



TEMA 17

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO Y LACTANTE: CONCEPTOS GENERALES. ALIMENTACIÓN.

- 1. Atención al recién nacido y lactante: Conceptos generales.**
- 2. Alimentación.**

1. Atención al recién nacido y lactante: Conceptos generales.

Como ya hemos visto en el tema anterior en la atención a la mujer gestante, si todo marcha bien, al final nacerá un niño que llamamos recién nacido (RN) o neonato.

El concepto de neonato o recién nacido puede considerarse desde distintos puntos de vista:

- Punto de vista judicial o legal. Unas legislaciones establecen que son los niños menores de 24 horas, otras alargan este período hasta los 3 días y otras hasta los 10 días.
- Punto de vista pediátrico. También hay distintas opiniones:
 - 10 días, fecha en la que sucedería la caída del cordón umbilical.
 - 14 días.
 - 21 días.
 - En general, los pediatras admiten como duración del neonato el primer mes de la vida (28 días). A partir de entonces se los denomina ~ lactantes.

La definición más aceptada considera recién nacido a todo niño desde que nace hasta que tiene el primer mes de vida.

Durante el periodo neonatal comienza la adaptación del niño a la vida fuera del útero, se trata de un periodo en el que el niño es bastante vulnerable, por esta razón debemos conocer las características propias de los neonatos y los cuidados que requieren.

El estado del recién nacido puede ser normal o presentar alteraciones patológicas.

a) Estado normal. Recién nacido a término (37-42 semanas), de peso adecuado (entre 2.500-4.000 gramos) y sano.

b) Estado patológico. Pueden darse varios casos:

-Recién nacido «no a término»:

- Pre-término: menos de 37 semanas.
- Post-término: más de 42 semanas.

-Recién nacido sin el peso adecuado a su edad gestacional: - Bajo peso: menos de 2.500 gramos.

- Alto peso: más de 4.000 gramos.

-Recién nacido con patología apreciable.

- Patológico: anoxia, traumatismo, hemorragia, ictericia,...

- Riesgo elevado: presenta un alto riesgo de padecer una determinada enfermedad.

A continuación vamos a analizar las principales características del recién nacido normal clasificándolas en dos grandes grupos:

- Características morfológicas.- Se refieren al aspecto general del RN.
- Características fisiológicas.- Se refieren al modo de funcionamiento de los aparatos y sistemas.

Características morfológicas.

- **Peso:** El peso medio es de 3.500 gr., durante los primeros días se produce una pérdida de aproximadamente el 10% del peso con el que nació, es decir, unos 350 gr. Esta disminución es debida a las pérdidas de líquido (orina, meconio, pulmonares). Hacia el 5º día el RN comienza a recuperar su peso, de tal forma que el 10º día vuelve a tener el mismo peso que tenía cuando nació.
- **Talla:** La talla media es de 50 cm. (48-52 cm.).
- **Perímetro cefálico:** Se corresponde con la circunferencia de su cabeza. La cabeza del recién nacido en comparación con el tamaño del cuerpo, es bastante grande. Por eso se dice que el RN es macrocéfalo. El valor medio del perímetro cefálico es de 34 cm (32-36cm).
- **Cráneo:** El encéfalo del RN irá aumentando de tamaño a medida que vaya cumpliendo años y por eso es necesario que los huesos del cráneo no estén "soldados". En el momento del nacimiento podemos palpar dos zonas blandas llamadas fontanelas, es importante que las observemos, es normal que cuando el niño llora se hinchen, pero si notamos las fontanelas tensas o deprimidas, hemos de comunicarlo a nuestro superior inmediatamente.
- **Perímetro torácico:** Se corresponde con la circunferencia del tórax. El valor medio es de 33 cm (31-35 cm).
- **Piel:** La piel es fina y muy elástica. Hacia el tercer día de vida la tonalidad es sonrosada. En ocasiones, la piel del RN puede presentar además otras características:
 - **Ictericia fisiológica:** Un 50% de los RN presenta en los primeros días de vida una coloración amarillenta de la piel y mucosas. Es totalmente normal y suele desaparecer por sí sola hacia las dos semanas de vida. Sólo requerirá tratamiento en aquellos casos en los que persista y/o aumente.
 - **Lanugo:** Se trata de un vello muy fino que se localiza en los hombros, la espalda y, a veces, en la cara. Desaparece por sí solo en las primeras semanas.



