

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2013 / 2014

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO  
INTRAHOSPITALARIO DEL RECIÉN NACIDO SANO.**

**Autor/a:** Blanca Arche Banzo

**Tutor/a:** Jesús Fleta Zaragozano

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS .....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. DESARROLLO .....	10
5.1 Sala de partos.....	10
5.1.1    Autores .....	10
5.1.2    Revisores externos.....	10
5.1.3    Declaración de los conflictos de intereses .....	10
5.1.4    Metodología.....	10
5.1.5    Objetivos.....	10
5.1.6    Profesionales a quienes va dirigido .....	10
5.1.8    Actividades o procedimientos .....	11
5.1.9    Algoritmo de actuación.....	13
5.1.10    Indicador de evaluación.....	13
5.2 Planta de hospitalización.....	14
5.2.1    Respirar normalmente.....	14
5.2.2    Comer y beber de forma adecuada.....	15
5.2.3    Eliminar los desechos corporales .....	16
5.2.4    Moverse y mantener una postura adecuada.....	17
5.2.5    Dormir y descansar .....	18
5.2.7    Mantener la higiene corporal e integridad de la piel.....	19
5.2.8    Evitar peligros .....	20
6. CONCLUSIONES.....	22
7. BIBLIOGRAFÍA.....	23
8. ANEXOS .....	27

## 1. RESUMEN

**Introducción:** La atención al recién nacido (RN) sano durante su estancia en los centros hospitalarios requiere una serie de cuidados inmediatos al nacimiento y una valoración y cuidados rutinarios en la planta de hospitalización. Al alta se realiza el cribado de errores innatos del metabolismo y la audición.

**Objetivo:** Exponer y actualizar los principales cuidados y conocimientos acerca del recién nacido sano en la sala de partos y plantas de hospitalización, así como reconocer los signos de alarma en el RN sano.

**Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en Science Direct, Dialnet, Google Académico de las palabras clave: Recién nacido sano; Cuidados enfermeros; Neonato. Los libros, revistas y artículos que se utilizaron se registran entre 2001 y 2013.

Se han revisado los conceptos de RN sano, cuidados inmediatos al nacimiento, medidas profilácticas en el paritorio, cuidados básicos en la planta de hospitalización y cribado neonatal.

**Conclusiones:** Enfermería desarrolla un papel fundamental en la atención neonatal, ya que cuidan del RN las 24 horas del día y, además, proporciona un importante apoyo a los padres.

**Healthy newborn attention and nursing care in hospital enviroment.**

## ABSTRACT

**Introduction:** the care of healthy newborn during their hospital recovery requires a range of immediately after birth care and assessment and routine care in hospital wards. At the discharge all newborn need screening of inborn errors of metabolism and a hearing test.

**Objective:** Expose and update the main care and knowledge about healthy newborn in the delivery and hospital wards and as well recognize the warning signs in the healthy newborn.

**Method:** A bibliographic research in Science Direct, Dialnet, Google Scholar was made just using the key words: Health newborn; Nursing care; Newborn. Books, journals and articles used are dated between 2001 and 2013.

They have been checked concepts of healthy newborn, immediately after birth care, prophylactic measures in the delivery room, basic care in the hospital ward and neonatal screening.

**Conclusions:** Nursing cares develop a fundamental role in neonatal care, which care the newborn during 24 hours a day and also provides important support for parents.

## 2. INTRODUCCIÓN

El concepto recién nacido (RN) sano hace referencia cuando es a término ( $\geq 37$  semanas de gestación) y su historia (familiar, maternal, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación a la vida extrauterina son normales<sup>1,2</sup>.

La supervisión del niño sano se originó al inicio del siglo XX en Estados Unidos, cuando se crearon estaciones para "donar leche"; el propósito era paliar la morbilidad y mortalidad por leche y agua contaminada. Más tarde en 1930, se añadieron las inmunizaciones, guías y consejos sobre nutrición, desarrollo del niño, y después se incorporaron procedimientos como las consultas programadas<sup>3</sup>.

La neonatología ha experimentado un rápido desarrollo en las últimas décadas. Se han añadido cambios importantes en el nivel más humano de la relación clínica. El consentimiento informado, el método canguro, los cuidados centrados en el desarrollo y la política de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos neonatales son manifestaciones de ello<sup>4</sup>.

El nacimiento de un RN sano representa uno de los acontecimientos más frecuentes en la atención sanitaria. Es importante conocer las características físicas y somatométricas del RN, como su peso, su longitud y su perímetro cefálico, a fin de conocer algunos indicadores de riesgo. Conociendo esto es posible prever el pronóstico de los recién nacidos<sup>5,6</sup>.

El personal de enfermería responsable del RN debe poseer los conocimientos y la experiencia suficiente para saber reconocer una posible situación de riesgo en el momento del parto y el nacimiento y así establecer los mecanismos necesarios para su tratamiento<sup>5,7</sup>.

La asistencia del RN sano en la sala de partos debe ser una prioridad en toda la estructura de la atención neonatal. La atención inmediata precisa de cuidados y procedimientos de enfermería especiales. La forma más sencilla y efectiva para evaluar el estado de un niño en el momento del

nacimiento continúa siendo la descrita por Virginia Apgar (Test de Apgar)<sup>8,9,10</sup>.

Los RN sanos, aunque no muestren ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y del correcto establecimiento de la alimentación<sup>1</sup>.

En las plantas de Maternidad, los profesionales sanitarios deben conocer e identificar adecuadamente los síntomas y signos que se observan ante situaciones de deterioro clínico. Además deben supervisarse las capacidades para la alimentación, el estado de hidratación, el aspecto de las deposiciones y el grado de la ictericia<sup>11</sup>.

Además se llevan a cabo los programas de detección precoz de metabolopatías, que no se manifiestan en el momento del nacimiento sino que lo hacen posteriormente, y que si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo dejan secuelas neurológicas importantes. Igualmente la detección precoz de la hipoacusia mediante cribado neonatal, permite el acceso rápido al diagnóstico y tratamiento<sup>12,13</sup>.

Debe evitarse un exceso de intervencionismo, ya que puede ser perjudicial para el RN y puede, además, privar a la familia del disfrute de un acontecimiento feliz<sup>5</sup>.

### 3. OBJETIVOS

- Exponer los principales cuidados de enfermería en la sala de partos y en la planta de maternidad.
- Identificar las principales complicaciones y signos de alarma en el recién nacido sano.
- Actualizar los cuidados y conocimientos necesarios en el personal de enfermería para la atención del recién nacido sano.

#### 4. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos y protocolos. Las palabras clave empleadas en cada búsqueda, los artículos revisados y los utilizados han quedado plasmados a continuación:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	PALABRAS CLAVE	BÚSQUEDAS ENCONTRADAS	BÚSQUEDAS SELECCIONADAS
<b>Anales De Pediatría, Dialnet, Google Académico, ScienceDirect, Elsevier</b>	Recién nacido sano; Cuidados enfermeros; Neonato	20	14
<b>Pubmed</b>	Health newborn; Nursing care; Neonate	5	1
<b>Revistas enfermeras</b>	Recién nacido sano; Cuidados enfermeros; Neonato	3	1
<b>Biblioteca Pública de Zaragoza</b>	Recién nacido sano; Cuidados enfermeros; Neonato	9	7
<b>Taxonomía enfermera, NANDA</b>	Diagnósticos enfermeros; NANDA.	2	1
<b>Guías hospitalarias del recién nacidos.</b>	Recién nacido sano; Cuidados enfermeros; Neonato	3	2

La bibliografía empleada en este trabajo se fecha entre 2000 y 2013, de las cuales 20 de ellas son de los últimos 5 años.

