparece secreción láctea, que se constata comprimiendo el nódulo mamario, hay que decirles que no toquen las glándulas, porque pueden estar algo inflamadas, tensas y generar dolor e incomodidad en los RN. Ocasionalmente en las niñas puede aparecer una pseudo menstruación. Son fenómenos normales que desaparecen espontáneamente en los primeros días o semanas de vida.

Evolución del peso. En los primeros días, es fisiológico que se produzca una **pérdida de peso**. Tolerándose en los controles diarios de peso en internación conjunta entre un **2 a 3%** diario. Se acepta como normal un descenso entre el **7 y 10%** del peso de nacimiento en el primer control del RN en consultorio. Se recupera alrededor del 7mo día, a veces hasta los 15 días en pacientes con lactancia exclusiva. Cuando al décimo día no se ha logrado la recuperación, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relactación o complemento, según la importancia del descenso de peso y las condiciones clínicas del niño. Los niños de menos de 3 kg, en general, bajan menos, y los de más de 4 kg. pueden bajar más y demorarse



más en recuperar su peso de nacimiento. Es importante conocer esta variabilidad para no apurarse en indicar un complemento con biberón.

Cuidado de cicatriz umbilical. El cordón umbilical se secura, más rápido mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días se desprende.

La manipulación ha de realizarse siempre con las manos muy limpias, por lo que es condición imprescindible lavárselas antes con agua, jabón y cepillo de uñas de ser posible. Es recomendable seguir una serie de normas para facilitar la cicatrización, tales como: No utilizar polvos secantes que provocan una desecación rapidísima, causante a veces de ombligos sangrantes durante 15 o más días, o de favorecer las infecciones (onfalitis). Evitar todas aquellas cosas que favorezcan la humedad (fajas, ombligueras, vendajes). Si se puede, bañar al bebé con el ombligo respetando la zona y no mojándolo o secando muy bien y sin miedo la base del ombligo. Si le da miedo manipularlo es preferible que lo bañe sólo parcialmente durante los 7-10 días que dura normalmente la cicatrización, sin mojar la herida umbilical.

La higiene del cordón con baño y secado natural, podría ser considerada una práctica alternativa a la higiene con alcohol, ya que el mismo retarda la caída del cordón umbilical a pesar de su acción antiséptica.

(Fuente: Artículo original "Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado" Arch Argent Pediatr 2011;109 (4):305-313/305).

No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor del ombligo, lo que debe hacer sospechar de una infección o si la caída se prolonga más de 7-10 días, si huele mal y/o presenta mal aspecto, así como si después de su caída sigue manchando el pañal con secreciones sanguinolentas, **deberá ser visto por personal médico.**



Con frecuencia se presenta una hernia umbilical que se hace más apreciable después que se ha caído el cordón. En la gran mayoría de los casos ésta no requiere tratamiento y desaparece espontáneamente antes de los 4 años.

¿POR QUÉ CURAR?

Enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de la piel alrededor del muñón.

Tono muscular deficiente y flácido

Secreción amarillenta y mal oliente del muñón.



LA ONFALITIS

Succión Débil

Fiebre

Vacunas y screening neonatal.

Se indica la vacunación BCG (Bacilo Calmette Guerin) a todo recién nacido antes del alta hospitalaria, excepto tenga causa de contraindicación.

Esta vacuna la aplica personal de enfermería del Vacunatorio que pasan regularmente por la sala de internación conjunta. Es de aplicación por vía intradérmica, en el músculo deltoides del brazo izquierdo.

Se debe explicar a la madre el procedimiento y las reacciones locales que aparecerán al mes de aplicada la BCG. En algunas ocasiones el brote de la vacuna es intenso y presenta supuración con caseum, que manchara la ropa, esto es normal, que no se debe preocupar ni realizar curaciones ni higiene con antisépticos. Evitar mojar.



Si al mes no brota la vacuna BCG debe consultar al médico. La enfermera del Vacunatorio debe asentar en la libreta del RN su aplicación, la cual será revisada y requerida en el momento del alta hospitalaria.

No se debe aplicar en hijos de madre HIV+ ya que estos bebés si se contagiaran podrían tener una alteración en su inmunidad y la vacuna podría hacer formas graves de infección generalizada en estos RN.

El médico debe realizar indicación en la hoja de prescripciones médica con el rótulo NO APLICAR BCG, como parte de lo que llamamos seguridad del paciente, si no está indicado la enfermera debe alertar al médico de la falta de indicación y debe explicárselo a la madre para tener una tercera barrera de errores.

Tampoco se aplican a los bebés que pesan menos de 2.000 gs. Pero ellos en general son atendidos en las unidades neonatales por lo menos al principio, cuando pasan a la internación con su madre hay que revisar que haya recibido la vacuna y si no hay que indicársela en ese momento.

Se realiza un examen de screening para 6 enfermedades congénitas como lo son: el hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística del páncreas, hiperplasia supra renal congénita y déficit de biotinidasa. Estos exámenes son (obligatorios por Ley Nacional Nº 24.438) esta muestra debe realizarse luego de las 36 horas de vida preferentemente después de las 48 horas y antes del egreso hospitalario

Todo RN debe recibir el alta CON la toma de la muestra de sangre para la realización de estas determinaciones

Las muestra son tomadas por los técnicos que dependen del servicio de laboratorio los 365 días del año y se procesan en el hospital provincial todas las semanas por lo cual todo RN debe cumplir con esta pesquisa universal, lo resultados se buscan por sistema entre 2 y 3 semanas. Si alguna determinación da patológica se cita a la madre y el RN mediante un llamado telefónico,



para repetir la muestra, en este caso la madre con el RN espera el resultado y si es patológico se interconsulta al especialista y comienza con el tratamiento en el mismo día.

La detección de cardiopatías congénitas (TEST DE KEMPER): se basa en la evaluación clínica pre-alta, junto a la utilización de Oximetría de Pulso para detectar recién nacidos con algún grado de hipoxia, cuya causa podría ser una cardiopatía congénita. Se trata de una intervención sencilla, no invasiva, realizada por parte del personal de Enfermería en pocos minutos, junto con la rutina de alta del RN sano. Sólo se necesita un oxímetro de pulso.

Por medio de esta pesquisa se intenta realizar una detección oportuna de pacientes con malformaciones cardíacas sin diagnóstico prenatal, estabilizarlos y, eventualmente, decidir su derivación.

¿En qué momento se realiza? La pesquisa de cardiopatías congénitas se debe realizar en todos los recién nacidos de internación conjunta junto con los controles de alta. Se hará luego de las 24 horas de vida y lo más próximo al egreso que sea posible.

¿Cómo funciona el algoritmo? El personal de Enfermería debe realizar el control de los signos vitales del recién nacido y la valoración clínica completa. Luego, **se colocará el oxímetro de pulso en la mano derecha (preductal)** del paciente y, a continuación, se lo colocará **en cualquiera de los dos pies (posductal)** hasta obtener una lectura confiable. Es necesario obtener estos dos registros para la realización de la pesquisa.

- Si los valores de saturometría son mayores o iguales a 95% y la diferencia entre la mano derecha y el pie es de 3 puntos o menos, la prueba se considera negativa y el recién nacido puede ser dado de alta luego de completar la rutina de egreso habitual de cada institución.
- Si la saturación en la mano derecha o cualquiera de los dos pies es menor o igual a 89%, la prueba se considera positiva y se deberá comunicar esta situación al médico tratante.



- En el caso de valores de saturometría entre 90-94%, o bien con una diferencia entre la mano derecha y el pie mayor o igual a 4 puntos, se deberá repetir la prueba después de 1 hora. Los pacientes que requieran una segunda lectura seguirán los criterios iniciales. Es decir: si se obtiene un valor de saturometría inferior a 89% la pesquisa se considerará positiva; y, si el valor de saturometría es superior o igual a 95% y existe una diferencia entre la mano derecha y un pie de 3 puntos o menos, se podrá ir de alta. Puede que exista un porcentaje de pacientes que, aun después de la segunda prueba, no puedan definirse. En ese caso, se recomienda realizar una tercera lectura, 1 hora después de la segunda. Si, luego de la tercera lectura, la prueba sigue dando entre 90% y 94%, o con 4 puntos o más de diferencia entre la mano derecha y el pie, la prueba será considerada positiva y se debe proceder en consecuencia.

¿Qué se debe hacer en caso de una prueba positiva? Frente a una prueba positiva, se debe notificar inmediatamente al médico a cargo, colocar **saturación preductal (mano derecha) y posductal (algún pie)**; medir la tensión arterial en forma no invasiva en los cuatro miembros y auscultar buscando presencia de soplo. Evaluar la presencia de causas no cardiológicas que pudieran justificar la hipoxia. Estos pacientes van a requerir ser ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o, en caso de que el hospital no cuente con internación, deberán permanecer en un sector monitorizado con control de enfermería en todo momento, para su mejor evaluación. Realizar radiografía de tórax. Consultar con personal de cardiología infantil para la realización de un ecocardiograma cardíaco.

Pesquisa: OEA Otoemisiones Acústicas Evocadas. La detección temprana de la hipoacusia es una medida muy eficaz desde el punto de vista de la prevención. Se realiza previo al alta.

Ley 25.415, sancionada el 4 de abril de 2001, de Creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. A la cual adhiere la Provincia de Neuquén, y que cada Centro implementará de acuerdo a sus normativas Institucionales.



Alimentación natural. Las ventajas insustituibles que tiene la leche materna. Las pacientes que se controlan en el sistema de salud tienen la posibilidad de asistir a una charla de preparto donde se la informa y prepara (junto a la pareja) para el amamantamiento, entonces, ya vienen con alguna preparación que se tendrá que reforzar en la internación. Este es uno de los momentos para proporcionarle o reforzar información a la madre respecto a la lactancia natural y sus ventajas. Debe recibir apoyo para su inicio, técnica y ganar seguridad frente a las dificultades iniciales que se presentan en el amamantamiento. El apoyo de todo el personal de salud durante su estadía en Puerperio es decisivo para una buena lactancia.

Beneficios de la lactancia: disminución de:

- Alergias.
- Infecciones del oído.
- Gases, diarrea y estreñimiento.
- Infecciones estomacales o intestinales.
- Enfermedades de la piel (tales como eccema)
- Enfermedades respiratorias, como la neumonía y la bronquiolitis.
- Problemas de sibilancias.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000639.htm>



EN DICIEMBRE El Hospital será evaluado para ser reacreditado como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño". Encuestarán a cualquier persona de la institución.

10 pasos para una lactancia materna exitosa

¿Sabías que el Hospital Castro Rendón tiene una política en LACTANCIA MATERNA?

- 1 **Disponer de una política** por escrito relativa a la lactancia natural.
- 2 **Capacitar a todo el personal** de salud para poner en práctica esa política.
- 3 **Informar a todas las embarazadas** de los beneficios de la lactancia natural.
- 4 **Ayudar a las madres** a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto.
- 5 **Mostrar a las madres** cómo se debe dar de mamar al niño.
- 6 No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin **ningún otro alimento o bebida**, salvo cuando medie indicación médica.
- 7 **Facilitar el alojamiento conjunto** de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8 **Fomentar la lactancia natural** cada vez que el niño la pida.
- 9 **No dar** a los niños alimentados a pecho, **chupetes artificiales o biberones**.
- 10 **Fomentar el apoyo y acompañamiento a la lactancia**, a través del consultorio de Consejería.



