



HOSPITAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

DIRECCIÓN DE
ENFERMERÍA



GUÍA DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

AUTORES

Juan José Muñoz Requena
Enfermero- 4.ª planta de Puerperios

Gloria Baena Guirao
Auxiliar de Enfermería- 4.ª planta de Puerperios

M.ª Jose Venzalá Prado
Enfermera - 4.ª planta de Puerperios

Consensuado por el personal de enfermería de la 4.ª planta de Puerperios.

Edita

Dirección de Enfermería
Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería
División de Enfermería
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
CÓRDOBA

Imprime

Imprenta Vistalegre
Teléfono 957 421 616
CÓRDOBA

Depósito Legal

CO-599/99

ÍNDICE

Presentación	5
Metodología	5
Ingreso:	7
- Identificación y Registro del RN en el sistema informático	7
- Revisión de la historia del niño.	7
- Ubicación del RN con la madre en la habitación.....	7
- Entrega del impreso de la fenilcetonuria	7
- Entrega del impreso de la Hepatitis B.	7
Higiene y confort	8
Nutrición:	9
- Lactancia materna	9
- Lactancia artificial	10
Oxigenación	11
Eliminación	12
Movilización	14
Reposo-Sueño	16
Termoregulación	17
Protección del tejido cutáneo y seguridad	19
Relación comunicación	21
Requerimientos diagnósticos	22
Requerimientos terapéuticos.....	23
Requerimientos al alta	24
Acciones cuidadoras	25
Registros utilizados	28
Bibliografía	31

PRESENTACIÓN

El **objetivo** de esta guía es recoger en un documento todos los cuidados que prestamos al recién nacido sano en las unidades de puerperio, de manera que puedan servir de ayuda al personal de enfermería que se incorpore a trabajar en estas unidades por primera vez, y al mismo tiempo unificar criterios entre los profesionales que ya prestamos nuestro servicio en ellas.

Es el resultado de muchos años de trabajo, desde que comenzamos a elaborar los procedimientos específicos de cuidados, apoyándonos en la bibliografía a nuestro alcance, así como en la experiencia de los profesionales de la Unidad; y nace como fruto del consenso entre todos nosotros.



METODOLOGÍA

La guía está estructurada basándonos en el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson, elegido por nuestro Hospital, y se va a desarrollar teniendo en cuenta las necesidades presentes en dicho modelo.

Cada apartado de la guía recogerá los procedimientos necesarios para satisfacer dichas necesidades, así como una serie de peculiaridades del RN, signos de alarma y formas de intervención en cada uno de los casos que puedan presentarse.

Antes de comenzar a describir las necesidades y los cuidados que requiere un recién nacido sano, debemos aclarar en primer lugar lo que entendemos por "recién nacido sano", ya que son éstos los que recibirán nuestra atención; dejando los cuidados del recién nacido no sano para las Unidades de Enfermería especializadas en este campo.

Entendemos por recién nacido sano aquél que es producto de un embarazo de duración normal, sin enfermedad ni complicación alguna en la madre durante el mismo, cuyo parto es de evolución normal, y sus características anatómicas y fisiológicas en el momento de nacer son normales, así como la adaptación a la vida extrauterina.

La Sociedad Española de Neonatología (S.E.N.) de la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) recomiendan que:

- El recién nacido debe ser atendido por un Neonatólogo durante su estancia en la maternidad, debiendo ser examinado de nuevo en el momento del alta, facilitando a los padres la información sanitaria que precisen.
- La madre y su hijo tienen un derecho reconocido a permanecer juntos durante su estancia en la maternidad. Sólo recomendaciones médicas pueden alterar este derecho.

En partos eutócicos la estancia en la maternidad de la madre y el hijo será de 48 horas; en partos distócicos (fórceps y ventosas) será de 72 horas y en la intervención de cesárea será de 7 u 8 días.

El RN es un individuo inmaduro que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, lo que le hace estar calificado como totalmente dependiente. A pesar de esto la mayoría de los RN nacen sanos, no necesitan cuidados especiales, pero sí unos cuidados básicos. Debemos recordar que los recién nacidos pueden oír, ver y sentir, de manera que el trato al RN debe ser respetuoso. Siempre se debe informar a la madre con un lenguaje claro sobre los cuidados que se realizan al recién nacido.