La atención del recién nacido en el paritorio se estructura en forma de Protocolo y la parte de los cuidados en la planta de Maternidad se organiza basándonos en las necesidades de Virginia Henderson. Cada apartado recopilará los procedimientos necesarios para satisfacer dichas necesidades, así como una serie de anomalías del recién nacido y signos de alarma. Además aparecerá un Diagnóstico de enfermería (NANDA) en cada necesidad.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 Sala de partos.

#### 5.1.1 Autor

COORDINADOR: APELLIDOS/NOMBRE	TITULACIÓN	CARGO QUE DESEMPEÑA	CORREO ELECTRÓNICO
Arche Banzo, Blanca	Graduado en enfermería	Estudiante	blanki_2@hotmail.com

#### 5.1.2 Revisores externos

NOMBRE	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE
Jesús Fleta Zaragozano	SALUD

#### 5.1.3 Declaración de los conflictos de intereses.

No existen.

#### 5.1.4 Metodología

Revisión bibliográfica.

#### 5.1.5 Objetivos

- Especificar los cuidados del RN en el paritorio.
- Mostrar la importancia de los cuidados de enfermería en el recién nacido.
- Promover una actuación estandarizada y consensuada de los profesionales enfermeros en el paritorio en el recién nacido sano.

#### 5.1.6 Profesionales a quienes va dirigido

Enfermeras y matronas del paritorio.

### **5.1.7 Población diana/excepciones**

Recién nacidos sanos tras el nacimiento hasta el traslado a la planta de Maternidad.

Sin excepciones.

### **5.1.8 Actividades o procedimientos**

El área de recepción del RN es uno de los sectores más importantes del Servicio de Neonatología. Las acciones a desarrollar allí serán el origen de toda la asistencia posterior y muchas veces determinarán la evolución después del nacimiento. Es un lugar para asistir al RN y solucionar las emergencias de manera rápida y eficaz<sup>8</sup>.

Tras el nacimiento debe comprobarse el aspecto saludable del RN mediante la coloración de la piel y la presencia de un ritmo y patrón respiratorio normales. La valoración en la fase inmediata al parto debe constatar:

- Edad gestacional y/o el peso adecuados (**Anexo 1**).
- Ausencia anomalías genéticas.
- Adaptación a la vida extrauterina.
- Inexistencia de problemas del neonato secundarios a incidencias de la gestación, parto, analgesia o anestesia.
- Ausencia de signos de infección o de enfermedades metabólicas<sup>1</sup>.

Constantemente deben practicarse las medidas universales de control de infecciones, destinadas a proteger tanto al bebé como a los profesionales sanitarios<sup>14</sup>.

En el paritorio se debe:

1. Mantener una temperatura ambiental de 26-28°C. Buena iluminación y sin corrientes de aire.
2. Tras la salida del feto debe clamparse el cordón umbilical. Se cortará con instrumental estéril después de 2 minutos o cuando haya cesado los latidos del cordón. Con esto, se permite la "transfusión de la

"placenta" al RN, que aumentará su volemia aportando un extra de hierro elemental, disminuyendo así el porcentaje de anemia. Debe comprobarse el cordón, descartando la existencia de una arteria umbilical única, ya que esto se asocia con *anomalías renales*<sup>1,14</sup>.

3. No se recomienda la aspiración de las vías aéreas en el RN sano puesto que favorece la depresión respiratoria.
4. La mayoría de RN por parto vaginal y supuestamente sanos, deben entregarse directamente a sus madres, con el fin de obtener el contacto precoz madre-hijo. Esto no tiene por qué obstaculizar las actividades a realizar en estos momentos iniciales:
  - Test de Apgar: se realiza al RN en el momento del nacimiento y a los cinco minutos de vida; debe alcanzarse una puntuación de 8 para considerar normal el estado del RN. Se valoran 5 parámetros: la frecuencia cardiaca, los movimientos respiratorios, el tono muscular, la respuesta a estímulos y la coloración de la piel<sup>1,10</sup>(**Anexo 2**).
  - Obtención de sangre de cordón para realizar gasometría y Rh-Coombs si la madre es Rh negativo o se sospecha de incompatibilidad<sup>1</sup>.
  - Identificación. Es recomendable evitar, en la medida de lo posible, la separación entre la madre y el niño. Además debe colocarse una pulsera en el tobillo y en la pinza del cordón, con el mismo código que la pulsera que lleva la madre. También existen sistemas biológicos de identificación del RN. Los más aceptados son la muestra de sangre del cordón para ADN y la toma de huella dactilar<sup>15</sup>(**Anexo 3**).
5. No lavar al RN en paritorio, solo secar con paños calientes para retirar la sangre, meconio o líquido amniótico, procurando no eliminar el vérmen caseoso. Es importante mantener al neonato seco y caliente, ya que el enfriamiento favorece la hipoglucemia<sup>1,16</sup>.
6. A los pocos minutos de nacer, se mide la talla, el peso y el perímetro craneal<sup>1</sup>.

## 7. Medidas profilácticas.

- *Profilaxis de la conjuntivitis neonatal.*

Para prevenir la oftalmia neonatal (inflamación conjuntival durante el primer mes de vida) se utiliza una pomada ocular de eritromicina al 0.5%.

- *Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.*

Se recomienda la administración de vitamina K entre las primeras cuatro horas de vida. La dosis recomendada es 1 mg por vía intramuscular<sup>1,17</sup>.

- *Profilaxis de la Hepatitis B.*

Es aconsejable la vacunación del RN contra la Hepatitis B, aunque esta dependerá del calendario vacunal de las diferentes Comunidades Autónomas<sup>17</sup>.

### 5.1.9 Algoritmo de actuación

Queda plasmado en el **Anexo 4**.

### 5.1.10 Indicador de evaluación

<b>NOMBRE</b>	<b>PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS QUE SON SANOS DEBIDO A LA APLICACIÓN CORRECTA DE LOS CUIDADOS.</b>
<b>DIMENSIÓN</b>	Seguridad
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	La morbi-mortalidad de recién nacidos puede reducirse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida.
<b>FÓRMULA</b>	$\frac{\text{Nº de recién nacidos que son sanos a los que se les ha aplicado los cuidados de manera adecuada}}{\text{Nº de recién nacidos}} \times 100$
<b>TIPO</b>	Resultado.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Bibliografía
<b>ESTÁNDAR</b>	95 %

## 5.2 Planta de hospitalización.

Los cuidados de enfermería en el RN sano basados en las necesidades de Virginia Henderson serán los siguientes:

### 5.2.1 Respirar normalmente.

- ⊕ (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de las secreciones m/p cianosis<sup>18</sup>.

Las fosas nasales deben ser examinadas valorando su tamaño, forma e integridad de la mucosa. La respiración del RN es fundamentalmente nasal, por lo que debe comprobarse la permeabilidad de las coanas.

El RN presenta una taquipnea fisiológica, un promedio de 40 respiraciones por minuto<sup>9,10</sup>.

Los RN no suelen presentar alteraciones en la necesidad de oxigenación, pero debido a la inmadurez de sus sistema respiratorio deben observarse una serie de signos de alarma.

Estos signos pueden ser:

- Cianosis.
- Quejido.
- Aleteo nasal.
- Dificultad respiratoria.

La presencia de secreciones en las vías respiratorias puede alterar la respiración del RN. Debe favorecerse la eliminación de secreciones mediante:

- Medidas posturales.
- Fisioterapia respiratoria (clapping).
- Si lo anterior no resulta eficaz, se procederá a la aspiración de secreciones mediante una sonda estéril<sup>2,9,10</sup>.

### 5.2.2 Comer y beber de forma adecuada.

- (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c anomalía anatómica m/p incapacidad para mantener una succión eficaz<sup>18</sup>.