Algunas recomendaciones para la lactancia

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD



Durante el primer mes, el bebé se pasa durmiendo gran parte del día, de 16 a 18 horas. Pero se despierta a menudo durante cortos períodos para comer (de 7 a 12 veces al día). Al principio, sonrían por razones desconocidas. Pero, sobre el mes de vida, empiezan a sonreír cuando ven una cara conocida.

Alimentación sana: ¿Cuál es el mejor alimento?

La mejor alimentación para su hijo hasta los 6 meses de vida es la lactancia materna. La leche humana y el calostro (el líquido amarillento que segrega la mama los dos o tres primeros días) ayudan a proteger a su hijo contra muchas enfermedades e infecciones. Los niños alimentados con pecho presentan un riesgo menor de catarros, alergias, diabetes, diarrea, eccemas (dermatitis atópica), asma y otitis media, además digerirá fácilmente la leche y no presentará alteraciones nutricionales, ya que es la leche propia de la especie humana.

¿Cómo se evalúa la succión correcta? Si está Panza con Panza, prendido a la areola y no al pezón, no le duele cuando succiona, mueve las orejas, escucha que traga y al desprenderse el pezón no está deformado.

Como posicionarlo



¿Cuántas tomas debo darle?



Como norma general, el niño debe tomar pecho a demanda, es decir, cada vez que tenga hambre. Al principio lo hará con más frecuencia, pues tendrá menos fuerzas y se dormirá antes. Esto viene bien a la madre, porque así producirá cada vez más leche, adaptándose a las necesidades de su hijo.

Un recién nacido, normalmente, mama entre 8 y 12 veces en 24 horas.

¿Cómo sé que no se queda con hambre?

En los primeros quince días de vida, lo normal es que su hijo pierda algo de peso. No se preocupe. No es que tenga poca leche. Es un proceso normal de todos los recién nacidos. Póngalo a mamar cada vez que quiera, con mucha frecuencia, como mínimo 6 o 7 veces al día. Verá cómo cada vez produce más leche.

Ventajas y beneficios para el bebé:

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, otras). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.
- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.



- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.
- La leche materna está siempre disponible, a la temperatura adecuada y en perfectas condiciones higiénicas. Siempre hay que lavarse las manos antes de amamantar.

Estos beneficios son aún más importantes en el caso de bebés que nazcan prematuros o con alguna otra afección (síndrome de Down, fenilcetonuria, malformaciones, otras).

Conservación de leche humana para Congelar: Conservarla en un recipiente apto para alimentos (frascos de vidrio con tapa plástica, bolsas contenedoras de leche materna envases plásticos. **RECORDAR: etiquetar el frasco con fecha y hora de extracción.**

Conservación de leche humana en la Heladera: después de extraer la leche, almacenarla en la heladera, siempre **en un estante del centro, No en la puerta.**

Para entibiar la leche: se debe hacer en baño maría (no sobre el fuego directo) o bajo el chorro de agua tibia (**nunca** usar el microondas).



CONSERVACIÓN DE LECHE EN SU CASA:

TIPO DE LECHE	T° AMBIENTE	HELADERA	FREEZER
Recién extraída	Usar en el momento	48 hs.	3 meses
Previamente Congelada y descongela en la Heladera	No dejar a T° Ambiente	24 hs.	No volver a congelar
Descongelada en baño maría	Usar en el momento	NO	NO
Leche sobrante de la toma	Desechar	desechar	desechar
Transporte de Leche cruda congelada para donar al BLH	NO	NO	Para congelar utilizar la siguiente forma: por cada biberón de leche humana, 3 biberones o botellas con agua congelada (hielo) para su transporte al BLH.

Banco de leche

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



Es importante promover la donación de leche en las madres que amamantan. **El Banco de Leche es un dispositivo sanitario de recogida de leche materna a fin de procesarla, almacenarla y dispensarla a los niños que la necesiten.** La leche de donante se utiliza en ámbito hospitalario (prematuro, neonato que han sido sometidos a alguna intervención quirúrgica, infecciones, inmunodeficiencias y otras condiciones). Puede ser donante de leche cualquier madre que esté dando el pecho (hasta los 6 meses después del parto). En el Banco de Leche se le hará una entrevista. No podrán donar leche las mujeres fumadoras, que tomen ciertos medicamentos o drogas, que consuman alcohol, que tengan enfermedades crónicas o infecciosas y las que hayan practicado conductas de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

Sueño Seguro

¿En qué posición debo dejarlo?

En la actualidad la Sociedad Argentina de pediatría, UNICEF y el Ministerio de salud recomiendan colocar a los bebés sanos nacidos a término, en una cuna con colchón firme, sin almohada, dejar en posición boca arriba con los pies en contacto con la cuna y los brazos libres por fuera de la ropa de cama para evitar problemas respiratorios y muerte súbita. Está demostrado que esta posición no aumenta el riesgo de generar un problema si el niño vomita.

Posición adecuada del recién nacido:

Decúbito supino (boca arriba) No hace falta colocar al niño en posición de Trendelenburg, ya que el peso del contenido abdominal presiona el diafragma, dificultando la expansión pulmonar y también el retorno venoso cerebral.

Se puede lateralizar la cabeza del recién nacido.



Otras recomendaciones:



No es aconsejable el colecho, es decir, que comparta la cama con un adulto, porque existe riesgo de sofocación, aplastamiento o caída. Especialmente, si los adultos son fumadores, tienen sobrepeso, toman medicación para dormir o consumen alcohol.

Si practican el colecho tener presente:

- ❖ No colocar al RN entre la madre y otra persona, cuando se van a dormir.
- ❖ Sólo las madres liberan hormonas, que mantienen el sueño liviano y permiten que se despierte con el llanto o movimientos del bebé.

No permitir que se fume en la casa, ni en la habitación y tampoco la utilización de sahumeros, aromatizantes de ambiente, hojas de eucalipto o espirales.

Es muy importante la ventilación de los ambientes, especialmente, si la calefacción se realiza con brasero o estufa a leña. No sobrecalentar el ambiente, no arropar demasiado, usar ropa de algodón preferentemente sin color (principalmente la que está en contacto con la piel del niño) por las anilinas y tinturas.

Evitar el exceso de ruido.

Sueño y Descanso:

De las 24 horas del día, el recién nacido normal pasa cerca de un 80% en fase de reposo (18 a 20 horas durmiendo, periodos de 2 horas de sueños aproximadamente y de 20 a 30 minutos de vigilia), dedicando las restantes a su alimentación.

Higiene Ambiental

- ❖ **Habitación:** Por comodidad de la madre, durante los primeros meses, las cunas pueden estar en la habitación de los padres, pero es importante que los niños puedan disponer luego de su propia habitación. Es conveniente que este espacio reúna las siguientes condiciones:



Aireación suficiente, soleada, sin humedad y con fácil acceso desde donde duermen los padres. Tranquila y sin ruidos. Con temperatura ambiente entre **18- 22 °C** en invierno. Si se utilizan radiadores deberán ser eléctricos, nunca de butano, y las cunas estarán lo más alejadas posible de ellos.

Si se utilizan equipos de aire frío calor en verano deben colocarse en 22-24°.

Para neutralizar la sequedad ambiental que producen, se colocará algún recipiente con agua. El mobiliario ha de ser lo más sencillo posible, con muebles poco complicados o altos, sin alfombras ni cortinas excesivas que atrapen polvo. Los enchufes siempre deberán quedar fuera del alcance de los niños y estar protegidos.

- ❖ **El Vestido:** Deben de cumplir la misión de proteger su fina y delicada piel y conservar su temperatura; por ello debe adaptarse a las condiciones ambientales reinantes. Las ropas del bebé, como las del adulto, están sujetas al "fenómeno moda"; ahora bien, deben de cumplir una serie de condiciones generales como:

Han de ser fáciles de poner y quitar. No deben de tener botonaduras complicadas, lazos o broches imperdibles. Deben abrocharse por detrás. Deben pasar cómodamente por la cabeza, sin ejercer presión. No deben de tener costuras gruesas que "marquen" la piel, ni apresto.

Deben estar confeccionadas con hilo o algodón, huyendo de las fibras sintéticas e inflamables como el nylon. Han de ser holgadas para que permitan una buena movilidad de brazos y piernas y no compriman otras partes del cuerpo.

El uso de gorritos de lana en los meses fríos depende más de costumbres o hábitos que de necesidad, sin embargo, si es otoño o invierno, o si tu casa está muy fría, cubrirle la cabecita puede ayudar a tu bebé a mantenerse calentito.

La ropa de cuna también tiene mucha importancia por el tiempo que el niño pasa en ella sobre todo en los primeros meses. La ropa a poner dependerá de la estación del año y la zona



climática. En general y en época invernal será suficiente con dos sábanas de hilo o algodón, sin aprestos, una manta de abrigo y una colcha. **No es aconsejable el uso de almohadas, pues hacen que el pequeño adopte posturas que pueden producir asfixia**

- ❖ **La Cuna:** Durante los 3 o 4 primeros meses se suele utilizar el "moisés" o canasto, por ser fácilmente transportable. No hay inconveniente en su uso, siempre que no sea demasiado profundo, ni sus paredes demasiado rígidas y tupidas, ya que pueden ser causas de acumulación de anhídrido carbónico (procedente de la respiración del niño) y asfixia. Evitar la permanencia prologada del bebé en el "huevito" por la posición que adquiere la cabeza.

La cuna debe cumplir los siguientes requisitos: ser suficientemente amplia (120 x 70 cm.) Plataforma inferior rígida (no demasiado mullida). Los barrotes de las paredes laterales han de estar separados no más de 6 cm. Su altura será de 70-80 cm. Los huecos entre el colchón y los laterales no deben ser superiores a 2,5 cm. El grueso del colchón no debe exceder los 10 cm. Y el material de fabricación debe ser de "llama retardada" material ignífugo. No debe tener aristas agudas, adornos peligrosos ni clavos o grampas que puedan desprenderse y dañar o ser tragadas por el niño. Las pinturas o barnices utilizados no deben de ser tóxicos.

- ❖ **Higiene de la piel, cabellos y uñas:** La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener su bienestar. Como ya hemos comentado, la piel del recién nacido y lactante es un tejido muy delicado, por lo que requiere un especial y atento cuidado, especialmente en el área del pañal, porque es la zona en contacto con las heces y la orina, y por esta razón, es vulnerable a irritaciones.

Para evitarlas debemos:



Cambiar frecuentemente los pañales para que esté el menor tiempo posible en contacto con heces y/o orina. Mantener la zona seca y aislada de las heces y orinas mediante la aplicación de "cremas protectoras", pasta base, oleo calcáreo.

NO es recomendable el uso de polvo de talco, aparte de mantener la humedad, al contacto con las orinas, forma unos pequeños "cristales" que cortan la piel y favorecen las infecciones. Tampoco es aconsejable el uso de colonias sobre la piel del bebé.