INGRESO

Tras haber permanecido dos horas en la sala de recuperación de partos, el RN es trasladado a la Unidad de Puerperio del hospital.

A su llegada realizaremos:

- Identificación y registro del RN tanto en el sistema informático como en el libro de registro de la Unidad. En la identificación de las pulseras del RN deberán coincidir los datos en dichas pulseras (nombre y apellidos de la madre y sexo del RN) con los datos de la historia clínica que acompaña al niño. Un aspecto importante que debemos tener en cuenta en lo referente a las pulseras es que no se debe perder ninguna de ellas, ya que serán imprescindibles a la hora de dar el alta al RN en el sistema informático.
- Revisión de la historia del niño para comprobar que se la ha administrado en la zona de recuperación de paritorio la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B (y la gammaglobulina anti-B si la madre tuviera el antígeno de la hepatitis B positivo), la dosis de vitamina K y la profilaxis antibiótica de ojos. De no haber recibido esta medicación nos pondremos en contacto con el paritorio para que se le administre.
- El RN estará ubicado en la habitación de la madre, excepto en los casos en los que por distintos motivos (parto por cesárea, fórceps, etc.) la madre no llegue a la Unidad con el RN. En estos casos el recién nacido permanecerá en la sala de cunas de la Unidad hasta la llegada de la madre.
- Se procederá a la entrega del impreso de la fenilcetonuria, explicando a la madre los días en que se debe realizar esta prueba, así como de la importancia que tiene para detectar, durante el periodo neonatal, a los niños afectados por este problema metabólico.
- Entregaremos a su vez el impreso de vacunación de hepatitis B, que certifica que se le ha puesto al niño la primera dosis de esta vacuna (primera en el calendario de vacunaciones) y donde está también indicado el periodo de tiempo en el que se deben administrar las siguientes dosis de la vacuna de la hepatitis B.

HIGIENE Y CONFORT

La higiene y el confort son necesidades básicas del RN que debe satisfacer el personal de enfermería. Entre las principales acciones que se realizaremos encontramos:

- El baño del RN.
- Hidratación y cuidado de la piel del RN.
- Cura del cordón umbilical.
- Vestir al RN con pañal y camisito, después lo arropamos con un empapador, pero evitando que éste impida la movilidad del niño.
- Acostamos al RN en el nido, que previamente se ha vestido con ropa limpia, en decúbito lateral o decúbito supino.
- Otra actividad a realizar para satisfacer la necesidad de higiene y confort del RN será la de comprobar con cierta frecuencia que el niño está limpio, cambiando el pañal tantas veces como sea necesario para procurar el bienestar del RN.



NUTRICIÓN

El RN debe ser puesto al pecho materno, para así iniciar la lactancia, lo antes posible tras el parto. Estos primeros contactos con el pezón de la madre estimulan la producción de leche y son muy beneficiosos para un mejor establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo.

El personal de enfermería debe fomentar la lactancia materna ya que proporciona una nutrición óptima y promueve el crecimiento y desarrollo del niño. La succión temprana proporciona al niño el calostro, que le va a ofrecer protección contra las infecciones así como importantes nutrientes.

Lactancia Materna

- La frecuencia de las tomas no debe ser rígida, cada bebé tiene un ritmo diferente.
- Durante los primeros días los intervalos entre las tomas suelen ser irregulares. El niño puede demandar tomas frecuentemente, si lo hace es porque necesita alimentarse así.
- El hecho de mamar con frecuencia ayuda a que los pechos produzcan más leche.
- La cantidad de leche irá aumentando durante los primeros días, produciéndose la "subida" de la leche a las 48-72 horas después del parto. Después de este periodo se irá regulando la producción de leche y la frecuencia de las tomas, y los dos (madre e hijo) adoptarán un horario y ritmo adecuado a las necesidades de alimentación del RN.
- En general, el niño lactará cada 3-4 horas, descansando ambos entre 5-8 horas por la noche.



Todo este proceso de la lactancia materna se ve reforzado mediante la educación maternal que el personal de enfermería proporciona a la madre durante su estancia en la Unidad. Contenida en ella se encuentra:

- Información sobre la posición adecuada para las tomas

- Técnicas para estimular pezones planos o invertidos
- Técnicas que facilitan el manejo del RN durante la lactancia, etc.