La succión y la deglución deben ser instantáneas. La lengua debe estar húmeda pero no en exceso, ya que esto puede indicar *atresia de esófago*. Conviene descartar la *fisura palatina*. En las primeras semanas de vida puede existir un *reflujo gastro-esofágico* normal, debido a la inmadurez del cardias<sup>2,9,10</sup>.

El RN debe ser puesto al pecho materno, pudiendo iniciar la lactancia tras el momento del nacimiento. Este contacto inicial con el pezón de la madre estimula la producción de leche y ayuda al establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo<sup>2</sup>.

- **Lactancia materna<sup>2,19</sup>.**

- Tras el parto la madre produce el mejor alimento para el RN, el calostro, que cubre todas sus necesidades nutritivas.
- Se aporta a demanda y se regula al volumen adecuado para su crecimiento sin sobrecarga para el aparato digestivo. En general, el niño lactará cada 3-4 horas.
- La leche materna reemplaza y estimula el desarrollo del sistema inmune del RN.

El proceso de la lactancia materna se ve reforzado mediante la educación maternal que proporciona el personal de enfermería a la madre<sup>16</sup>.

- **Lactancia artificial<sup>2,19</sup>.**

- Si la madre no puede amamantar al bebé, los padres lo deciden o el pediatra lo considera oportuno, el niño recibirá lactancia artificial.
- Las Fórmulas de inicio pueden sustituir a la leche materna cuando esta no es posible.
- La frecuencia de las tomas será de 3 horas.

Las madres que elijan lactancia artificial no deben sentir ninguna culpa inducida por el personal y recibirán el mismo grado de apoyo que las madres que lacten<sup>1</sup>.

- **Signos de alarma:**

- Pérdida de peso, más de 3-4 días, incremento lento o al alta, pérdida superior al 10%.
- Signos de deshidratación.
- Expuesto al riesgo de padecer una hipoglucemía.
- Disminuye la diuresis y el volumen de las heces.

El crecimiento y la nutrición fetal se valoran con tres parámetros fundamentales: peso, talla y el perímetro craneal<sup>19,20</sup>.

### **5.2.3 Eliminar los desechos corporales.**

- ⊕ (00015) Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal<sup>18</sup>.

En lo referente a la necesidad de eliminación se vigilará:

- Que la primera micción se produzca en las primeras 24 horas de vida.
- Que la primera deposición tenga lugar dentro de las 48 horas<sup>2</sup>.

### **Datos de interés<sup>2,10,20</sup>:**

- Las primeras micciones pueden contener manchas anaranjadas en el pañal, esto se debe a la elevada presencia de cristales de ácido úrico/uratos. No tiene significado patológico.
- Las primeras heces se denominan *meconio*, formado durante la vida intrauterina y compuesto por bilis, restos epiteliales y líquido amniótico. Es de color verde-negruzco, semilíquido y pegajoso. Le siguen las *heces de transición*, más consistentes y finalmente las *heces definitivas*, que varían dependiendo de si el RN es alimentado mediante lactancia materna o artificial (**Anexo 5**).

- El número de deposiciones es variable, puede ser desde una con cada toma a una cada dos o tres días.

### **Aparato genital<sup>9,10,20</sup> (Anexo 6).**

- Niñas:

Los genitales femeninos son edematosos, los labios menores y el clítoris son prominentes. Puede aparecer una secreción vaginal sanguinolenta las primeras horas (*pseudomenstruación*), debido al paso de hormonas maternas. Una anomalía es la *sinequia vulvar* o adherencia de los labios menores, que implica que las secreciones vaginales no puedan eliminarse.

- Niños:

El escroto es grande e hiperpigmentado. Es frecuente la fimosis fisiológica y el hidrocele. Algunas de las alteraciones más frecuentes son:

- *Hidrocele*: colección de líquido en el escroto, que muestra un aumento del tamaño.
- *Criptorquidia*: ausencia de testículos en la bolsa escrotal.
- *Hipospadias*: presencia de la abertura uretral en la cara inferior del pene.

En ambos sexos, en los primeros días, los pechos pueden aumentar de tamaño e incluso secretar unas gotas de leche debido al paso de hormonas maternas<sup>2</sup>.

#### **5.2.4 Moverse y mantener una postura adecuada.**

- (00035) Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad<sup>18</sup>.

En el RN se observan una serie de reflejos primitivos, por ejemplo **(Anexo 7):**

- *Reflejo de Babinsky*: al rozar la planta del pie desde el talón hasta el primer dedo del pie, el RN levanta los dedos en forma de "abanico" y voltear el pie hacia dentro<sup>2,9</sup>.

- *Reflejo de búsqueda y succión:* el RN gira la cabeza hacia algún objeto que le acaricie la mejilla. Al introducir un objeto en la boca del niño, este responde con movimientos de succión<sup>10,20</sup>.
- *Reflejo de Moro:* la sensación de caer implica la extensión de los brazos, la "apertura en abanico" de los dedos de las manos y la flexión de la extremidad superior seguida del llanto. Comprobar su simetría.
- *Reflejo de presión palmar y plantar:* al aplicar una presión en las palmas y plantas, el bebé flexiona los dedos.
- *Reflejo de la marcha:* el RN intentará caminar cuando se le sostiene en posición erguida<sup>17,21,22</sup>.

Deben explorarse con detalle las caderas del RN para descartar la *luxación congénita de cadera*, que es una alteración en la relación entre el cotilo y la cabeza femoral. Se explora mediante la maniobra de Ortolani<sup>23</sup> (**Anexo 8**).

Es importante la palpación de los pulsos femorales, ya que su ausencia o debilidad hará sospechar de una *coartación de aorta*.

También pueden observarse trastornos del tono muscular:

- *Hipotonía:* falta de fuerza muscular, requiere especial atención cuando se acompaña de cara inexpresiva, disminución de los movimientos del tórax, o esta falta de fuerza es solo en una extremidad o lado del cuerpo.
- *Hipertonia:* rigidez, es motivo de consulta con el Neonatólogo<sup>2</sup>.

### **5.2.5 Dormir y descansar.**

- (00156) Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante r/c acostar al niño en decúbito prono<sup>18</sup>.

Es aconsejable la posición de decúbito supino o decúbito lateral para dormir.

El RN duerme durante la mayor parte del tiempo, se despiertan cuando tienen hambre o sienten alguna molestia; deben evitarse los ruidos y situaciones que alteren su descanso<sup>2</sup>.

### 5.2.6 Mantener la temperatura corporal<sup>2,11</sup>.

- ⊕ (00005) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c exposición a temperaturas corporales extremas<sup>20</sup>.

La temperatura corporal normal del RN es de 36,5º a 37,5ºC. La *hipotermia* se define como temperatura corporal inferior a 36ºC.

Algunos de los signos de hipotermia son:

- Letargia e hipotonía.
- Respiración superficial y lenta.
- Bradicardia.
- Hipoglucemia.

Para evitar la hipotermia se mantendrá al RN en un ambiente cálido, fuera de corrientes. Debe secarse bien después del baño y arroparse adecuadamente.

La *hipertermia* se define como temperatura corporal superior a 38ºC.

Signos de hipertermia:

- Irritación del RN.
- Taquipnea.
- Taquicardia.
- Cuando la temperatura excede los 41ºC aparece estupor, convulsiones y coma.

Es importante mantenerlo bien hidratado, ya que la deshidratación es una complicación potencial de la hipertermia.

### 5.2.7 Mantener la higiene corporal e integridad de la piel.

- ⊕ (00004) Riesgo de infección r/c presencia de muñón umbilical<sup>18</sup>.

Los restos del parto y del meconio adherido deben limpiarse con agua templada y una esponja suave. No retirar el vérinx caseoso<sup>2</sup>.