Enfatizar a los padres como realizar la higiene si es niña; siempre de arriba hacia abajo, es decir, desde arriba hacia el ano, para evitar la contaminación de la uretra y vagina con gérmenes del tracto intestinal; en el caso de los varones realizar la higiene sin movilizar el prepucio, pero limpiando cuidadosamente.

El cambio de pañal conjuntamente con la higiene del cordón estimula el alerta activo del recién nacido antes de alimentar, constituye entonces una estrategia útil para los bebés que no demandan alimento espontáneamente o muy somnolientos. Otra posibilidad es realizar el cambio de pañales luego de alimentar dado que por las características del sistema digestivo de los recién nacidos, suelen tener deposiciones mientras se alimentan o inmediatamente después de hacerlo. Cuando el cambio de pañal y la higiene de cordón se realizan luego de la alimentación, hay posibilidades de que el recién nacido regurgite de manera que hay que preparar a los padres para que ante la posible ocurrencia de este evento no se alarmen, alentándolos a que movilicen al bebé en forma lenta y lateralicen la cabeza del niño en caso de regurgitación.

Lavarse bien las manos antes y después de la higiene al bebé.

Se puede utilizar, después del baño, un "aceite de almendras", oleo calcáreo, sobre todo en las primeras semanas, donde las descamaciones de la piel son frecuentes. Lavar el cabello sin introducir la cabeza en el agua, de modo suave y cuidando que el agua no corra imprevistamente sobre el rostro. La costumbre de cortar el pelo, para que "salga con más



fuerza", no tiene fundamento, ya que el pelo del nacimiento suele caerse hasta pasado el primer año.

Las uñas se deben mantener cortas y limpias ya que son vehículos de infecciones, sobre todo gastrointestinales, por la tendencia del bebé de llevarse las manos a la boca y, además, se pueden producir arañazos. Durante los primeros meses NO usar tijeras sino limarlas paralelamente a las yemas de los dedos, con lima de cartón con mucha paciencia y suavidad, sin agredir la piel. Luego, al usarse tijeras deben ser de bordes romos y se deben desinfectar previamente con alcohol o en su defecto limpieza con agua y jabón.

BAÑO: Debería iniciarse posterior a la caída del muñón del cordón, el baño diario del bebé deberá ser norma obligada (aunque esté resfriado o tenga fiebre), ya que le proporciona limpieza, satisfacción y sirve como iniciación de los hábitos de limpieza para edades posteriores; a la vez que se estrecha la relación madre/padre-bebé.

- Preparación. Cualquier hora es buena para bañarlo, aunque debido a su poder relajante se recomienda como parte de la rutina de final del día. La preparación ha de ser cuidadosa y sin prisas, colocando al alcance todo lo necesario: jabón, toallas, cremas, peine, ropa y cuidando la temperatura ambiente entre **22-24°C**.
- Bañera. El recipiente más adecuado es la bañera infantil portátil de goma o plástico alta, que nos permita un buen manejo del niño.
- Agua. La temperatura será la misma que la del cuerpo, **36-37°C**. Se puede controlar bien con un termómetro o metiendo previamente el codo desnudo ya que es una zona sensible, deberá notar una sensación agradable.
- Técnica. La forma de sujetar al niño consiste en pasarle el brazo izquierdo bajo la nuca, de forma que sirva de apoyo a su cabecita, siguiendo a lo largo de su espalda para sujetar con la mano su muslo izquierdo. Así nos queda nuestro brazo derecho para manipularlo.



- Jabón. Se utilizarán jabones especiales suaves neutros "de glicerina" o bien de ph ligeramente ácido.
- Duración. Especialmente durante el primer trimestre NO debe ser prolongado, el bebé no regula bien su temperatura interior, por lo que no debe permanecer desnudo más del tiempo necesario para lavarle.

Al retirarlo de la bañera, envolverlo rápidamente para secarlo y apoyarlo en una superficie cercana, para secarlo sin friccionar. NO introduzca nunca hisopos en los oídos o fosas nasales, limitándose a secar con un algodón o gasa la parte periférica de estos orificios.

NO usar cordones, cintas o cadenas en el cuello, brazos o piernas del recién nacido, dado que pueden ceñirse y obstruir la entrada de aire o la circulación.

NO usar alfileres o prendedores con punzante en la ropa del recién nacido pueden causar lesiones.

Chupete:

Cumple la misión de satisfacer la tendencia innata del niño a chupar o succionar, que le proporciona consuelo y le tranquiliza. Puede ser un sustituto válido de los dedos, ya que el bebé tiene tendencia a succionarlos. **Se recomienda recurrir al chupete sólo cuando la lactancia materna exclusiva ya está bien instalada no antes porque puede confundir al RN y costar más la instalación de la lactancia.** Algunos estudios señalan el uso del chupete como un factor protector del síndrome de muerte súbita del lactante. Los odontólogos infantiles opinan, generalmente, que es menos perjudicial que los dedos, pues la consistencia dura de éstos produce más fácilmente la deformación de la encía superior y el paladar. Hay que tener en cuenta los siguientes detalles:

- Ha de ser anatómico y, de ser posible de una sola pieza para evitar atragantamientos.
- La consistencia ha de ser blanda y preferiblemente de silicona, ya que el caucho es, muchas veces,



un material alérgico para la delicada piel, favoreciendo la aparición de eczemas o rojeces peribucales; además, con el uso se agrietan y favorecen la retención de gérmenes y suciedad.

- Al igual que las tetinas ha de esterilizarse a menudo, hirviéndolo o lavándolo bien con agua jabonosa al menos una vez al día y cada vez que caiga al suelo.

- Nunca se deberá mojar con miel o azúcar, incurriendo en un hábito nocivo para su futura dentadura, además de llevar gérmenes o incluso contagiarse de botulismo.

Otras Recomendaciones:

Recomendaciones para padres en relación al manejo de las visitas en el hogar: - Limitar las visitas al círculo afectivo mínimo. - Evitar un número de más de dos personas en simultáneo en contacto con el recién nacido. - Todas las visitas se lavarán las manos con agua y jabón común al ingreso al hogar. - No interrumpir el sueño del recién nacido. - Las personas **con fiebre o procesos respiratorios en curso no pueden ingresar al hogar donde hay un recién nacido.** - Evitar que diversas personas tengan en brazos al recién nacido. - Evitar que besen al recién nacido, estornuden y/o tosan cerca del mismo.

Respecto de las salidas: - Limitar las salidas a las mínimas indispensables; ejemplo: control médico. - Elegir de preferencia los lugares al aire libre en horarios de temperatura agradable. - No exponer al recién nacido al sol directo. - Evitar las corrientes de aire. - Evitar los espacios cerrados con mucha afluencia de público: shopping, supermercado, espectáculos públicos, reuniones sociales. - Evitar los lugares donde se fuma o hay mucha contaminación ambiental.

Signos de alarma en el recién nacido ante los cuales los padres deben consultar inmediatamente:

- ❖ Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal (color azulado, violáceo o palidez).
- ❖ Dificultad para respirar.



- ❖ Hipotermia o hipertermia
- ❖ Temperatura axilar fuera del límite de normalidad pautado.
- ❖ Rechazo del alimento. Vómitos biliosos, salivación excesiva, distensión abdominal
- ❖ Ausencia de deposiciones por más de 72 horas o deposiciones con sangre
- ❖ Ausencia de orina por más de 18 h.
- ❖ Rodete enrojecido en la zona del cordón umbilical. Olor fétido, secreciones en el cordón umbilical.
- ❖ Coloración amarillenta de piel y/o conjuntivas oculares o palidez
- ❖ Letargo, flacidez muscular
- ❖ Llanto incoercible, Trastornos sueño y vigilia
- ❖ Convulsiones.

Cuidados de los padres en el alojamiento conjunto durante la estadía en la maternidad: los progenitores, al igual que su hijo/a recién nacido necesitan ser cuidados, tal cual lo postulan los principios del cuidado centrado en la familia. Para que sus necesidades se vean satisfechas y las posibles complicaciones puedan detectarse y se resuelvan precozmente, es imprescindible la presencia, en el área de alojamiento conjunto, de **personal de enfermería comprometido y capacitado en su rol**. La anticipación ante signos de alarma y la canalización oportuna de inquietudes facilita el diagnóstico y la resolución de problemas en tiempo y forma. Esto favorece la confianza de los padres en el equipo de salud y promueve una adecuada comunicación entre los padres y Enfermería.



Al momento en que los profesionales se relacionan con las familias y sus hijos, hay algunos aspectos importantes a tener presente:

- Conocer los antecedentes perinatales.
- Presentarse y explicitar la franja horaria en la que estaremos a cargo.
- Llamar al recién nacido por su nombre.
- Incentivar el vínculo entre familia y bebé.
- Fomentar la observación de las señales del bebé.
- Incluirlos en todas las actividades relacionadas con el cuidado del bebé.
- Utilizar lenguaje acorde para facilitar la comprensión de las recomendaciones.
- Favorecer la consulta de dudas y el aprendizaje por parte de la familia.
- Enseñar los cuidados básicos, signos de alarma y resolución de problemas frecuentes.
Capitalizar experiencias anteriores de la familia.
- Valorar la comprensión y apropiación de las pautas de cuidado ofrecidas.
- Detectar referentes cercanos para generar marco de contención.
- Citarlos para el seguimiento o referirlos al efector de salud más cercano.
- Fortalecer su autoestima como familia cuidadora.
- Facilitar material escrito sobre aspectos relevantes del cuidado de fácil comprensión (Cartillas).
- Al detectar necesidades o riesgos bio-psicosociales, solicitar la intervención del servicio psicosocial.

Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto Prof. Lic. Rose Mari Soria Rev. Fundasamin N° 22.



COMPLICACIONES DE LA DIABETES MATERNA CON POSIBLE REPERCUSIÓN FETAL



Las mujeres con diabetes pueden tener problemas de presión arterial alta lo que puede causar complicaciones durante el embarazo. La hipertensión durante el embarazo aumenta el riesgo de sufrimiento fetal agudo o crónico y que la madre presente pre-eclampsia, un problema médico grave que puede causar convulsiones y problemas en los riñones o el hígado de la madre. La pre-eclampsia también aumenta el riesgo del nacimiento de un niño muerto. Las mujeres con nefropatía (enfermedad del riñón causada por la diabetes) e hipertensión tienen mayor riesgo de pre-eclampsia y retraso del crecimiento del bebé dentro del útero.

La diabetes provoca hidramnios. En esta afección, el saco amniótico que rodea al bebé contiene una cantidad mayor de líquido amniótico y esto puede provocar trabajo de parto y parto prematuro. Está demostrado que la diabetes favorece la existencia de una mayor frecuencia de infecciones urinarias o vaginales que pueden terminar en amenazas de partos prematuros y muerte fetal. El embarazo puede contribuir a un empeoramiento de la retinopatía diabética, sobre todo la proliferativa no conocida o no tratada. Se ha descrito una mayor mortalidad entre las mujeres embarazadas diabéticas con cardiopatía isquémica.

¿Qué problemas puede presentar el bebé durante el parto?

El bebé hijo de madre diabética presenta macrosomía fetal (tamaño grande) con un peso mayor a 4 kg. La macrosomía fetal puede hacer que el bebé se atasque en el canal del parto, sufra lesiones, requiera un parto instrumentado (el uso de fórceps, dispositivo de vacío), o necesite finalizar en cesárea.