Lactancia Artificial

Si la madre no puede amamantar a su hijo, si los padres deciden darle lactancia artificial o si el médico lo estima oportuno (por diversas patologías o situaciones de salud que impidan o contraindiquen la lactancia materna) el niño recibirá lactancia artificial. Hay que decir que la lactancia artificial no va en contra del instinto maternal, y apoyaremos e informaremos a las madres para que el hecho de la lactancia artificial no suponga un handicap en las relaciones madre-hijo.

Los requerimientos nutricionales del niño también serán satisfechos con este tipo de lactancia.

Nuestra actuación será la siguiente:

- Se iniciará la lactancia artificial a partir de las 6 horas de vida del RN (esta pauta está sujeta a indicaciones previas del Neonatólogo, que puede indicar una alimentación precoz por diversos motivos).
- Administraremos la lactancia artificial en forma de biberones monodosis para evitar la manipulación de la leche.
- La frecuencia de las tomas será de 3 horas (cada 3 horas).
- Se comenzará con una cantidad de 10 cc., aumentando otros 10 cc. por día, aunque deberemos también tener en cuenta las necesidades nutricionales de cada niño.
- Consideraremos como situaciones especiales a los niños de bajo peso (2500 gr. o menos) y a los macrosomas (más de 4000 gr.) en los que se iniciará una alimentación precoz para evitar hipoglucemias (estas pautas siempre estarán sujetas a indicación médica).
- En el RN por cesárea, al estar la madre en tratamiento con sueroterapia, no se podrá iniciar la lactancia materna hasta las 24 horas posteriores a la intervención, por lo que comenzaremos con la lactancia artificial anteriormente descrita. Esta lactancia se suspenderá cuando termine el periodo de sueroterapia de la madre y se instaure la lactancia materna.

OXIGENACIÓN

Normalmente los RN cuando llegan a la Unidad no presentan alteraciones en la necesidad de oxigenación, pero debido a la inmadurez de su sistema respiratorio debemos observar una serie de signos que nos pueden alertar ante una posible alteración en su capacidad de intercambio gaseoso.

Estos signos pueden ser:

- cianosis
- quejido
- aleteo nasal
- dificultad respiratoria

Todos ellos pueden ser debidos a una hipotermia. Ante estos signos el RN se situará bajo una fuente de calor durante unas horas, con el objetivo de regular su temperatura. Si los signos persisten avisaremos al Neonatólogo para la valoración del RN.

Otro problema que puede alterar la oxigenación es la presencia de secreciones en las vías respiratorias. Ante esta situación favoreceremos la eliminación de las secreciones mediante:

- Medidas posturales
- Fisioterapia respiratoria (clapping).
- Si las medidas anteriores no son eficaces procederemos a la aspiración de secreciones con una sonda estéril (para la realización de esta técnica véase el Manual de Protocolos y Procedimientos de Enfermería, D-3, D-4)

ELIMINACIÓN

En lo referente a la necesidad de eliminación vigilaremos:

- Que la primera micción del RN tenga lugar durante las primeras 24 horas de vida
- Que la primera deposición tenga lugar dentro de las primeras 48 horas

Actuación:

- Si el niño se aproxima a estos límites de tiempo y vemos que aún no ha efectuado su primera micción, le ofreceremos suero glucosado para favorecer la diuresis
- Estimulación con una sonda rectal lubricada en el caso de que no haya realizado la primera deposición.
- Si ninguna de estas medidas es efectiva, se avisará al Neonatólogo para la valoración del RN.

Datos de interés

- Con las primeras micciones podemos encontrar en el pañal del RN una mancha o halo de color rojo ladrillo, esto se debe al elevado contenido en ácido úrico.
- Durante las primeras 24 horas las deposiciones suelen ser de color negro y espesas (se llama meconio), en los días siguientes se van haciendo verde-amarillentas (se llaman heces de transición) que en días sucesivos se harán de color amarillo.
- Para catalogar las deposiciones como diarrea se requiere que éstas sean muy fluidas y /o en número superior al habitual, con posible presencia de moco y sangre, y acompañándose por lo general de otros síntomas como irritabilidad, rechazo del alimento o vómitos.
- El estreñimiento aparece cuando el bebé no hace deposiciones en 24-48 horas o las deposiciones se endurecen, acompañándose las deposiciones de incomodidad o esfuerzo. No daremos ningún tipo de laxante sin indicación médica.
- El número de deposiciones al día es muy variable, pueden ser desde una con cada toma hasta una cada dos o tres días.
- Las regurgitaciones (eliminación del contenido gástrico) pueden ser frecuentes en el RN debido a la inmadurez del cardias. En estos casos aconsejaremos a la madre que tras las tomas de alimento favorezca en el RN la expulsión del aire deglutido. Estas regurgitaciones adquieren

especial valor cuando son de tipo bilioso, o a chorro, se acompañan de abdomen excavado o distendido o pérdida de peso; con lo que las caracterizaremos como vómitos, que van a estar bien diferenciados de las regurgitaciones normales.