Pueden observarse algunas características fisiológicas de la piel en el RN como (**Anexo 9**):

- En la región lumbo-sacra puede aparecer una mancha de color grisáceo llamada *mancha mongólica*.
- Pueden encontrarse también lesiones maculosas, rojizas, con pequeñas vesículas dentro, distribuidas por todo el cuerpo, es el llamado *eritema tóxico del RN*<sup>11</sup>.

Los signos que puedan indicar infección deben vigilarse, sobre todo en el cordón umbilical. Se valorará los siguiente:

- Enrojecimiento, edema y calor.
- Secreción purulenta o sero-sanguinolenta.
- Olor pútrido.

La cura del cordón debe ser diaria. Una posibilidad es la de aplicar clorhexidina al 0,5%, dejar secar y colocar una gasa estéril para evitar el roce de la pinza con la piel. Es desaconsejable el uso de antisépticos yodados<sup>2</sup>.

Otro signo que puede observarse es la ictericia. Si el Neonatólogo lo indicase podría ser necesario aplicar fototerapia para disminuir la bilirrubina sérica y prevenir su acumulación tóxica en el cerebro<sup>24</sup>.

### 5.2.8 Evitar peligros

- ⊕ (00058) Riesgo de deterioro de la vinculación r/c separación entre los padres y el niño<sup>18</sup>.

Al alta es imprescindible realizar la prueba de *detección precoz de metabolopatías*, indicada a partir de las 72h. Normalmente la sangre se obtiene mediante la punción en el talón. El método analgésico más efectivo para esto es el amamantamiento<sup>1,12,25</sup> (**Anexo 10**).



La hipoacusia es una privación sensorial y, entre sus consecuencias, se enumeran: retraso del desarrollo del lenguaje; cognitivo, social y emocional. Las otoemisiones acústicas y los potenciales evocados auditivos de tronco son utilizados rutinariamente como pruebas de cribado<sup>13,26</sup> **(Anexo 11).**

## 6. CONCLUSIONES

El recién nacido es un ser delicado y dependiente que necesita cuidados las 24 horas del día. El periodo neonatal, por la transición del RN entre la vida intrauterina y extrauterina, requiere más cuidados enfermeros.

Los profesionales de enfermería brindan al bebé esta atención primordial. Estos cuidados son sumamente importantes porque de las primeras horas de vida del niño, dependerá su crecimiento y desarrollo.

Enfermería mantiene una estrecha relación con los padres y el niño por la continuidad de la atención que presta y asume la responsabilidad de facilitar la adaptación de los padres al bebé y de este a la nueva situación. Por esto, es necesario que el personal de enfermería actualice constantemente sus conocimientos sobre los cuidados neonatales y también, en lo referente a la detección precoz de complicaciones.

Los padres confían en los profesionales sanitarios, por lo que es importante realizar nuestro trabajo de la mejor manera posible tendiendo siempre a la excelencia.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Doménech Martínez E, González Bravo N, Rodríguez-Alarcón Gómez J. Cuidados generales del recién nacido sano. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, 2008.
2. Muñoz Requena JJ, Baena Guirao G, Venzalá Prado MJ. Guía de cuidados del recién nacido. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2000.
3. González G, Pérez Y, Santos S, Sarmiento A, Velásquez G, Panvini J. Guía para la prevención de acuerdo al grupo de edad en la consulta del niño sano. Rev Vitae 2012 abril-junio; 50. Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_4547.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_4547.pdf)
4. Sánchez Escartín MC, López de Heredia Goya J, Aguayo Maldonado MJ, Blanco Bravo D, Molina Morales V. Reflexiones éticas y recomendaciones para la toma de decisiones clínicas en la atención al recién nacido sano. An Pediatr 2012 12;77(6):413.e1-413.e5.
5. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr 2009 10;71(4):349-361.
6. Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Aceves Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr 2012;79(1):32-39.
7. Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo D, Esqué Ruiz MT, Fernández Lorenzo JR. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. An Pediatr 2001;55(2):141-145.

8. Lupo EA. Recepción del recién nacido sano. En: Ceriani Cernadas JM. Manual de procedimientos en Neonatología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 31-35.
9. Zamora Pasadas M. El recién nacido normal. En: Zamora Pasadas M. Enfermería Neonatal. Alcalá La Real (Jaén) : Formación Alcalá; 2008. p. 15-27.
10. León Larios F. Atención al neonato. En: Macías Seda J, Gómez Salgado J. Enfermería maternal y del recién nacido. Madrid : FUDEN : Enfo; 2007. p. 459-493.
11. Bustos Lozano G. Guía de cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2007. ISBN: 978-84-691-4919-5
12. Mimón Rahal I, Ros Navarret R, Pérez Lafuente E, López Cócera VC. Screening neonatal. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia 2010(92):6-8.
13. Pozo Martínez M, Almenar Latorre A, Tapia Toca MC, Moro Serrano M. Detección de la hipoacusia en el neonato. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, 2008.
14. Lacarrubba J, Galván L, Barreto N, Adler E, Céspedes E. Guías prácticas de manejo en Neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano. Pediatr (Asunción): Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría 2011;38(2):138-145.
15. Ortiz Tardío J, Rodríguez Miguélez JM. Identificación y custodia del recién nacido. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, 2008.
16. Castro Lopez FW, Urbina Laza O. Manual de Enfermería en Neonatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.

17. Alfaro Espín A, García Alcaraz F. Características fisiológicas del recién nacido normal. En: Hernández Martínez A, Gómez Salgado J. Enfermería del recién nacido sano. Madrid : FUDEN : Enfo; 2008. p. 287-305.
18. Herdman TH. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. NANDA International. Barcelona: Elsevier; 2010.
19. Muñoz Guillen A, Dalmau Serra J. Alimentación del recién nacido sano. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, 2008.
20. Bustos GG, Perepelycia L. Enfermería maternoinfantil y neonatal. Compendio de técnicas. Rosario, Argentina: Corpus; 2010.
21. Delgado Díaz A, Díaz Gil A. Seguimiento de la salud infantil. Programa de niño sano en enfermería. Hygia de enfermería: revista científica del colegio 2013(83):20-25.
22. Zitelli BJ, Davis HW. Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría. 5<sup>a</sup> ed. Barcelona : Elsevier; 2009.
23. Jiménez R. Luxación congénita de cadera. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, 2008.
24. Ojeda Torres A. Cuidados al recién nacido en luminoterapia. Enfermería neonatal 2008 junio, 4: 22-24. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000320cnt-N09d-revista-enfermeria-neonatal-4.pdf>
25. Saitua Iturriaga G, Aguirre Unceta-Barrenechea A, Suárez Zárate K, Zabala Olaechea I, Rodríguez Núñez A, Romera Rivero MM. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. An Pediatr 2009 10;71(4):310-313.