Por lo tanto en el momento de **parto distócico el RN puede sufrir:**

- Sufrimiento fetal: presentando alteración en la Frecuencia Cardíaca, bradicardia que se detecta por monitoreo o eco Doppler.
- Hipoxia fetal: relacionada con el tiempo que tarda en pasar por el canal de parto, presentando dificultad respiratoria y en su medio interno.
- Distocia de hombros: es una lesión del parto que ocurre cuando uno o ambos hombros del bebé quedan atascados, lo que impide su adecuada rotación para completar el trabajo expulsivo.
- Daño a los nervios del brazo llamado parálisis del plexo braquial.
- Puede presentarse fractura del hueso de la clavícula.

Cuando el médico considera que el bebé es demasiado grande para un parto vaginal, puede proponer una cesárea programada al fin de evitar los riesgos enumerados.

¿Qué problemas puede presentar el bebé después del nacimiento?

Un recién nacido de madre diabética puede desarrollar una o más de las siguientes complicaciones:

Hipoglucemia

La hipoglucemia es la disminución de la glucosa en sangre en el recién nacido inmediatamente después del parto. Este problema se presenta cuando los niveles de glucosa de la madre han estado elevados durante el embarazo provocando que el feto tenga un alto nivel de insulina en su sangre. Después del parto, el bebé continúa produciendo insulina, pero como ya no tiene la glucosa que le llegaba de la madre, sus niveles de glucosa disminuyen.



Por esto, se realiza un seguimiento de la glucemia capilar a los 30 minutos, a la hora y así a las 2, 4, 8, 12, 24, 36 y 48 horas de nacido. Las lecturas menores a 40 o 45 mg/dL con el Dextrostix deben verificarse con glucemia sérica. Según los resultados, se decidirá la actuación entre el personal médico tratante y el algoritmo de cada institución.

La causa más frecuente es el aumento de la hormona de insulina (hiperinsulinismo).

Macrosomía:

Esta complicación se puede desarrollar entre la semana 28 y 36 de gestación, **el control estricto de la glucosa materna en este periodo** es importante y puede evitar la macrosomía. Los bebés pesan más de 4 kilos, tienen cara con cachetes grandes y nariz chata. El cuello se ve corto por exceso de grasa y las manos regordetas. A pesar del gran tamaño del bebé, el funcionamiento de su organismo es inmaduro y durante los primeros días pueden presentarse problemas.

A consecuencia de la macrosomía, en estos bebés es más frecuente la asfixia perinatal y los traumatismos durante el parto: fracturas de clavícula, parálisis braquial, e inmadurez funcional.

Se le atribuye a la insulina un efecto de retraso sobre la maduración morfológica y funcional de algunos órganos (pulmones, paratiroides e hígado) quizá por antagonismo con el cortisol. Por eso, hay una mayor incidencia de membrana hialina y de ictericia en este grupo de pacientes.

Hipocalcemia

Disminución del nivel de calcio en la sangre. Valor menor a 7 mg/dl para el prematuro tardío o en el RN de término menor de 8 mg/dl.



Ictericia:

Coloración amarilla de la piel y mucosas en el recién nacido. Durante el examen físico del RN en internación conjunta, el personal médico valorara la necesidad de solicitar análisis de bilirrubina en sangre del bebé, si los valores ameritan, realizar tratamiento de luminoterapia junto a su madre.

Otros síntomas

El bebé puede tener incrementado el número de latidos cardíacos (taquicardia) y de la respiración (taquipnea) que, a su vez, pueden ser síntomas de pulmones inmaduros o falla cardíaca. Puede estar letárgico, su llanto puede ser débil (signos de la presencia de hipoglucemia) y presentar temblores.

A largo plazo, estos niños/as pueden ser más proclives al desarrollo de obesidad y diabetes.

Medline Plus, Información de Salud para usted, Bebé de madre diabética.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001597.htm>

Malformaciones

La presencia de diabetes mellitus pregestacional aumenta considerablemente la probabilidad de que el bebé presente malformaciones congénitas, la incidencia es el doble e incluso el triple, en comparación con la población no diabética. Afortunadamente, esta incidencia no está aumentada en los hijos de madre con diabetes gestacional.

Las malformaciones más frecuentes son:

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



Cuadro # 3. Malformaciones asociadas a los hijos de madres diabéticas⁴

Localización	Malformaciones
Sistema nervioso central	Defectos abiertos del tubo neural, holoprosencefalia, ausencia del cuerpo calloso, anomalía de Arnold-Chiari, esquizefalia, microcefalia, macrocefalia, agenesia de tractos olfatorios, hidrocefalia, alteraciones del crecimiento del cerebro.
Cardiovascular	Transposición de los grandes vasos, defecto septal ventricular, defecto septal auricular, tetralogía de Fallot, coartación aórtica, arteria umbilical única, hipoplasia del corazón izquierdo, cardiomegalia.
Gastrointestinal	Estenosis pilórica, atresia duodenal, microcolon, atresia anorrectal, fístula/quiste onfaloentérico, hernias.
Urogenital	Agenesia renal, quistes renales, hidronefrosis, duplicación de uréter, ureterocele, agenesia uterina, vagina hipoplásica, micropene, hipospadias, criptorquidia, testículos hipoplásicos, genitales ambiguos.
Músculo esquelético	Deficiencia/disgenesia caudal, craneosinostosis, anomalías costovertebrales, reducción de extremidades, fisura palatina, contracturas, anomalías de pies, polisindactilia.
Otras	<i>Situs inversus</i> , microftalmía, coloboma de iris o coriorretiniano, disgenesia cámara anterior, hernia diafragmática, anomalías de arcos branquiales, atresia de coanas, <i>aplasia cutis</i> , displasia vascular cutánea.

Doctor Nelson Nery Patiño Cossio.

Mayor posibilidad de muerte fetal si la madre es diabética:

En el tercer trimestre aumenta la posibilidad de tener óbitos tardíos. Ésta es la complicación más temida por todos, ya que representa la muerte intrauterina del bebé entre las 38 a 39 semanas y puede ser secundaria tanto a un descontrol severo agudo o por descontrol crónico de la enfermedad.

Cuidados de Enfermería:

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



- El bebé nacido de madre con diabetes es más susceptible a las infecciones por la inmadurez del sistema inmune, por lo que el personal de enfermería debe extremar las medidas de higiene, insistiendo en el lavado de manos antes de la manipulación y la realización de alguna técnica, mantener la unidad individual del paciente para evitar las infecciones cruzadas.
- La glucemia debe controlarse a los 30 minutos, a la hora, a las 2, 4, 8, 12, 24, 36 y 48 horas de edad. Las lecturas menores a 40 o 45 mg/dL con el Dextrostix deben verificarse con glucemia sérica.
- Valorar coloración, respiración, auscultación cardiaca.
- Valorar tolerancia al alimento y deposiciones.
- Tomar muestras sanguíneas según tiempos indicados.
- Iniciar precozmente la alimentación.
- Reportar si la hipoglucemia persiste a pesar de la alimentación.
- Signos vitales cada 15 minutos. Reportar y coordinar terapia respiratoria en caso de evidenciar distrés respiratorio.
- En caso de hiperbilirrubinemia, seguir tratamiento de fototerapia.
- Valorar piel y mucosas
- Evitar la sobre manipulación del neonato.
- Brindar orientación y apoyo emocional a la madre.

RETASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO



Se refiere al crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero de su madre durante el embarazo (feto pequeño para la edad gestacional).

Causas: Muchos factores diferentes pueden llevar a que se presente un retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Es posible que un feto no reciba suficiente oxígeno y nutrición de la placenta durante el embarazo debido a:

- Grandes altitudes, embarazos múltiples, como gemelos o trillizos, problemas en la placenta, Pre-eclampsia o eclampsia.
- Los problemas al nacer (anomalías congénitas) o los problemas cromosómicos a menudo se asocian con un peso por debajo de lo normal.
- Las infecciones durante el embarazo también pueden afectar el peso del feto. Estas incluyen: citomegalovirus, rubéola, sífilis y toxoplasmosis (TORCHS)
- Otros factores de riesgo en la madre que pueden contribuir al RCIU, incluyen: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, trastornos de coagulación, presión arterial alta o enfermedad del corazón, enfermedad renal, desnutrición.

Complicaciones en el RN:

Hipoxia. Trastornos hematológicos • Hiperviscosidad y policitemia, asfixia perinatal (por aumento de eritropoyetina, hipertensión pulmonar secundaria a hipoxia fetal persistente) • Trombocitopenia • Neutropenia, Síndrome disneico • Perfil de coagulación alterado, Aspiración del meconio • Hematopoyesis extra medular. Inmunidad alterada (niveles bajos de IgG). Enfermedad pulmonar: Hemorragia pulmonar menor. Insuficiencia renal. NEC (entero colitis necrotizante).

-Neonatología. Tratamientos, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos. Tricia Lacy Gomella 6° Edición



HIPOGLUCEMIA NEONATAL

La Hipoglucemia es el trastorno metabólico más común en neonatos. La anticipación y la prevención son las claves para un manejo adecuado.

El término “hipoglucemia” se refiere a una reducción de la concentración de glucosa en el torrente sanguíneo, en los primeros días después del nacimiento.

Fisiopatología

Al momento de nacer, los niveles de glucemia en sangre de cordón, corresponden entre el 60% al 80% de la concentración de glucosa materna, estos niveles bajan durante las dos primeras horas y luego se incrementan nuevamente, gracias a la liberación hepática de glucosa equivalente a una infusión de cuatro a seis mg/kg/minuto. Además, de este proceso, se ha evidenciado la capacidad de gluconeogénesis lo que explica que no son únicamente los niveles absolutos de glucemia los que determinan la presencia de síntomas o de lesión neurológica.

Clasificación:

1. Hipoglucemia neonatal transitoria.

A. Sintomática.

B. Asintomática.

2. Hipoglucemia neonatal persistente

Pronóstico:



El pronóstico es bueno para los recién nacidos que no tienen síntomas o cuya hipoglucemia mejora con tratamiento. Sin embargo, la hipoglucemia puede retornar en un porcentaje pequeño de bebés después del tratamiento.

Es probable que la afección retorne cuando a los bebés se les quita la alimentación intravenosa, antes de que estén totalmente listos para ingerir alimentos por vía oral.

Los bebés con síntomas, sobre todo los nacidos con un peso bajo o de madres con diabetes, tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de aprendizaje.

Causas incidencia y factores de riesgo:

Los bebés necesitan azúcar (glucosa) para obtener energía. La mayor parte de esa glucosa es empleada por el cerebro. El bebé en desarrollo recibe la glucosa de la madre a través de la placenta. Después del nacimiento, el bebé obtiene la glucosa del alimento que recibe y produciéndola en el hígado.

Los niveles de glucosa pueden bajar si:

- Hay demasiada hormona insulina (hiperinsulinismo). La insulina transporta la glucosa en la sangre a las células con el fin de usarla para obtener energía.
- No hay suficiente glucógeno, la forma en la cual se almacena la glucosa en el cuerpo.
- El bebé no está produciendo suficiente glucosa.
- El cuerpo del bebé está usando más glucosa de la que se está produciendo.