- En los primeros días de vida, los pechos del RN pueden aumentar de tamaño e incluso segregar unas gotas de leche, es la llamada popularmente “leche de brujas” (esto se debe a los estrógenos que pasan de la madre al niño y que hacen que se produzcan en él esta ingurgitación mamaria). Nunca debemos exprimirlos, si se ponen calientes o tienen secreción serosa o purulenta debemos avisar al Neonatólogo para la valoración del RN.
- En las niñas es normal que aparezca una pequeña pérdida de sangre por vía vaginal, es la llamada pseudo-menstruación (debida a la presencia de estrógenos maternos en el RN); también puede aparecer un flujo blanquecino, que cede a los pocos días sin ningún tipo de tratamiento).

MOVILIZACIÓN

El RN sano pasa la mayor parte del tiempo durmiendo. Observamos en él una serie de reflejos primarios que van a ser la base de algunos de sus movimientos, por ejemplo:

- **Reflejo de Moro:** un ruido fuerte, súbito o la sensación de caer hacen que el bebé estire las piernas, los brazos y los dedos, arquea la espalda e inclina la cabeza hacia atrás, en seguida repliega los brazos sobre el pecho con los puños cerrados. En una tercera fase del reflejo se emite un chillido leve. Este reflejo dura entre cuatro y seis meses.
- **Reflejo de Babinsky:** cuando se pasa la mano por la planta del pie desde el talón hasta el dedo gordo, el RN levanta los dedos y voltea el pie hacia adentro. Este reflejo dura entre seis meses y dos años, después de este tiempo, el niño recoge los dedos hacia abajo.
- **Reflejo de búsqueda y succión:** si se toca suavemente la mejilla del RN, éste volteará la cabeza en dirección del estímulo con la boca abierta listo para succionar. Si colocamos algún objeto en su boca, por ejemplo el seno materno, el RN comenzará a succionar.
- **Reflejo de marcha:** si colocamos al RN en posición vertical sobre una mesa o sobre una superficie firme y plana, sostenido por las axilas, el niño levanta primero una pierna y luego la otra como si quisiera dar unos pasos. Esto se observa mejor después del cuarto día de vida. La duración de esta reflejo es variable, pero en general suele ser de un mes.
- **Reflejo de prensión:** el bebé acostado mirando hacia delante con los brazos doblados, si se le coloca el dedo índice en la palma de su mano cierra la mano tratando de agarrarlo. La fuerza de sostén de la mano de un bebé puede ser tan fuerte que puede sostener todo su peso. Este reflejo dura de tres a cuatro meses.
- **Reflejo de extensión cruzada:** estando acostado en decúbito supino, el niño toma una posición de esgrimista, la cabeza hacia un lado y el brazo y la pierna de ese lado extendidos y los del lado contrario doblados. Este reflejo puede existir al nacimiento o aparecer a los dos meses y desaparecer más o menos a los seis meses.

Puede haber situaciones en las que RN se encuentre irritable, a causa de acumulación de gases, alteración del descanso, etc.

En estas situaciones el personal de enfermería realizará una serie de ejercicios pasivos:

- masaje abdominal haciendo un círculo
 - flexionar las piernas del RN sobre su abdomen
 - hacer clapping en la espalda del RN, etc.
- destinados a favorecer la expulsión de gases y facilitar el sueño del niño.

También podemos observar posibles trastornos del tono muscular:

- **Hipotonía** (falta de fuerza muscular), que requiere especial atención cuando se acompaña de cara inexpresiva, disminución del tamaño y movimientos del tórax, o esta falta de fuerza está localizada en una sola extremidad o en un lado del cuerpo.
- **Hipertonía** (rigidez), que es motivo de consulta con el Neonatólogo.