26. Padilha Barbosa C, Barbosa Aires J, Dos Santos Farias IY, Pereira Linhares FM, Sobral Griz SM. Newborn and infant hearing health education for nursing professionals. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013; 79(2):226-232.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1

Madurez física

	0	1	2	3	4	5
Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Suave, rosada, venas visibles	Descamación superficial y/o exantema, pocas venas	Cuarteada, área pálida, venas raras	Parcheada, grietas profundas, sin vasos sanguíneos	Coriácea, cuarteada, arrugada
Lanugo	Ninguno	Abundante	Fino	Áreas sin lanugo	En gran parte sin lanugo	
Surcos plantares	Sin surcos	Marcas rojas tenues	Surco transverso anterior sólo	Surcos en los dos tercios anteriores	Los surcos cubren toda la planta	
Mamas	Apenas perceptible	Areola plana, sin botón	Areola punteada, botón de 1-2 mm	Areola sobrelevada, botón de 3-4 mm	Areola completa, botón de 5-10 mm	
Oreja	Pabellón plano, permanece plegado	Pabellón ligeramente curvado	Pabellón bien curvado y blando, pero se recupera fácilmente	Formado y firme con recuperación instantánea	Cartílago grueso, oreja rígida	
Genitales: hombre	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos que descenden, algunas arrugas	Testículos descendidos, numerosas arrugas	Testículos péndulos, arrugas profundas	
Genitales: mujer	Clítoris y labios menores prominentes		Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Clítoris y labios menores completamente cubiertos	

Puntuación de la madurez

Puntuación	Semanas
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Madurez neuromuscular

Postura					
Ventana cuadrada (muñeca)					
Retirada del brazo					
Ángulo poplíteo					
Signo «de la bufanda»					
Talón-oreja					

**Figura 1.** Valoración de la edad gestacional. Los seis criterios morfológicos y los seis criterios neurológicos, en conjunto, producen una estimación de la edad gestacional. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

## ANEXO 2

<b>TEST DE APGAR</b>			
<b>VALORACIÓN</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>ESFUERZO</b>	Ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
<b>RESPIRATORIO</b>			
<b>RESPUESTA A ESTÍMULOS</b>	Sin respuesta	Mueca	Tos o estornudo
<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	Ausente	< 100 lat/min	> 100 lat/min
<b>TONO MUSCULAR</b>	Débil	Ligera flexión Extremidades	Movimientos activos
<b>COLOR</b>	Azul, pálido	Cuerpo sonrojado, extremidades cianóticas	Totalmente sonrojado

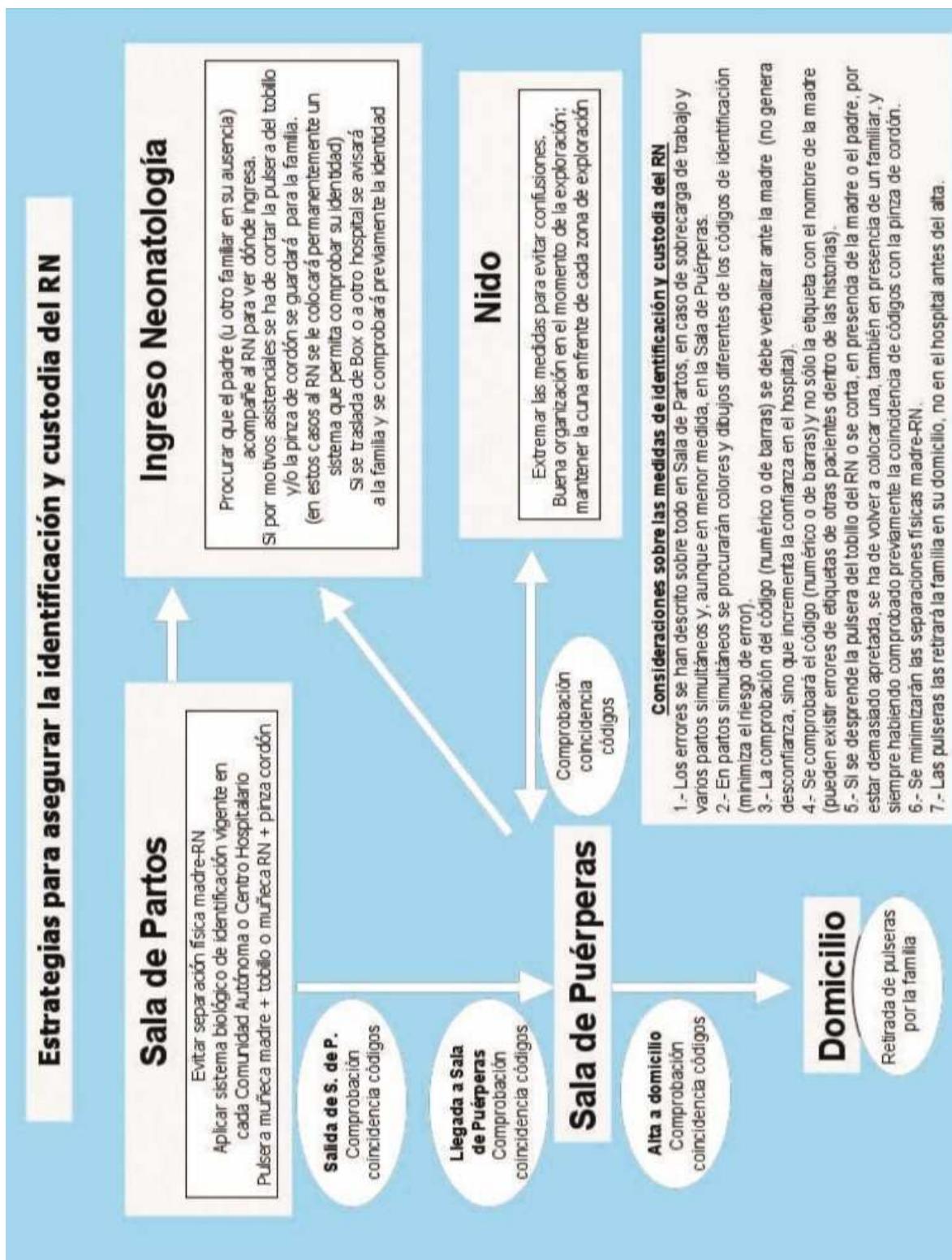
**0-3 INTENSAMENTE DEPRIMIDO**

**4-6 MODERADAMENTE DEPRIMIDO**

**7-10 ESTADO SATISFACTORIO**

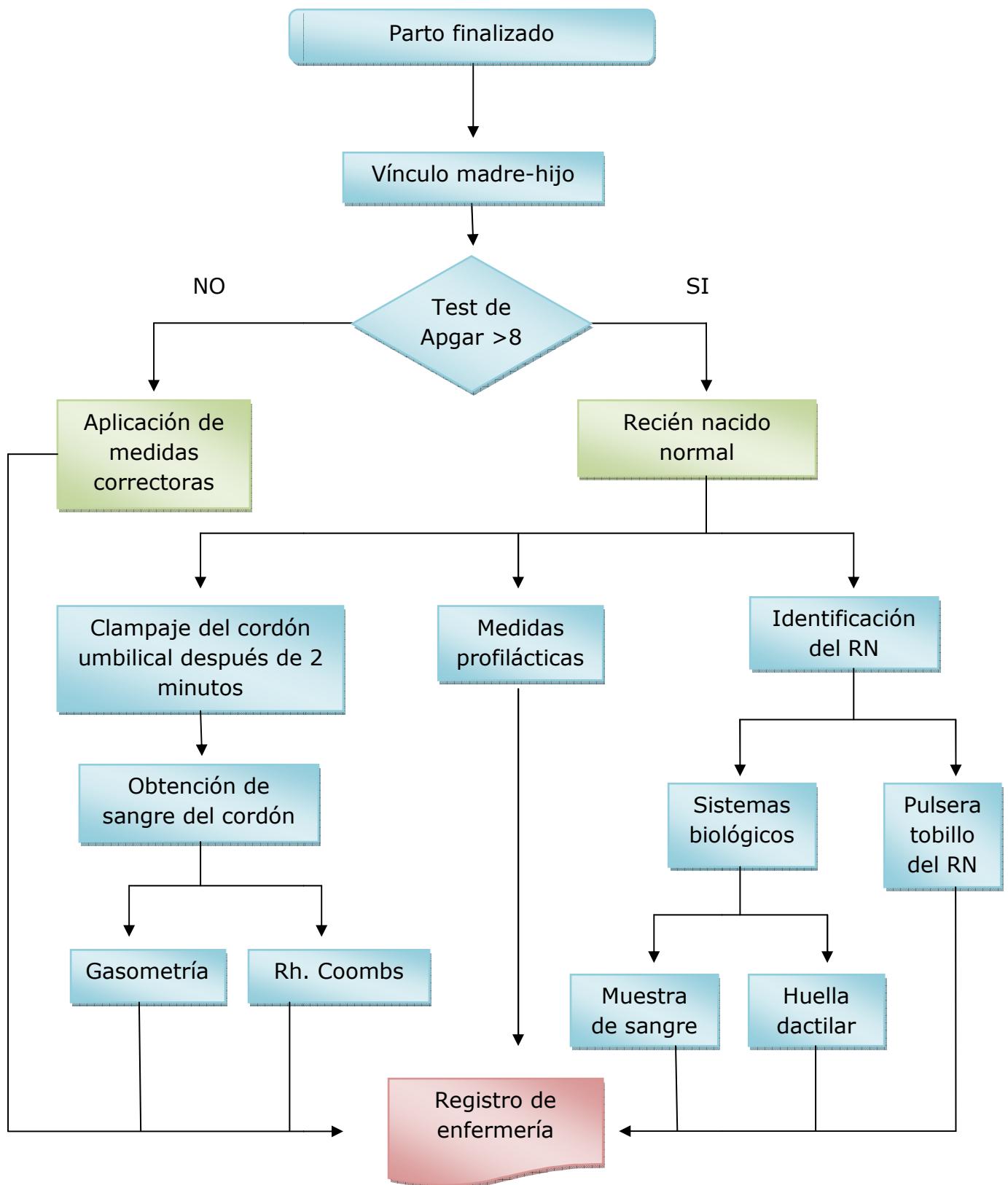
**Tabla 1.** Test de Apgar. Tomada de: Enfermería maternal y del recién nacido; 2007.