La hipoglucemia neonatal ocurre cuando el nivel de glucosa del recién nacido es:



- **Menor a 45 mg/dL en las primeras 24 horas de vida.** La hipoglucemia es el problema metabólico más común en los recién nacidos y ocurre aproximadamente en 1 a 3 de cada 1.000 nacimientos.

Los niveles bajos de azúcar en sangre son más probables en los recién nacidos con uno o más de estos factores de riesgo:

- ✓ Que nacieron prematuros, tienen una infección grave o necesitan oxígeno después del parto.
- ✓ Cuya madre tiene diabetes (estos niños a menudo son más grandes de lo normal).
- ✓ Que presenten crecimiento deficiente en el útero durante el embarazo.
- ✓ Que son más pequeños o más grandes de lo normal para su edad gestacional
- ✓ Neonatos con patologías agudas (asfixia, reanimación, infección).
- ✓ Hipoxia y estrés perinatal que predisponen a la glucólisis anaeróbica aumentan la tasa de consumo de glucosa. La acidosis resultante altera los sistemas enzimáticos contra reguladores y la tolerancia de glucosa exógena. Además del estrés perinatal se asocia con un estado de hiperinsulinismo de etiología incierta
- ✓ Cardiopatía cardíaca congénita y falla cardíaca están asociadas con hipoglucemia posiblemente secundario a flujo sanguíneo hepático disminuido y a una respuesta a la gluconeogénesis disminuida
- ✓ **La hipotermia** en el recién nacido aumenta la captación de glucosa por el músculo esquelético y la elevación plasmática de ácidos grasos libres, en respuesta a la liberación de norepinefrina por el frío.



Síntomas

Los bebés con hipoglucemia pueden no presentar síntomas, pero si ocurren, pueden abarcar los siguientes:

- Piel de color azulado o pálido
- Problemas respiratorios, como pausas en la respiración (apnea), respiración rápida o sonidos de gruñidos
- Irritabilidad o desgano
- Músculos flojos o flácidos
- Alimentación deficiente o vómitos
- Problemas para mantener el calor corporal
- Sudoración, escalofríos, temblores o convulsiones

Pruebas y Exámenes

A los recién nacidos en riesgo de sufrir hipoglucemia se les debe practicar un examen de sangre con intervalos de pocas horas después del nacimiento, con el fin de medir el nivel de azúcar en la sangre. Esto se hace mediante una punción en el talón. Se recomienda toma de glucometría en todos los pacientes con factores de riesgo a los: 30 minutos, en 1 hora, a las 2, 4, 8, 12, 24, 36 y 48 horas de vida; luego si los niveles son estables, cada 8 horas, y hasta que el nivel de azúcar en la sangre del bebé permanezca normal durante 12 o 24 horas.

En cualquier caso, al momento del análisis de los resultados de la glucemia capilar, verifique que la muestra fue centrifugada en menos de media hora después de la toma.



Cuidados de Enfermería

- ❖ Mantener informados a los padres, acerca de los controles y toma de muestra de sangre, a fin de contar con su participación y colaboración en el cuidado de su hijo.
- ❖ Favorecer el apego del RN con su madre/familia.
- ❖ Educar a la madre y promocionar la lactancia materna, explicando los beneficios en la salud de su bebé.
- ❖ Vestir al RN usando en lo posible gorro de algodón, para prevenir pérdidas significativas de calor a través del cuero cabelludo.
- ❖ Favorecer la termorregulación.

Valorar:

- ❖ Temperatura corporal
- ❖ Tolerancia a la alimentación
- ❖ Coloración de la piel
- ❖ Deposiciones
- ❖ Dificultad respiratoria
- ❖ Aspectos neurológicos
- ❖ Detectar signos de hipoglucemia
- ❖ Monitoreo glucometria



Bebé de madre con adicción

El consumo de drogas de abuso durante el embarazo supone en la actualidad un problema en aumento que implica graves secuelas para los RN expuestos, no sólo por la aparición de signos de abstinencia sino también por los efectos teratogénicos de alguna de estas sustancias y por los efectos negativos intraútero sobre el feto que lo convertirán en un recién nacido de riesgo.

Los datos de mujeres embarazadas que consumen drogas ilegales es variable debido a que no siempre se animan declarar el consumo o no pueden especificar la dosis consumida.

Las consecuencias del consumo de sustancias tóxicas y su frecuencia durante la gestación se puede resumir en:

- **Alcohol (73.1%):** El abuso de alcohol está asociado con el aborto espontáneo durante el segundo trimestre de gestación o el desarrollo de un síndrome alcohólico-fetal, con las manifestaciones habituales de retraso del crecimiento intrauterino y postnatal, retraso psicomotor y microcefalia.
- **Tabaco (25.9%):** Fundamentalmente se asocia con el bajo peso al nacer y prematuridad.
- **Marihuana (17.2 %):** Se ha descrito bajo peso al nacer en relación con su consumo durante la gestación.
- **Anfetaminas:** Su consumo abusivo durante la gestación se ha asociado con aborto espontáneo, microcefalia, bajo peso al nacer, hemorragia intracraneal.
- **Cocaína y derivados:** Se ha descrito un aumento de la incidencia de muerte súbita en hijos de madres con consumo durante la gestación.
- **Opiáceos:** Puede originar además del síndrome de privación neonatal, hiperbilirrubinemia. Se ha descrito síndrome de abstinencia neonatal en el 42-68% de los hijos de mujeres con consumo de heroína y en el 85% de quienes hubieran consumido metadona. Las convulsiones han sido comunicadas en el 7.8% de los hijos de madres con consumo de metadona y en 1.2% de las mujeres con consumo de heroína.



Problemas perinatales en mujeres con adicción o consumos problemáticos.

- Rotura prematura de membranas
- Placenta previa y desprendimiento de placenta
- Prolapso de cordón
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Anomalías congénitas
- Prematuridad
- Bajo peso al nacimiento
- Asfixia perinatal (APGAR bajo, liquido meconial)
- Mortinatos

Además del riesgo aumentado de todos estos problemas, en general, se observa un mayor riesgo de transmisión vertical de enfermedades infecciosas (VIH, lúes, hepatitis) y otros problemas derivados no directamente del consumo de sustancias nocivas sino por los hábitos y modos de vida que este puede implicar, y por el escaso control del embarazo que a veces se da en estos casos.

Problemas postnatales.

- Síndrome de abstinencia neonatal problemas respiratorios (distrés respiratorio, síndrome Apnéico)
- Trombocitosis
- Hipertensión arterial
- Alteración del desarrollo psicomotor y del crecimiento
- Incidencia aumentada de Síndrome de muerte súbita

Otros problemas Postnatales del bebé nacido de madre con problemas de adicción



Además del síndrome de abstinencia existe otra serie de complicaciones que se pueden observar en el RN expuesto al abuso de drogas durante la gestación, por lo que es importante prever su aparición.

Se debe monitorear la TA y realizar controles de hemograma seriados, puesto que se observó en estos niños una mayor incidencia de hipertensión arterial y de Trombocitosis. También existe una mayor frecuencia de problemas respiratorios.

Se detectó también diversas alteraciones en el crecimiento y problemas en el desarrollo psicomotor, por lo que es recomendable un seguimiento a largo plazo de estos niños.

Mención especial merecen la exposición prenatal a cocaína y el síndrome alcohólico fetal, que presentan problemas específicos como veremos más adelante.

Hijo/a de madre con problemas de adicción a la cocaína y otros estimulantes

El uso de cocaína u otros estimulantes (anfetaminas, etc.) durante la gestación da lugar a alteraciones del flujo vascular (por efecto vasoconstrictor) con repercusión sobre la irrigación uterina y a nivel de la circulación fetal. Debido a estos fenómenos vasculares existe una mayor incidencia de patología intraútero y problemas postnatales.

Patología Intraútero	Patología Posnatal
Desprendimiento de placenta	Enterocolitis necrotizante
Pre-eclampsia	Hemorragia Intracraneal
Hipoxia Intraútero	
RCIU	



Además la descripción indica en estos niños/as una mayor incidencia de malformaciones congénitas que diversos autores atribuyen también a teratógenos, relacionada con alteraciones vasculares en fases tempranas del embarazo. Las anomalías descritas son:

- ✓ Anomalías óseas dístales
- ✓ Malformaciones craneales
- ✓ Microcefalia
- ✓ Malformaciones genitourinarias (hidronefrosis, hipospadias)

Es rara, sin embargo en estos niños/as, la aparición de un síndrome de abstinencia y, cuando aparece, generalmente es debido al consumo simultáneo de otras drogas, o se observan manifestaciones neurológicas similares que son producidas más por el efecto estimulante de la droga sobre el feto que por su deprivación.

Los estudios a largo plazo indican una mayor incidencia de alteraciones del desarrollo psicomotor.

La actitud a seguir en estos RN requiere ingreso hospitalario, observación y estudio ecográfico cerebral, abdominal y posterior seguimiento evolutivo en consulta externa

Síndrome alcohólico fetal

El consumo materno de alcohol durante la gestación da lugar a un síndrome de abstinencia similar al de otras drogas, que tendrá como características, la presencia de hipoglucemia, acidosis, agitación y después letargia.

Por otra parte, los efectos teratógenos del abuso de alcohol durante el embarazo han sido descritos como un cuadro malformativo característico denominado Síndrome Alcohólico Fetal, que incluye múltiples problemas cuya intensidad depende del grado de consumo materno. Proporcionalmente, cuanto mayor sea el consumo durante la gestación, más graves serán los signos.



No existe un rasgo específico para definir este síndrome, sino una agrupación de signos, por ello el diagnóstico es difícil y, en muchas ocasiones, no es posible durante el periodo neonatal.

Existen tres criterios definitorios:

1) Retraso del crecimiento perinatal, postnatal o ambos:

Estos niños son en promedio 700 gramos más pequeños al nacer que otros recién nacidos. El retraso observado afecta el peso, talla y perímetro cefálico y generalmente tiende a persistir durante toda la infancia.

2) Afectación del sistema nervioso central:

Se pueden observar ya en el período neonatal manifestaciones como apnea, cianosis, agitación, temblor, opistótonos, incluso convulsiones, desde las primeras horas de vida y ceden en unos días. A largo plazo, se describen problemas de conducta y problemas de aprendizaje. Generalmente, el grado de retraso mental se correlaciona con la intensidad de los estigmas físicos

3) Rasgos dismórficos craneofaciales:

Microcefalia

Hendidura parpebral corta, epicanto

Hipoplasia de mandíbula, microretrognatia

Puente nasal plano

Labio superior adelgazado

A estos rasgos se asocian en algunas ocasiones, defectos cardíacos y anomalías menores de las articulaciones.

Se debe vigilar la evolución a largo plazo de los niños afectados de síndrome alcohólico fetal.