REPOSO-SUEÑO

La Sociedad Española de Neonatología de la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.) aconseja en los lactante sanos la posición de decúbito supino o decúbito lateral para dormir.

Existen situaciones de salud en las que estas posturas para dormir no son las correctas, como por ejemplo anomalías en la cara, reflujo gastroesofágico, en algunos prematuros, etc. En dichos casos debe haber un asesoramiento médico específico sobre la postura correcta del RN durante el sueño.

Por lo general el RN duerme durante la mayor parte del tiempo, se despiertan cuando tienen hambre o sienten alguna molestia; debiéndose evitar los ruidos y situaciones que puedan alterar su descanso.

Corresponde al personal de enfermería realizar la valoración de la situación, identificando los factores que impiden el descanso y el reposo del RN (alterando su patrón natural de sueño).

Corresponde así mismo a la enfermería la aplicación de técnicas adecuadas para satisfacer la necesidad de reposo y sueño en el RN (baño del RN, masajes, alimentación correcta, etc.).

TERMORREGULACIÓN

La temperatura corporal normal del RN oscila entre 36'5°C y 37'5°C. La hipotermia se produce cuando la temperatura corporal desciende por debajo de los 36°C. El RN es más sensible a la hipotermia durante el periodo de estabilización que se produce entre las 6 y 12 horas después del nacimiento, aunque la hipotermia puede aparecer en cualquier momento si la temperatura ambiental es baja y las medidas de protección térmica son inadecuadas.

El RN tiene una superficie corporal relativamente amplia, una masa corporal muy pequeña para producir y conservar el calor, poca habilidad para conservar el calor por medio de cambios posturales y ninguna habilidad para ajustar su vestimenta a cambios térmicos. La hipotermia se produce fácilmente si dejamos al RN mojado y desprotegido en ambiente frío.

La **hipotermia** puede ocurrir después del nacimiento incluso en ambientes térmicos moderados (no fríos), cuando los niños no están bien protegidos o a causa de prácticas incorrectas. Por ejemplo durante el baño, si la temperatura del agua no es la adecuada, si hay corrientes en la habitación del baño, si no secamos correctamente al RN.

Signos de hipotermia:

- El niño se hace menos activo, se muestra letárgico
- Hipotonía
- Succiona mal y el llanto se hace más débil
- La respiración es superficial y lenta
- El ritmo cardíaco disminuye
- Aparece también esclerema (piel endurecida y rojiza) que se localiza principalmente en la espalda y en los muslos
- La cara adquiere una tonalidad rojo brillante
- Si la hipotermia progresa se producirán cambios en el metabolismo corporal y habrá afectación cardíaca, hemorragia y muerte.

Ante cualquiera de estos signos comprobaremos la temperatura del RN para actuar si fuera necesario. Para evitar la hipotermia en el RN:

- Lo mantendremos en un ambiente térmico cálido
- Fuera de corrientes
- Debemos secarlo cuidadosamente después del baño y mantenerlo bien arropado con ropa adecuada
- Si estas medidas no son suficientes se colocará al RN bajo un foco de

calor hasta que alcance una temperatura corporal normal

- Deberemos avisar al Neonatólogo si algunos de los síntomas anteriores aparecen

La **hipertermia** se define como la temperatura corporal superior a 38°C. El RN puede presentar hipertermia cuando está sometido a ambientes térmicos calurosos (sol, proximidad a estufas, etc.).

Signos de hipertermia:

- El niño presenta inicialmente irritación
- Respiración rápida
- Incremento del ritmo cardiaco
- Piel caliente y seca
- Cuando la temperatura corporal sube por encima de los 41°C aparece estupor, coma y convulsiones.

Ante cualquiera de estos signos comprobaremos la temperatura del RN, actuando en caso necesario:

- Debemos apartar al niño de la fuente de calor y desvestirlo, con el fin de enfriar su cuerpo
- Otra medida para hacer que la temperatura baje es bañar al niño con agua templada
- La deshidratación es una complicación muy seria de la hipertermia, por lo que habrá que mantener al RN hidratado, ofreciéndole suero glucosado con cierta frecuencia
- Avisaremos al Neonatólogo para la valoración del RN en los casos en los que aparezca la hipertermia

PROTECCIÓN DEL TEJIDO CUTÁNEO Y SEGURIDAD

En este apartado dentro de las necesidades del RN podemos observar ciertas características fisiológicas en el momento del nacimiento como son:

- Unos pequeños angiomas capilares que aparecen en la frente y párpados (picotazos de la cigüeña, antojos y nevus flameus) que desaparecen en el curso del primer año
- En la región lumbo-sacra es frecuente una mancha de color grisáceo o violáceo, es la llamada mancha mongólica, que también desaparecerá
- En las alas de la nariz y en zonas adyacentes pueden darse unos puntos blanco-amarillentos correspondientes a la secreción sebácea de las glándulas a ese nivel, es el llamado millium facial
- Pueden encontrarse también lesiones maculosas, rojizas, con pequeñas vesículas en el centro, distribuidas por todo el cuerpo, correspondientes al llamado exantema tóxico del RN.
- Transcurridos unos días el Rn puede presentar una descamación fina de la piel, más manifiesta y en láminas más grandes en la palma de las manos y en la planta de los pies. Es importante la hidratación de la piel del RN con productos adecuados, utilizaremos el momento del baño para la aplicación de estas cremas o lociones.

Vigilaremos también en el RN signos que puedan indicar infección, prestando especial atención al cordón umbilical. La presencia de enrojecimiento o edema en la cicatriz umbilical puede indicar un proceso infeccioso que podría requerir tratamiento general. Si hay presencia de secreción, tanto serosa, hemorrágica o de cualquier tipo, lo consultaremos con el Neonatólogo.

La cura del cordón debe ser diaria y tantas veces como sea necesaria (en general cada vez que se cambia el pañal, ya que la gasa que protege al cordón puede estar manchada de heces u orina). Curaremos el cordón enrollando a su alrededor una gasa estéril humedecida con alcohol de 70°.

Prestaremos también atención a las infecciones oculares. Una continua aparición de secreciones puede ser debida a una infección ocular. Realizaremos lavados oculares con suero fisiológico, utilizando una gasa estéril para cada ojo y arrastrando las secreciones desde dentro hacia fuera del ojo. Si las secreciones persisten lo consultaremos con el Neonatólogo para instaurar tratamiento si fuera necesario.

Son frecuentes los enrojecimientos en la zona del pañal, que no suelen tener importancia, pero si aumenta el área afectada o el enrojecimiento dura más de 48 horas, se consultará con el Neonatólogo. Deberemos evitar que el niño pase mucho tiempo con el pañal sucio, cambiándolo con más frecuencia para evitar una mayor irritación por heces u orina.

Otro signo que podemos observar en la piel del RN es la ictericia (color amarillento de la piel), es llamada también ictericia fisiológica, que puede parecer en el segundo o tercer día de vida y que desaparece normalmente entre el quinto y el séptimo día. Esta ictericia es debida al aumento de la concentración de bilirrubina en el suero sanguíneo por un aumento de la destrucción de hematíes y por una inmadurez hepática, esta bilirrubina se acumula en los tejidos dando el color amarillento. Para que se reduzca esta ictericia aconsejaremos a las madres la exposición del RN a la luz solar. Cuando la ictericia aparece durante las primeras 24 horas de vida, el RN deberá ser valorado por el Neonatólogo, ya que en muchos casos puede haber una incompatibilidad de grupo sanguíneo entre el RN y la madre.

En cualquiera de los casos anteriores, y teniendo en cuenta las cifras de bilirrubina en sangre, el Neonatólogo nos indicará la pauta a seguir. En algunos casos será necesario aplicar fototerapia al RN.

Fototerapia:

Se basa en la degradación de la bilirrubina cutánea y de los capilares por la acción de la luz cuya longitud de onda está entre 420 y 480 nm. Los productos de la fototransformación de la bilirrubina (procedentes de la fotooxidación de la bilirrubina) no son neurotóxicos.

Colocaremos al RN debajo de la lámpara de rayos ultravioleta, protegiendo los ojos (esta luz puede dañar la retina) y la zona genital, el resto del cuerpo expuesto a la luz. Mantendremos al RN hidratado, ofreciendo suero glucosado con frecuencia. También realizaremos cambios en la postura del niño, alternando las posturas de decúbito supino, prono y lateral.

RELACIÓN-COMUNICACIÓN

Favorecer el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo a través de:

- La lactancia materna
- El momento del baño
- Cambio de pañal , etc.