ANEXO 3



**Figura 2.** Estrategias para asegurar la identificación y custodia del recién nacido.  
Tomada de: Identificación y custodia del recién nacido. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología; 2008.

ANEXO 4



**Figura 3.** Algoritmo de actuación hacia el recién nacido en el paritorio. Elaboración propia.

## ANEXO 5



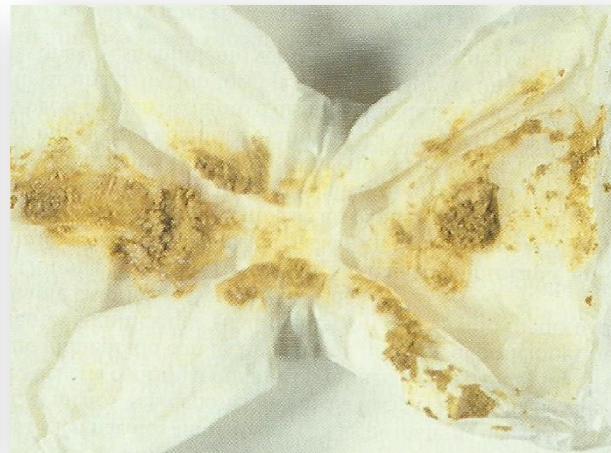
**Figura 4.** Meconio. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.



**Figura 5.** Heces de transición. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.



**Figura 6.** Deposiciones de leche materna. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

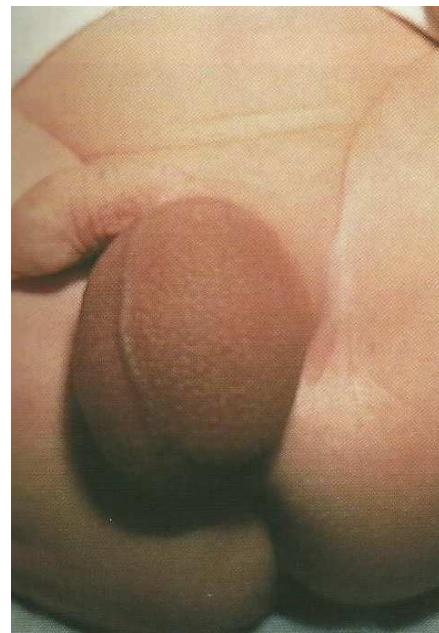


**Figura 7.** Deposiciones de la alimentación con leche de fórmula. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante la exploración física en pediatría; 2009.

## ANEXO 6



**Figura 8.** Sinequia vulvar (adherencias labiales). Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.



**Figura 9.** Hidrocele unilateral que se aprecia en el nacimiento. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

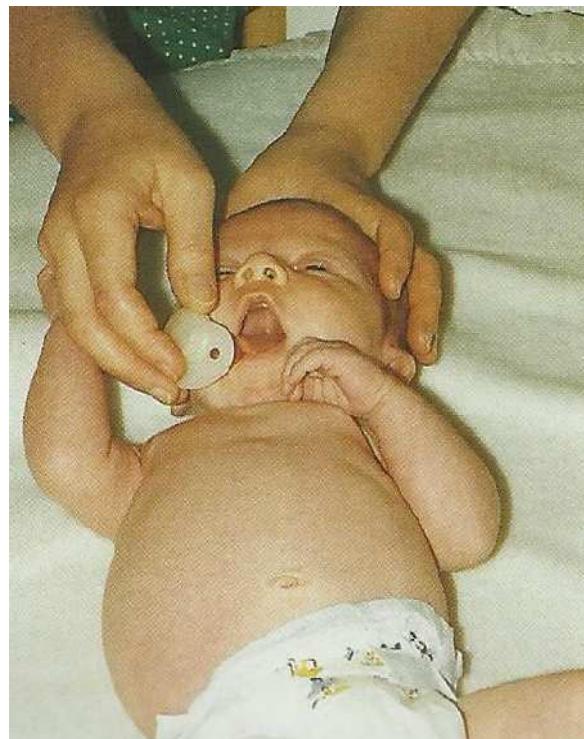
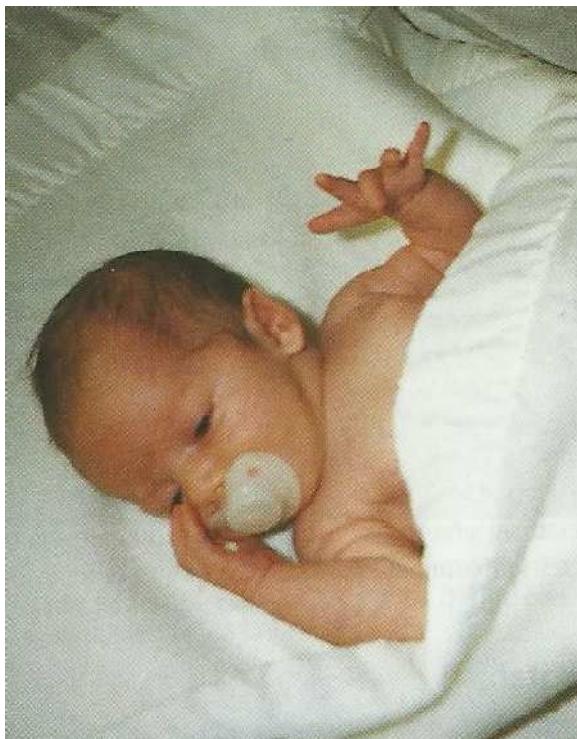


**Figura 10.** Hipospadias y criptorquidia izquierda en un recién nacido. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