Síndrome de abstinencia neonatal

Introducción:

No todas las drogas provocan un síndrome de abstinencia bien definido; lo que conocemos como tal es el síndrome de abstinencia a opiáceos. Para definir bien estos términos, cabe realizar una clasificación de las drogas de abuso más utilizadas en nuestro medio:

- Opiáceos: Heroína, metadona, morfina, codeína, meperidina, fentanilo.
- Hipnótico-sedantes (depresores del SNC): barbitúricos, alcohol, benzodiacepinas, glutetimida, cannabioides (marihuana, hachís).
- Estimulantes: cocaína, anfetaminas, fenciclidina

No se conocen cifras de incidencia exactas, pero se estima que entre el 55 y el 94% de los recién nacidos expuestos a heroína, metadona y otros opiáceos desarrollan un síndrome de abstinencia. Los hipnótico-sedantes y el alcohol provocan un comportamiento psicomotor compatible con un síndrome de abstinencia. Es importante esta diferenciación entre opiáceos y no opiáceos, aunque las manifestaciones clínicas sean similares, ya que el tratamiento puede ser diferente según el agente causal de la abstinencia.

Respecto a los estimulantes, existen varios estudios que valoran el comportamiento neurológico de los RN expuestos a cocaína, que consideran que las anomalías observadas son debidas más a los propios efectos de la sustancia, que a su abstinencia.

Presentación clínica:

El síndrome de abstinencia a opiáceos se manifiesta fundamentalmente a tres niveles: neurológico, gastrointestinal y autonómico.



- Hiperexcitabilidad neurológica: Temblores, irritabilidad, convulsiones, Hipertonía, ROTS exaltados, Moro exagerado
Llanto agudo, bostezos, estornudos
Dificultad para conciliar el sueño
- Disfunción gastrointestinal: Rechazo de la alimentación,
Succión descoordinada y frenética
Vómitos y diarrea
Deshidratación, estancamiento ponderal
- Signos vegetativos: Sudoración profusa, fiebre, inestabilidad
Térmica, piel moteada.

Los síntomas de abstinencia relacionados con los no opiáceos, son muy similares. La severidad de los síntomas y la cronología de su aparición son variables en función del tipo de droga consumida y del momento de la última exposición.

- La abstinencia alcohólica es la más precoz, aparece el primer día, entre las 3 y las 12 horas de vida.
- La abstinencia a opiáceos aparece a partir de las 48 horas de vida, excepto la de metadona, que es más tardía, alrededor de las 72 horas, también es más severa y de mayor duración.
- La privación por barbitúricos suele presentarse entre el 4º y el 7º día y en el caso de las benzodiacepinas, se retrasa aún más, hasta el 12º día.

La fase aguda dura alrededor de 2 semanas en la mayoría de estos niños, aunque algunos síntomas persisten hasta 4 semanas (o más en el caso de la metadona). Los síntomas que más comúnmente se prolongan son los temblores, la hipertonía y los trastornos del sueño.

Respecto al consumo materno de metadona, existen estudios que demuestran que la reducción de la dosis materna a menos de 20mg/día en el final del embarazo, reduce de forma considerable la incidencia del síndrome de abstinencia y la severidad del mismo.



Diagnóstico:

Identificación de los RN de riesgo: Se debe realizar en toda embarazada una entrevista detallada, cuidadosa y respetuosa que habilite información precisa sobre el riesgo que conlleva el consumo de drogas durante el embarazo. Es importante generar el espacio para que la mujer que cursa el embarazo no se sienta juzgada, ni amenazada y pueda responder sobre sus consumos. Hay que explicarle que es importante para su atención conocer el tipo de droga consumida, la frecuencia del hábito y el momento de la última dosis antes del parto. En aquellos en los que a pesar de negación materna sobre el consumo, existe sospecha clínica (Síndrome de Hiperexcitabilidad, u otros) se debe realizar detección de tóxicos en el recién nacido.

Pruebas de detección neonatal de tóxicos:

- **en orina:** el estudio de tóxicos en orina es la prueba que se ha realizado clásicamente, pero presenta una alta tasa de falsos negativos debido a que sólo es positivo si el consumo ha sido reciente. En general, a partir del 4º día desde la última exposición, ya no es posible la detección.
- **en meconio:** en el meconio es posible la detección de cocaína, opiáceos y cannabinoides hasta el 3º día de vida. Aunque los resultados negativos no sean concluyentes, existen más posibilidades de detección de los RN expuestos que con el estudio de orina.
- **en jugo gástrico:** un estudio considera que es más eficaz que el estudio de la orina o el meconio, pero serán necesarios nuevos estudios para desarrollar esta técnica.

Diagnóstico diferencial: En todos los RN con posible síndrome de abstinencia, se deben descartar otras causas como hipoglucemias, hipocalcemia, alteraciones del SNC (infecciones, hemorragia).



Test de Finnegan: se debe evaluar a los RN expuestos, cada 3 horas, en los intervalos entre la toma, las puntuaciones de este test son las que indican el inicio del tratamiento.

(<https://enfermerapediatrica.com/sindrome-de-abstinencia-neonatal-escala-finnegan/>)

Tratamiento:

Medidas de apoyo: se debe evitar al máximo la estimulación sensorial, manteniendo al niño en un ambiente tranquilo y oscuro y envolviéndolo con ropa no apretada.

Es necesario un aporte aumentado de líquido, y mantener un aporte calórico de hasta 150 Kcal/Kg/día para cubrir las necesidades adicionales por el síndrome de abstinencia. Se deben administrar tomas frecuentes de pequeños volúmenes de una fórmula hipercalórica (85 Kcal/100 ml) si la tolerancia oral no es buena, puede ser preciso la administración de fluidos intravenosos.

Tratamiento medicamentoso indicado por el personal médico tratante:

Pueden utilizarse diferentes tipos de drogas, se debe iniciar cuando se observe en el RN expuesto una puntuación en el test de Finnegan superior a 8 puntos en tres determinaciones.

En la actualidad existen varias posibilidades farmacológicas, las más empleadas son los derivados opiáceos y el fenobarbital.

Derivados opiáceos: *Clorhidrato de Morfina, Fenobarbital.*

OTROS TRATAMIENTOS: Metadona, Clonidina, Diazepam

Naloxona: está contraindicado en los hijos de madres con consumos de opiáceos durante el embarazo por que pueden desencadenar un síndrome de abstinencia brusco. La valoración del síndrome de abstinencia neonatal clásicamente se ha realizado con el score de Finnegan.



SCORE Sd. DE ABSTINENCIA NEONATAL

NOMBRE:

N° H°:

FECHA :

PESO:

SIGNOS / SNTOMAS SCORE M T N OBSERVACIONES

Llanto excesivo.	2				
Llanto continuo	3				
Duerme < 1h dp comer	3				
Duerme < 2h dp comer	2				
Duerme <3h dp comer	1				
Moro hiperactivo	2				
Moro muy hiperactivo	3				
Tambor leve a la estimulación	1				
Tambor moderado/ severo a la estimulación	2				
Tambor leve espontáneo	3				
Tambor moderado/ severo espontáneo	4				
Hipertonia	2				
Excoriaciones (area)	1				
Sacudidas mioclónicas	3				
Convul. generalizadas	5				
Sudoración	1				
Fiebre <38.4°	1				
Fiebre > o igual de 38.4°	2				
Piel marmorata	1				
Congestión nasal	1				
Estornudos > 3 o 4 veces tiempo observación	1				
Aleteo nasal	2				
Bostezos frecuentes >3 o 4 veces tiempo obs.	1				
FR >60 rpm	1				
FR > 50 rpm y retracción intercostal	2				
Succión excesiva.	1				
Mal apetito	2				
Regurgitación	2				
Vómitos proyectivos	3				
Heces blandas	2				
Heces líquidas	3				

Determinaciones cada 4 horas (cada 2 h si puntuación en alza).

Iniciar tratamiento si Finnegan >8 ptos.



Prematuro tardío

La definición más aceptada de prematuros tardíos es la de aquellos que nacen entre las 34 y 36,6 semanas completas de gestación.

Este grupo representan cerca del 80% de todos los nacimientos antes del término y su incidencia aumentó un 25% en los últimos años.

- ✓ El cuidado obstétrico y neonatal es un desafío para el equipo perinatal.
- ✓ El obstetra debe evaluar riesgo-beneficio de manejo expectante vs nacimiento.
- ✓ El neonatólogo debe cuidar de un prematuro aparentemente sano pero con mayor morbilidad y mortalidad que los RNT.

Los prematuros tardíos plantean desafíos que requieren de máximo cuidado dada su mayor mortalidad y morbilidad neonatal, además, del impacto y preocupación en la familia que los recibe y los elevados costos de la atención médica en la UCIN y en su seguimiento posterior.

Los factores asociados con mayor frecuencia al nacimiento entre las 34 y 36,6 semanas son el uso extensivo de técnicas de fertilización asistida, la inducción del parto y el aumento de cesáreas, edad de la madre.

Múltiples estudios describieron mayor mortalidad neonatal en los nacidos entre las 34 y 36,6 semanas comparados con los de término.

En cuanto a la morbilidad neonatal, en una extensa población se observó que fue 20-10 y 5 veces **más alta a las 34, 35 y 36 semanas, respectivamente, que a las 40 semanas.**

Los trastornos respiratorios son la causa de morbilidad neonatal más frecuente, seguida por ictericia y sepsis tardía.



Después del alta, los prematuros tardíos tienen 3 veces más probabilidades de re-hospitalización en los primeros 6 meses y, aproximadamente, el 15% reingresa durante el primer año de vida.

Problemas más frecuentes en internación Conjunta

- ✓ Problemas con la alimentación
- ✓ Hipoglucemia
- ✓ Hiperbilirrubinemia
- ✓ Hipotermia
- ✓ Re internaciones

Trastornos en la alimentación y Lactancia:

Los prematuros tardíos a menudo requieren apoyo y monitorización adicional de **lactancia** en comparación con los RN término, debido a la inmadurez de la coordinación orobucal y de los mecanismos de succión–deglución de éstos bebés.

Los problemas para establecer una buena alimentación parecen ser el factor que más contribuye al riesgo aumentado de reingreso por deshidratación y mal progreso ponderal.

Es importante evitar las **hipoglucemias** repetidas o prolongadas ya que pueden causar secuelas neurológicas, como retraso del desarrollo, déficit cognitivo y epilepsia.

Hiperbilirrubinemia:



Debido a la inmadurez y al retraso en el desarrollo de las vías de conjugación de bilirrubina, los prematuros tardíos tienen el doble de riesgo de sufrir concentraciones elevadas de bilirrubina indirecta a los cinco días de vida. Las dificultades de alimentación también pueden conducir a un retraso en la recirculación enterohepática de la bilirrubina. Así, las concentraciones de bilirrubina sérica van a ser más altas, su duración más prolongada y el pico suele ser más tardío, entre el quinto y el séptimo día de vida. Además, ante la misma cifra de bilirrubina, el riesgo de daño cerebral inducido por bilirrubina y el kernicterus es mayor en el prematuro tardío que en el nacido a término, debido a la relativa inmadurez de la barrera hematoencefálica, las concentraciones más bajas de proteína transportadora de bilirrubina y el riesgo aumentado de enfermedad concurrente.

Hipotermia

Los prematuros tardíos son más susceptibles a la hipotermia comparada con los nacidos a término, ya que tienen menor capacidad para generar calor a partir del tejido adiposo (grasa parda), menores depósitos de tejido adiposo blanco para el aislamiento del frío y pierden calor rápidamente por su elevado radio superficie/peso. Además, presentan inmadurez de la función hipotalámica termorreguladora.