Investigaciones recientes señalan que para el RN no todas las cosas son iguales, es decir, no tienen la misma capacidad de interesarlo y atraerlo. Ciertos aspectos de la realidad, por ejemplo, la voz y los rostros humanos, captan su atención y se fijan con mayor facilidad en su memoria.

Estos descubrimientos recientes, por tanto, destruyen la imagen del RN pasivo, insensible, que sólo tiene necesidades primarias, para sustituirla por la de un RN "competente". Los padres han de tener en cuenta esta condición, aprendiendo a observarlo y a comunicarse con él.

REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Durante el periodo en el cual el RN permanece en la Unidad, valoraremos un a serie de signos y síntomas que pueden ayudar al diagnóstico de algún problema de salud:

- Valorar signos y síntomas de hipoglucemia. Se hará una determinación de glucemia en sangre (BM-Test). Este es uno de los problemas más usuales que los RN presentan en las primeras horas de vida.
- Valorar signos y síntomas de infección: se realizará extracción sanguínea para analítica del RN siempre que el Neonatólogo lo indique (bolsa rota de más de 24 horas, fiebre intraparto, etc.). Vigilar posibles infecciones oculares y edema palpebral en el RN.
- Valorar signos y síntomas de retención urinaria (comprobar que la primera micción del RN se produce en las 24 horas posteriores al nacimiento).
- Valorar signos y síntomas de distensión abdominal (expulsión de meconio dentro de las primeras 48 horas)
- Valorar signos y síntomas de inflamación testicular (si los hay consultar con el Neonatólogo para valoración médica del RN).
? Valorar signos y síntomas de complicaciones y/o incidencias.
- Realizar prueba de la fenilketonuria a los RN que se encuentren en la Unidad al sexto día de vida (RN nacidos por cesárea, etc.).
- Valorar coloración de piel y mucosas.
- Colaborar en pruebas diagnósticas (RX, electrocardiograma, ecografía,...).

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS

No son frecuentes los requerimientos terapéuticos en los RN, aunque cuando se producen los más usuales son los siguientes:

- Oxigenoterapia.
- Sonda nasográstica, lavado de estómago.
- Sonda rectal.
- Administración de medicamentos: vía parenteral, oral y tópica.
- Inmovilización por yeso.
- Valoración del efecto satisfactorio terapéutico.
- Fototerapia.

REQUERIMIENTOS AL ALTA

En el momento del alta procederemos a la recogida de las pulseras de identificación que el RN lleva en la muñeca y en el tobillo. Los datos de las pulseras del RN deben coincidir con los datos que figuran en su historia clínica.

Revisaremos la historia del niño para asegurarnos de:

- Que el Neonatólogo ha realizado la exploración física del RN
- Que no quedan pendientes pruebas diagnósticas (hojas de consulta, analítica, RX, etc.)
- Que esté registrada la micción y la expulsión de meconio del RN.

Tras la comprobación de todos estos datos, daremos el alta al RN, tanto en el sistema informático como en el libro de registro de la Unidad, archivando la historia del niño junto con la de la madre.

En el momento del alta se entrega a la madre un “Informe de Enfermería al Alta”, donde están recogidos los cuidados del cordón umbilical del RN, y donde también se le recuerda cuándo debe hacerle la prueba de la fenilketonuria al RN.

Por último adecuaremos la cuna del RN al alta, dejándola preparada para el siguiente ingreso.

ANEXO I : Acciones Cuidadoras

1.- Requerimientos al ingreso, traslado y alta

- Realizar acogida al RN y/o familia.
- Realizar ubicación del RN.
- Realizar valoración de Enfermería al ingreso.
- Realizar traslado del RN a pruebas complementarias.
- Recepción del RN tras pruebas complementarias.
- Realizar Informe de Enfermería al Alta.
- Recoger y unificar la historia clínica al alta.
- Adecuar habitación al alta.

2.- Necesidad Higiene/ Piel.

- Hidratar la piel del RN.
- Masaje corporal parcial.
- Ojos. Higiene. Ayuda total.
- Protección de la piel perineal-perianal.
- Cuidados del cabello. Lavado.
- Cuidados del cabello. Peinado.
- Higiene RN / Lactante Ayuda total.
- Cordón umbilical. Cura.
- Valorar estado de la piel.
- Valorar signos y síntomas de cicatrización (cordón umbilical).