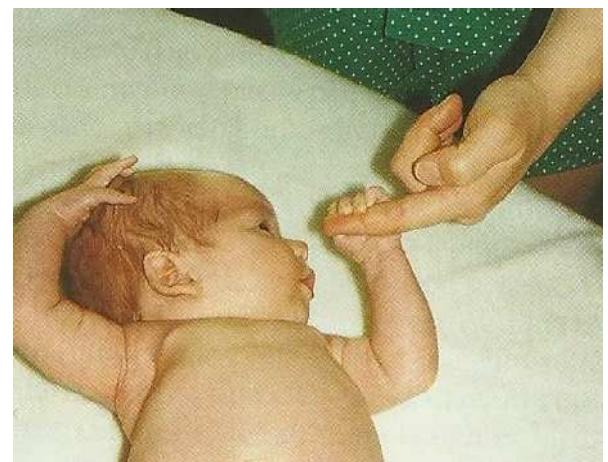
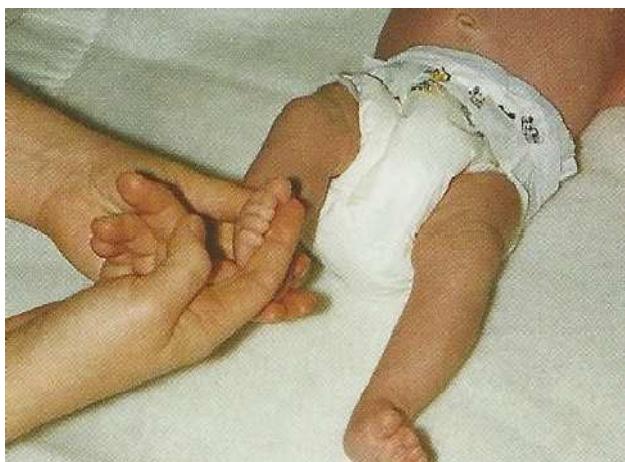


**Figura 11 y 12.** Hipospadias balánico (izquierda) e hipospadias peneano (derecha). Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

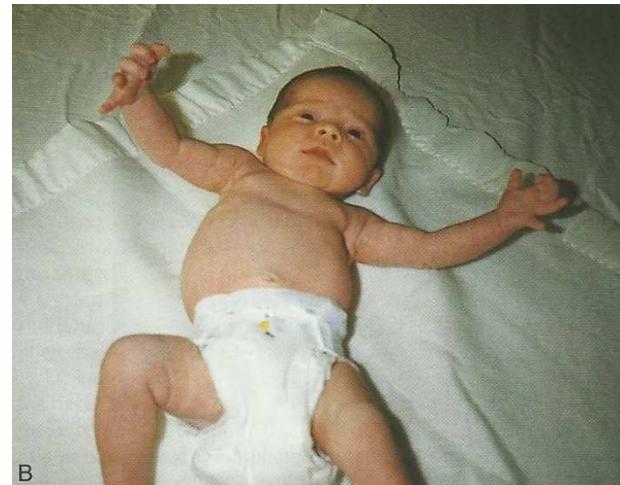
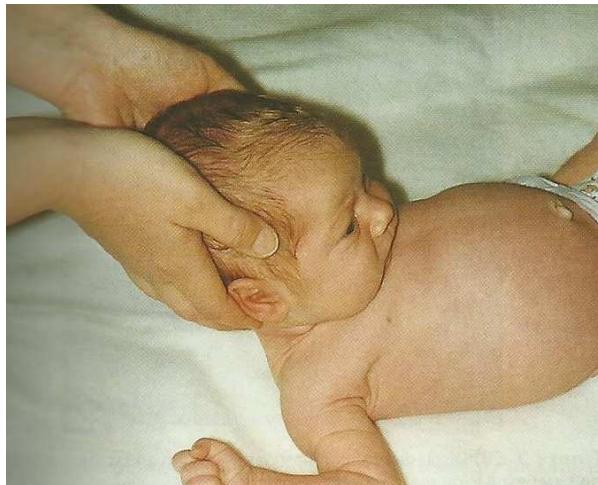
ANEXO 7



**Figura 13 y 14.** Reflejo de succión (izquierda) y reflejo de búsqueda (derecha). Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

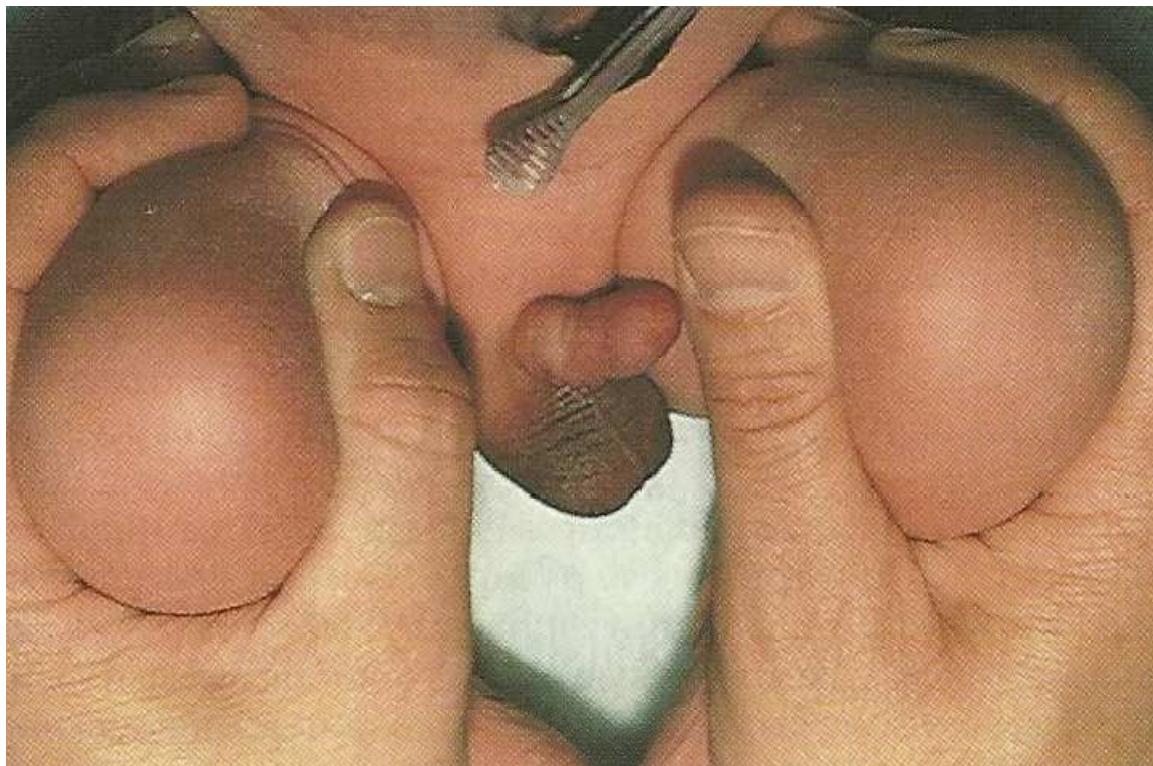


**Figura 15 y 16.** Reflejo de presión plantar (izquierda) y palmar (derecha). Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.