Morbilidad respiratoria

El riesgo de presentar morbilidad respiratoria es mayor en los prematuros tardíos que en los nacidos a término. Se ha visto que existe mayor riesgo de dificultad respiratoria (4,2 frente a 0,1%), que la tasa de admisión en unidades de cuidados intensivos neonatales es mayor (36,5 frente a 7,2%), así como la admisión con compromiso respiratorio (10,5 frente a 1,1%). Además, los prematuros tardíos requieren mayor grado de reanimación en la sala de partos que los nacidos a término. El riesgo aumentado de morbilidad respiratoria en los prematuros tardíos se debe a la inmadurez de la estructura pulmonar,



que continúa desarrollándose hasta la semana 36. En algunos prematuros aparecen deficiencias funcionales del surfactante, lo que aumenta el riesgo de dificultad respiratoria, especialmente, en bebés de madres que no han recibido corticoides prenatales.

La taquipnea transitoria del recién nacido y la hipertensión pulmonar persistente son otras causas de dificultad respiratoria observadas en recién nacidos prematuros tardíos.

Apnea La incidencia encontrada de apnea en prematuros tardíos (4-7%) es mayor que en los nacidos a término (1-2%) y también tienen mayor riesgo de muerte súbita.

¿Por qué se reinternan?

- ✓ Ictericia
- ✓ Dificultades con la alimentación
- ✓ Mal progreso de peso
- ✓ Infecciones.

La AAP ha establecido las siguientes guías para el alta hospitalaria de los prematuros tardíos:

- Determinar adecuadamente la EG antes del alta y asegurarse de que no hay anomalías o motivos médicos que justifiquen alargar la hospitalización.
- El recién nacido debe mantener estabilidad fisiológica, manifestando competencia en lo siguiente:

Termorregulación, definida como temperatura axilar entre **36,5 y 37,4 °C** en una cuna abierta.



Alimentación, definida como adecuada succión-deglución, respiración adecuada mientras se hace la toma y pérdida de peso que no exceda el 7% con respecto al peso del nacimiento. Si el niño es amamantado, se debe objetivar antes del alta una adecuada técnica de lactancia.

Estabilidad cardiorrespiratoria, con constantes vitales estables (frecuencia respiratoria menor de 60 respiraciones por minuto y frecuencia cardíaca entre 100 y 160 latidos por minuto).

Tránsito intestinal, habiendo realizado al menos una deposición de forma espontánea.

- Deben haberse realizado los cuidados de rutina del recién nacido, tales como pruebas metabólicas, vacuna y profilaxis ocular y antihemorrágica.
- Educación y entrenamiento adecuado de los progenitores para el cuidado de estos niños, para que sean capaces de reconocer problemas como la ictericia, las dificultades de alimentación y la deshidratación.
- Se debe establecer una visita de seguimiento a las 24-48 horas del alta hospitalaria por personal de pediatría en el ámbito de la Atención Primaria.



Anexo: Examen Físico

Examen físico de cabeza y cuello			
Localización	Normal	Alerta	Alarma
Cráneo	Caput succedaneum, modelaje	Cefalohematoma, craneotabas, fontanela grande o marcas de fórceps	Craneosinostosis, transluminación, soplo
Cara		Hipoplasia o parálisis	
Ojos		Hendidura mongoloide	Aniridia y cornea agrandada
Nariz		Obstrucción nasal	
Boca		Paladar arqueado, macroglosia	Paladar o labio hendido micrognatia
Orejas		Implantación baja o conformación anormal	
Cuello	Rotación +/- 90°	Hendiduras	

Examen físico del Sistema nervioso central			
Característica	Normal	Alerta	Alarma
Estado	Despierto: llanto, activo, tranquilo-alerta	Hiperalerta, letárgico	Estupor o coma
	Dormido: activo, indeterminado, tranquilo		
Motor			
Postura	En flexión, simétrica	Extensión, asimétrica	Obligatoria, descerebrada
Tono	Angulo popliteo obtuso	Flácido en suspensión de parado	Flácido en la suspensión ventral
Movimiento	Todas las extremidades al azar, no repetitivos, simétricos	Temblores	Convulsiones
Reflejos	Tendinosos profundos, prehensión, Moro, marcha automática, succión, tónico cervical	Asimétricos, no se agotan	Ausentes
Sensitivos	Respuesta a pinchazo lenta (2 a 3 segundos)	Respuesta a pinchazo dudosa	No hay respuesta



Examen físico de piel y faneras

Característica	Normal	Alerta	Alarma
Cianosis	Acrocianosis (<12 hs)	Central (<1 h)	Central (>1 h)
Ictericia	48 hs	24 - 36hs	<24 hs
Palidez			>30 min
Epidermis	Dermatoglifos	Escoriaciones	Denudación
Pelo	Lanugo	Mechón lumbosacro, defecto en cuero cabelludo	
Textura	Suave y húmeda	Seca y descamación	Engrosada y costras
Patron vascular	Arlequin, moteado (frio)	Moteado persistente	
Quistes	Milia y perlas de Epstein		
Pápulas	Acne y miliaria		
Descamación	Descamación delicada (mas de 2 días)	Descamación (menos de 2 días)	Lesiones con denudación (en cualquier momento)
Hemangiomas	Telangiectásicos (frente, párpados, labios y nuca)	telangiectásicos (trigémico y angiomatosos pocos)	Angiomas (múltiples)
Hemorragias	Petequias en cabeza o cuerpo superior	Petequias en otros lugares	Equimosis y púrpura
Manchas	Mongólicas	Café con leche (menos de 6)	Café con leche (más de 6) o en hoja de arce
Pústulas	Eritema tóxico		Extensas y dérmicas
Vesículas			Cualquiera
Nódulos		Necrosis de grasa subcutánea	Escleredema



Examen físico del tórax

Característica	Normal	Alerta	Alarma
Respiración		Paradojal, periódica o retracciones	Apnea, quejido espiratorio, aleteo nasal, estridor
Auscultación		Disminución de la entrada de aire	Ruidos intestinales
Radiografía de tórax		Corazón agrandado	Disminución o aumento de la vasculatura pulmonar
Corazón			
Choque de la punta		Marcado	
Pulsos	Llenos	Disminuidos	Ausentes (femoral) o demorados (cardíaco- radial)
Frecuencia y ritmo	110 a 160, arritmia sinusal	Bradicardia sinusal	Persistente taquicardia sinusal
Ruidos	Tic - toc	R2 muy dividido	R2 dividido fijo
Soplos	Sistólico (<24 hs)	Sistólico (>24 hs)	R2 dividido fijo
Electrocardiograma (QRS)			
Eje	+35 a +180 grados		0 a -90 o 180 grados
Amplitud			
V1	Rs	Rs	rS
V6	QrS	qRs	QRs



Examen físico del periné			
Localización	Normal	Alerta	Alarma
Ano	Fosa coccigea		Imperforado o presencia de fistulas
Genitales femeninos			
Clitoris		Agrandado, en capuchón	
Vulva	Secreciones sanguinolentas, edema, labios entreabiertos, apéndices himenales		Hidrometrocolpos
Genitales masculinos			
Gonadas	Edema, hidrocele	Escroto bifido	Criptorquidia, hernia inguinal
Pene	Fimosis	Hipospadias	Micropene





Examen del Sistema Musculoesquelético			
Característica	Normal	Alerta	Alarma
Postura fetal	En flexión, posición de confort	podálica franca	En extensión
Mano		Pulgar cortical, dedos superpuestos, quinto dedo corto y curvado	Sindactilia, polidactilia
Pie	Dorsiflexión y flexión plantar 90 grados, aducción del antepie e inversión o eversión del tobillo 45 grados	Disminución de la movilidad	Fijo
Extremidades	Incurvación tibial		Bandas de constricción, amputación
Cuello	Rotación +/- 90 grados normal		
Articulaciones	Rotación +/- 90 grados normal	Disminución de movilidad	Subluxación de cadera, contracturas

Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia-Ministerio de Salud de la Nación-2010
Neonatología: Manejo básico, procedimientos, problemas de la guardia, enfermedades y fármacos-4ª edición-Gomella.
Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias-Protocolos de la Asociación Española de Pediatría.

Observar la presencia anormal de:

Signos Vitales

Hipotermia o hipertermia Temperatura **menor de 36,3° C o mayor a 37,5° C** (verificar temperatura ambiente y vestimenta)

Bradycardia < **100 l/m** o taquicardia > **180 l/m**

Taquipnea > **60 resp/min.** **Apnea > 15 seg.**

Postura

Extensión de extremidades. Asimetrías.

Paresias: es una pérdida de una parte de la motricidad de uno o varios músculos del cuerpo, de forma temporal o permanente.



PIEL

- ❖ Ictericia
- ❖ Cianosis generalizada
- ❖ Piel ampliamente fisurada y con numerosas escamas.
- ❖ Palidez. Piel grisácea.
- ❖ Plétora: exceso de glóbulos rojos por volumen de sangre. Es lo que da el característico color rojo oscuro a la piel del recién nacido.
- ❖ Petequias y equimosis que progresan
- ❖ Escleredema: piel estirada dura
- ❖ Rash, pústulas o ampollas
- ❖ Manchas café con leche (dos o más)
- ❖ Nevus

CABEZA

Craneosinostosis: es el cierre prematuro de una o más suturas. Puede hallarse a la palpación un reborde óseo sobre línea de sutura. Debe sospecharse en el niño con un cráneo asimétrico. Debe realizarse radiografía de cabeza e interconsulta con neurocirugía.

Fontanela abombada o deprimida con RN en reposo.

Craneotabes: es una entidad benigna que consiste en un ablandamiento del cráneo que por lo común ocurre alrededor de las líneas de sutura y desaparece en algunos días. Si el área ocupa gran parte del cráneo puede ser secundaria a una deficiencia de calcio y deben descartarse la osteogénesis imperfecta y sífilis.

Cabello: presencia de mechón blanco en línea media descartar síndrome de waardenburg.



Ojos:

- Iris de color rosado (albinismo)
- Iris mayor de 1 cm (glaucoma)
- Secreción purulenta
- Inclínación mongoloide en no orientales
- Hipotelorismo: menor separación entre los ojos lo que determina una menor distancia interpupilar.
- Cataratas
- Pupilas fijas o puntiformes
- Ausencia de reflejo rojo
- Ausencia de reflejo fotomotor o cornéanos
- Inhabilidad para seguir objetos o luz brillante, Hacia línea media
- Escleróticas azules (osteogenesis imperfecta)

Oreja–Oído

Inserción baja de las orejas (Treacher – Collins, triploía 9 y 18, otros)

Ausencia de reflejo de sobresalto.

Nariz

Canales no permeables

Secreciones espesas, sanguinolentas o copiosas

Aleteo nasal

Boca y garganta

Fisura labial y palatina

Macroglosia. Protrusión de la lengua

Salivación profusa. Imposibilidad para pasar sonda nasogástrica (atresia de esófago)

Llanto ronco, débil o ausente

Asimetría o desviación de boca con el llanto

Cuello

Pliegue cutáneo excesivo

Resistencia a la flexión

Ausencia de reflejo tónico

Tumoraciones

Fístulas

Fractura de clavícula

Tórax

Esternón deprimido

Retracción de los espacios intercostales al inspirar, tiraje y/o retracción xifoidea

Pezones muy separados

Quejido. Estridor

Apnea

Ruidos respiratorios asimétricos

Roncus y sibilancias

Estertores persistentes

Corazón

Dextrocardia

Desplazamiento del choque de punta

Cardiopatía

Soplos



Cianosis persistente

Abdomen

Distensión abdominal generalizada o localizada

Ausencia de sonidos abdominales

Hepatomegalia y/o esplenomegalia

Palpación de masas abdominales. Ascitis.