3.- Necesidad de Alimentación/ Hidratación

- Alimentación con biberón.
- Colocar bebé al pecho.
- Valorar necesidades nutritivas.
- Valorar signos y síntomas de dificultad en la deglución.
- Valorar características de los vómitos.

4.- Necesidad de respiración/ Oxigenación

- Instaurar oxigenoterapia.
- Drenaje postural, con ayuda-
- Clapping.
- Lavado nasal (administración de gotas nasales).
- Aspirar secreciones. Nariz, boca, faringe.
- Medir frecuencia respiratoria.
- Medir frecuencia cardiaca, pulso.
- Valorar permeabilidad de vías aéreas.
- Valorar signos y síntomas de distrés respiratorio.

- Valorar coloración de piel y mucosas.
- Valorar presencia y características de las secreciones.
- Valorar signos y síntomas de deshidratación.

5.- Necesidad de Eliminación

- Estimulación micción.
- Incontinencia: poner pañal.
- Cambio de pañal- RN / Lactante con ayuda.
- Colocar sonda rectal.
- Retirar sonda rectal.
- Valorar eliminación fecal diaria.
- Valorar eliminación urinaria.
- Valorar signos y síntomas de deshidratación.
- Observar signos y síntomas de funcionamiento intestinal.
- Observar características de las deposiciones.

6.- Necesidad de Movilización

- Posiciones. Colocar en cama (nido).
- Cambios posturales. Ayuda total.
- Realizar ejercicios pasivos al RN.
- Valorar fuerza y sensibilidad de miembros.
- Evaluar grado de movilización.
- Valorar respuesta a la actividad.

7.- Necesidad de Reposo/ Sueño

- Valorar descanso del RN.
- Identificar los factores que favorecen y/ o impiden el sueño.
- Reposo-sueño. Atención-acomodar.
- Reposo-sueño. Atención-ambiente.
- Acunar.

8.- Necesidad de Vestirse

- Vestido. Atención. Ayuda total.
- Recomendar ropas cómodas y fáciles de manejar.

9.- Necesidad de Termorregulación

- Aplicación de calor. Ayuda total.
- Aplicación de frío. Ayuda total.
- Ajustar (proporcionar/ retirar) ropa personal y de cama.
- Medir temperatura.
- Valorar signos y síntomas de hipertermia.

- Valorar signos y síntomas de hipotermia.

10.- Necesidad de Seguridad

- Vigilar medidas de inmovilización.
- Proporcionar medidas de comodidad/ confort.
- Colocar-comprobar brazaletes de identificación.

11.- Necesidad de Comunicación

- Facilitar comunicación de paciente-familia. Presencia física.
- Valorar estado de percepción sensorial.
- Valorar expresiones no verbales.

12.- Requerimientos diagnósticos

- Electrocardiograma.
- Gluco-BM test.
- Muestra de orina. Otras.
- Muestra de sangre.
- Pruebas cruzadas (banco de sangre).
- Valorar signos y síntomas de hipoglucemia.
- Valorar signos y síntomas de complicaciones y/ o incidencias.
- Valorar signos de distensión abdominal.
- Valorar signos y síntomas de infección.
- Valorar signos y síntomas de retención urinaria.
- Valorar inflamación testicular.
- Pruebas diagnósticas. Colaborar.

13.- Requerimientos terapéuticos

- Administración de medicamentos. Vía intramuscular.
- Administración de medicamentos. Vía oral.
- Administración de medicamentos. Vía tópica. Ayuda total.
- Administración de medicamentos. Vía oftálmica. Ayuda total.
- Mantener inmovilización yeso.

ANEXO II : Registros utilizados

- Historia Clínica del RN. RG-429.
- Libro de Registro de la Unidad. Ped-32.
- Informe de Enfermería al Alta. RG-457.
- Sistema Informático de la Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Casado de Frías E., Nogales Espert A. Pediatría. Ed. Harcourt-Brace. Madrid 1997.
- Cruz M., Crespo M., Brines J., Jiménez R. Compendio de Pediatría. Ed. Espaxs. Barcelona 1998.
- Ruiz Jiménez M.A. Enfermería Pediátrica. Tomo I. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz 1995.
- Schulte E., Price D., James S. Enfermería Pediátrica. 7ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 1999.
- Whaley & Wong. Enfermería Pediátrica. 4ª edición. Ed. Mosby/ Doyma Libros. Madrid. 1995.