**Figura 17 y 18.** Reflejo de Moro. Izquierda: para provocar el reflejo, se aguanta la cabeza y se deja caer hasta la cama. Derecha: se observa la extensión inicial. En la respuesta completa se incluyen la flexión secundaria y el llanto. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

## ANEXO 8



**Figura 19.** Maniobra de Ortolani. Se observa la colocación correcta de la mano para realizar esta maniobra. La abducción del fémur produce un chasquido palpable en el niño con luxación congénita de cadera. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

## ANEXO 9

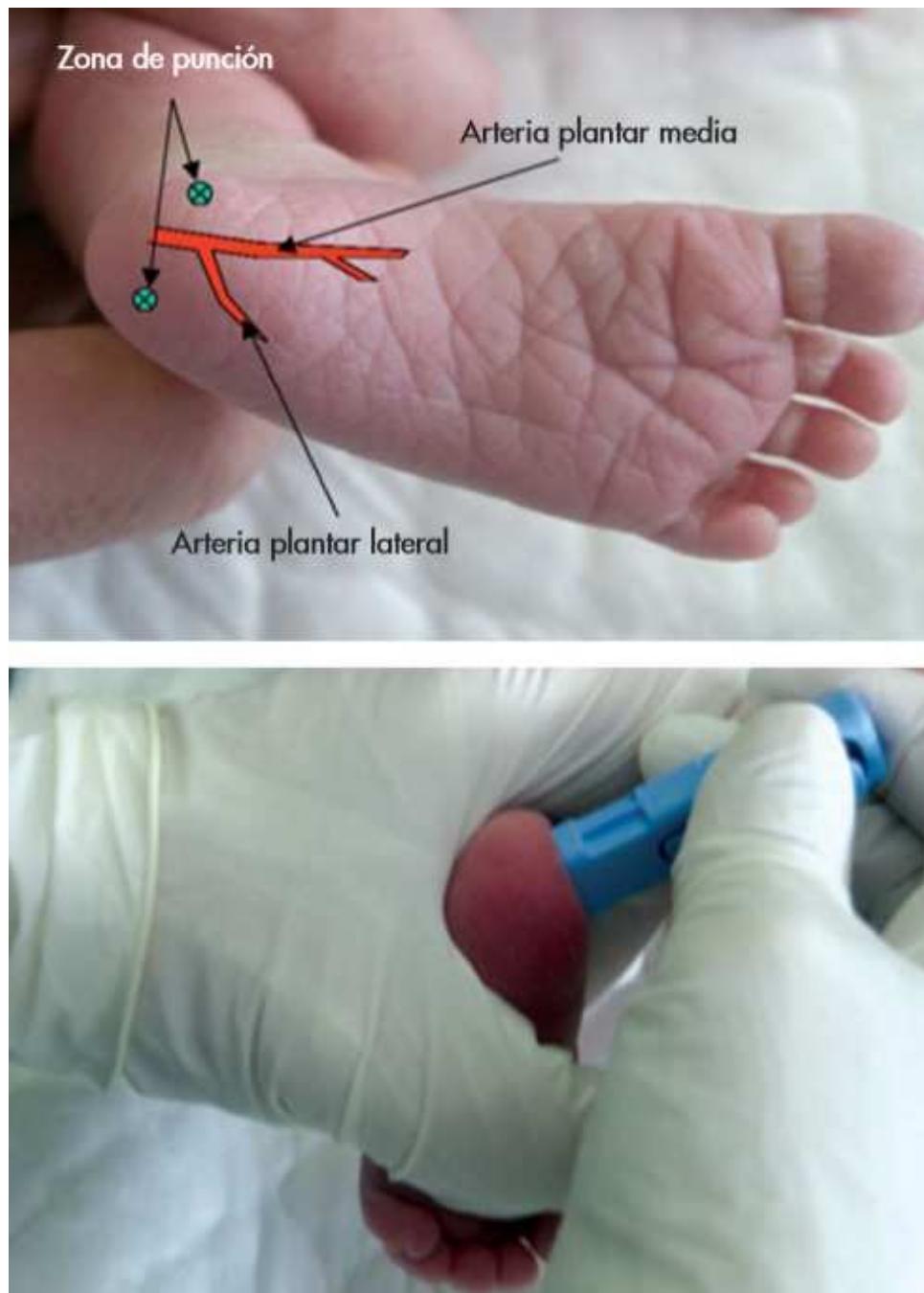


**Figura 20.** Mancha mongólica. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.



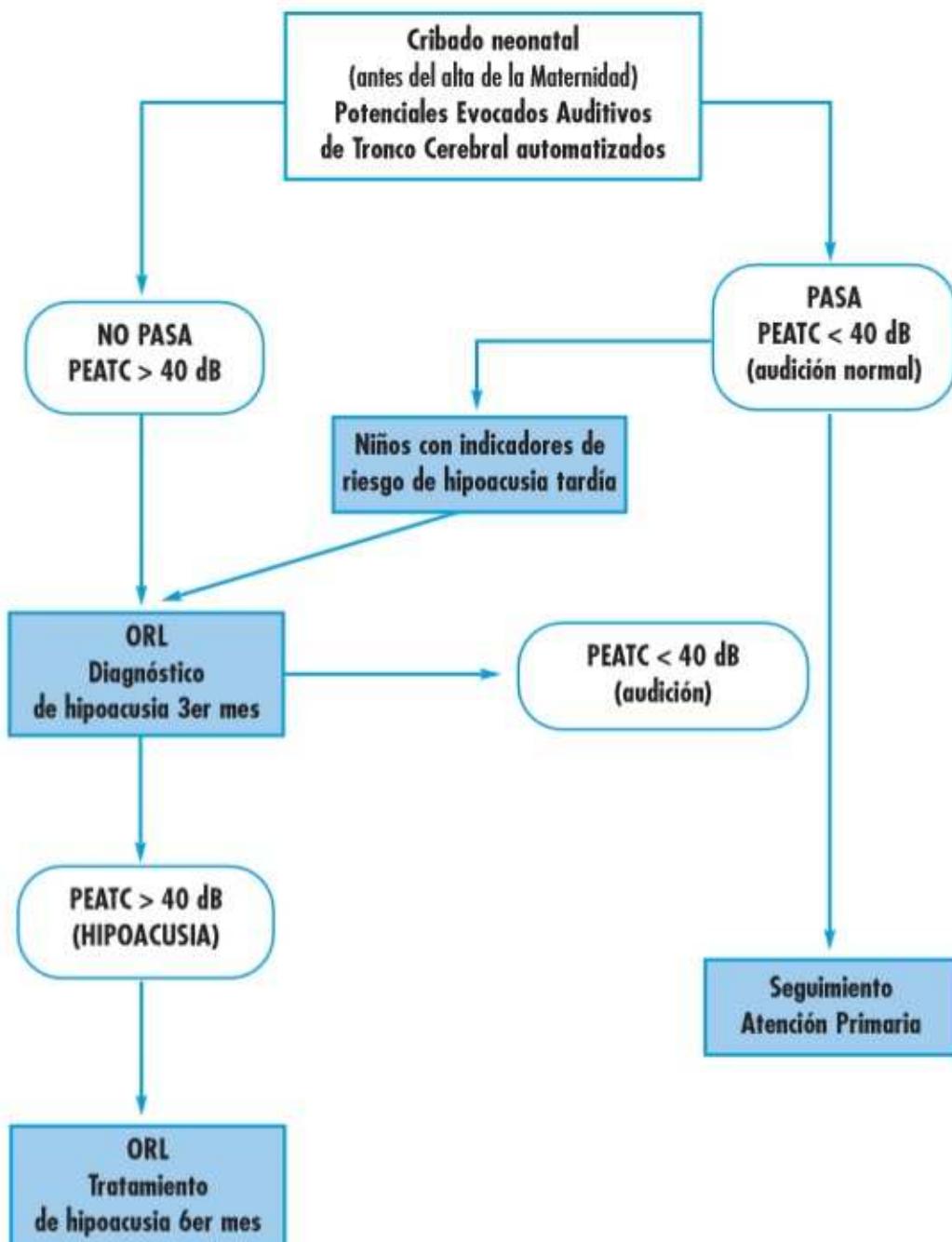
**Figura 21.** Eritema tóxico neonatal. Se observan numerosas pápulas y pústulas amarillas rodeadas por anillos intensamente eritematosos. Tomada de: Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría; 2009.

ANEXO 10



**Figura 22.** Técnica de realización de las pruebas endocrino metabólicas. Punción de talón para toma de muestra de sangre capilar. Tomada de: Guía de cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2007.

ANEXO 11



**Figura 23.** Algoritmo de derivación en caso de posible pérdida auditiva. Tomada de: Guía de cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2007.