Visualización de ondas peristálticas

Abdomen excavado.

Arteria umbilical única

Secreción urinaria o de materia fecal por cordón

Vejiga palpable con diuresis escasa

Ausencia de pulsos femorales

Secreción enrojecimiento o edema alrededor de base del cordón umbilical

Genitales femeninos

Agrandamiento de clítoris con meato uretral a lo largo o en el extremo.

Labios fusionados y clítoris aumentado de tamaño (sospecha hiperplasia suprarrenal congénita)

Ausencia de apertura vaginal

Eliminación de materia fecal por vagina

Ausencia de micción en las primeras 24 horas.

Tumoraciones en labios mayores o menores



Genitales masculinos

Hipo o epispadias

Testículos no palpables en escroto ni canal inguinal

Ausencia de micción en las primeras 24 hs.

Hernia inguinal. Masas palpables en escroto

Espalda y Recto

Fisura anal y fístula

Ano imperforado

Ano anterior o mal posicionado

Ausencia de reflejo anal

Falta de eliminación de meconio en las primeras 36 horas.

Quiste o fosa pilonidal

Espina bífida

Presencia de vello a lo largo de la columna

Extremidades

Polidactilia (del griego poly, «muchos» y daktylos, «dedo») es un trastorno genético donde un humano nace con más dedos en la mano o en el pie de los que le corresponde (normalmente un dedo más). Se detecta en el momento del nacimiento. A estos dedos se les llaman “dedos extra” o “dedos supernumerarios”

Sindactilia (dedo fusionado o unido por una membrana)

Focomelia (manos o dedos adheridos cerca del tronco)



Hemimelia (ausencia de la parte distal de las extremidades)

Hiperflexibilidad de las articulaciones

Articulaciones rígidas

Cianosis persistente de los lechos ungueales.

Fractura dislocación o subluxación de caderas

Asimetría en las extremidades

Tono muscular o rango de movimiento desigual

Parálisis de los miembros superiores:

Parálisis de Erb Duchenne: afecta al 5º y 6º nervios de cervicales. El hombro esta rotado con el antebrazo supinado y el codo extendido la presión palmar está conservada se puede asociar con parálisis diafragmática.

Parálisis de Klumpke. Compromete el 7º y 8º nervio cervical y el primer nervio torácico. La mano está flácida con poco control. Si están lesionadas las fibras simpáticas de la raíz torácica puede producirse ptosis y miosis homolaterales(patología del plexo braquial).

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n1a26.pdf>

Caderas

Luxación congénita de cadera (1:800) Ante la sospecha: radiografía, ecografía.

Sistema Neuromuscular

- Hipotonía (incapacidad de sostener posiciones contra la gravedad)
- Hipertonía (brazos y manos rígidamente flexionadas, piernas rígidamente extendidas)



- Postura asimétrica.
- Opistotonos
- Parálisis temblores persistentes y mioclonias
- Falta de respuesta refleja.

El alojamiento conjunto: es un concepto que ha sido aplicado para que el RN comparta con su madre la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos, hasta la recuperación y alta de ambos. El alojamiento conjunto es importante para la familia porque los prepara para los cuidados de la crianza, provee un ambiente que promueve una relación madre-bebé, y también constituye una ocasión para que la familia consulte dudas y reciba información sanitaria necesaria para el correcto cuidado del bebé durante los primeros días de adaptación a la vida.

Cuidados de enfermería en el alojamiento conjunto

- La atención que brinda enfermería responde a una filosofía de cuidado humanista, reflexivo y centrado en la familia.
- Cuidar, enseñar y brindar información a la familia sobre la lactancia, el sueño seguro, cuidados del bebé y crianza.
- Verificar si se corresponde la identidad del RN con la pulsera 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 bebé.



- La **lactancia** ocupa un espacio fundamental en el cuidado y de la información para la familia en la corta estadía en la maternidad.
- La **lactancia** materna es una medida eficaz para disminuir el **sangrado posparto** y evitar las hemorragias, pues el bebé, al succionar, estimula la liberación de oxitocina, que actúa contrayendo el útero, lo que disminuirá el **sangrado** y a largo plazo disminuye la anemia **posparto**.
- 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.
- Registrar en la evolución las características clínicas más relevantes en el RN, la valoración del examen físico integral y si succiona bien el pecho.
- Realizar los exámenes complementarios del RN.
- Realizar cuidados y tratamientos del bebé junto a la cama de la madre, incluida la luminoterapia.
- Entrenar a los padres sobre los riesgos y signos de alarma después del alta.



DESAFIOS PARA ENFERMERIA EN INTERNACION CONJUNTA

- ❖ Capacitación continua
- ❖ Ejercicio del pensamiento crítico
- ❖ Colaborar con las mejoras en lugares de trabajo
- ❖ Entender la importancia del rol y comprometerse
- ❖ No esperar reconocimiento de otros profesionales, estimular el propio
- ❖ Comprometerse a trabajar en equipo
- ❖ Ejercer el liderazgo desde todas las posiciones
- ❖ Brindar información sanitaria de validez para las familias
- ❖ Estimular capacidades de comunicación
- ❖ Respetar los derechos de nuestros pacientes
- ❖ Ser ético y moralmente responsable en el ejercicio profesional.

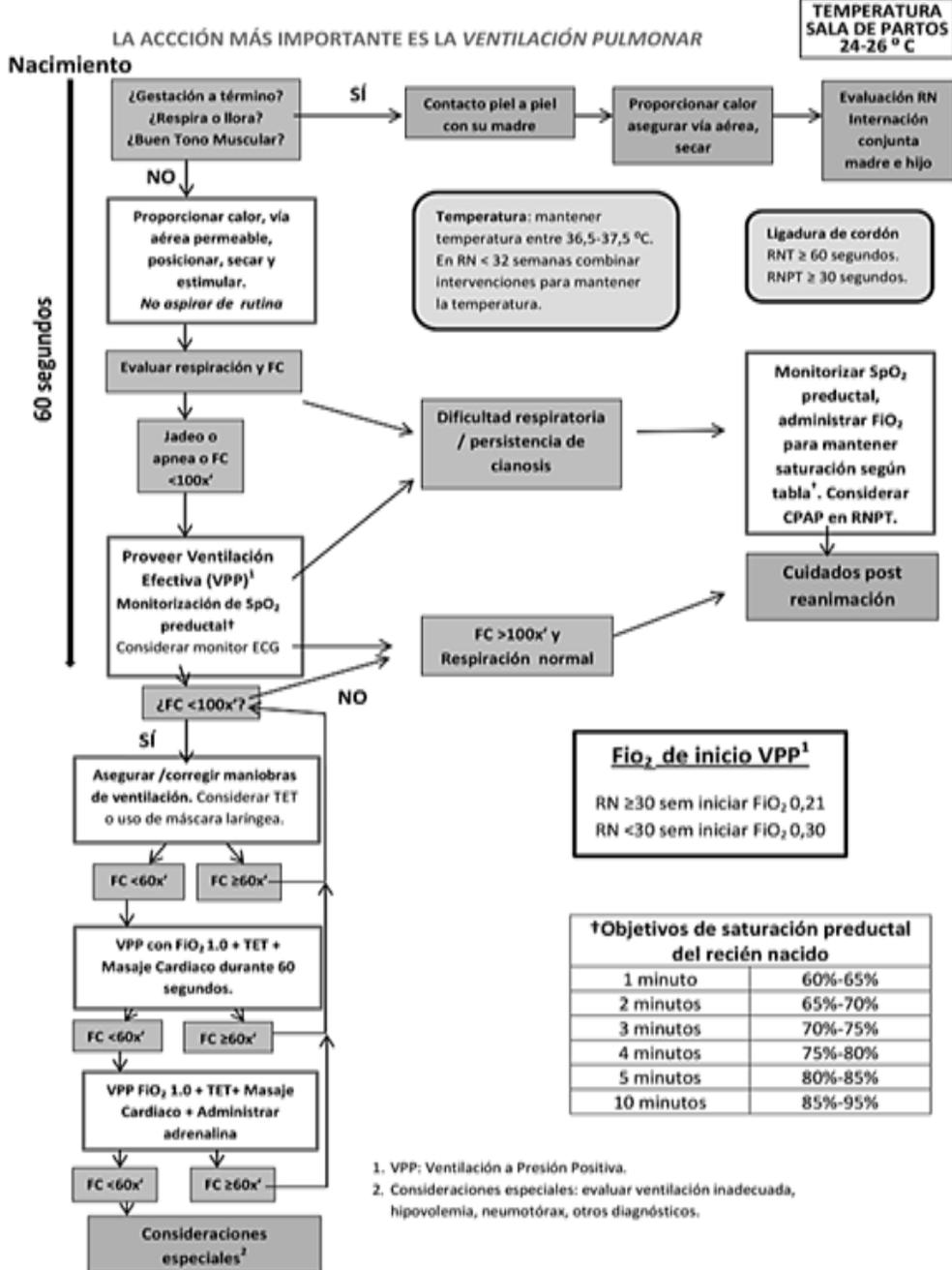
Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, multidisciplinarias y con un alto compromiso humanitario por la vida.





Algoritmo de sala de partos. Los primeros "60" segundos de oro

Algoritmo de Reanimación Neonatal en sala de partos





BIBLIOGRAFIA:

- Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002 May-Jun; 31(3):318-27.
- Bondas-Salonen T. New mothers' experiences of postpartum care--a phenomenological follow-up study. J Clin Nurs. 1998 Mar; 7(2):165-74.
- Desmond M, Franklin R, Vallbona C. et al: The clinical behavior of the newly born. Infant. The term baby. J Pediatr 1965; 62:307.
- Desmond M, Rudolph A, Phitaksphraiwan P.: The transitional Care Nursery. 1966 Pediatr Clin North Am 13:651
- D'Harlinghe AE y Purand DJ. Recognition stabilization and, transport of the High-Risk Newborn, en "Care of the high-risk neonate. Ed. Klaus M y Fanaroff A. 4º Edition
- Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14:e23-e8.
- Guidelines for Perinatal Care: American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologist. 1997, 4th Edition.
- Hopkinson J, Garza C: Management of breastfeeding. En: Tsang R, Nichols B (eds): Nutrition in Infancy. Mosby 1988
- Menéndez García X, Álvarez García N, García Rodríguez MJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 34-49.
- Prematuros tardíos, un creciente desafío a corto y largo plazo. Arch Argent Pediatr 2015; 113(6):482-484 / 482
- Prematuro tardío en internación conjunta. 3º Congreso Argentino de Neonatología. Ana Pedraza. 2016.

**MINISTERIO
DE SALUD**

NEUQUÉN
PROVINCIA

**JUNTOS
PODEMOS
MÁS**