- **Millium facial:** Es un punteado blanco y minúsculo en la cara. No es más que sebo retenido en las glándulas. Desaparece en las primeras semanas.



- **Vérnix caseoso:** Es una capa blanco-amarillenta que cubre partes de la piel. Está formada por células de descamación y grasa. Desaparece por sí sola a los 2-3 días.
- **Mancha mongólica:** No se asocia necesariamente a retraso mental. Es una mancha de color azul oscuro que se localiza en la región lumbo-sacra. Desaparece en el primer año de vida.
- **Descamación superficial:** La piel tiene el mismo aspecto que cuando nos "pelamos" por la excesiva exposición al sol. La descamación superficial es más frecuente en aquellos RN que han permanecido dentro del útero más de 40 semanas.
- **Acrocianosis:** Es una coloración azulada en las partes acras (manos y pies). Se hace muy patente cuando lo desnudamos o al bañarlo.

Características fisiológicas.

- **Respiración.** La frecuencia respiratoria varía de 35-60 r.p.m. Las respiraciones son irregulares y, fundamentalmente, a costa del diafragma, es decir, abdominales. En algunas ocasiones presentan periodos de apnea (detención de la respiración) que pueden durar 10-15 segundos. Estas apneas son normales.
- **Corazón.** La frecuencia cardiaca es de 160 latidos p.m. durante los 10 primeros minutos de vida. Luego disminuye y oscila entre 90-140 lat. p.m.
- **Aparato digestivo.** El tubo digestivo funciona desde el nacimiento. En las primeras 24-48 horas el RN expulsa unas heces negro-verduzcas llamadas meconio, hasta que van apareciendo las heces de transición de color verde-marrón. Cuando el RN es alimentado con leche materna la frecuencia con la que defeca es mayor que cuando se alimenta con leche artificial. En este último caso suele defecar unas dos veces al día.

- **Aparato excretor.** La primera micción ocurre en las primeras 12 horas. Los RN suelen orinar unas 15-20 veces al día Su vejiga se vacía de forma espontánea sólo con 15 ml. de orina. La capacidad de la vejiga irá aumentando a lo largo de la primera semana.
- **Termorregulación.** Los RN pierden calor con mucha facilidad porque las funciones de regulación de su temperatura corporal no están desarrolladas. Si lo exponemos al frío, el gasto de energía que realiza para producir el calor que necesita, le puede provocar serias alteraciones en otras funciones.

En la atención y cuidados del recién nacido, hemos de considerar dos situaciones diferenciadas:

- La atención inmediata en el “paritorio” – sala de partos-.
- La atención y cuidados una vez que el recién nacido está en neonatología “nido”

- **Cuidados del RN en la sala de partos.**

Hemos de tener en cuenta que el RN lleva nueve meses protegido de ruidos, golpes, cambios de temperatura y se ha encontrado en un medio estéril, por lo que extremaremos las medidas de asepsia y debemos evitar ruidos fuertes, iluminación excesiva y manipulaciones bruscas.



En la asistencia a un parto siempre debe estar preparado un equipo de reanimación para el RN por si se presentaran problemas. El material necesario ya lo conocemos, la única particularidad es que en este caso debe estar adaptado al tamaño del niño.

Los cuidados generales que se prestan al RN en el paritorio suelen seguir este orden:

1. Cuidados respiratorios.

Nada más nacer, el ginecólogo o matrona toman al niño por los tobillos y lo mantienen así para que se desprendan las secreciones de las vías respiratorias y se vacíen.

Como norma general, el cordón umbilical debe ser ligado al minuto de nacer ya que, si se rebasa este tiempo, puede originar situaciones anormales en el recién nacido. Para ligar el cordón, éste se toma entre dos pinzas especiales, se corta a unos cinco centímetros del abdomen y luego se liga con un hilo estéril o bien se deja pinzado con clips especiales de plástico o metálicos a unos 2 cm. Una vez ligado, se cubre el muñón con una gasa estéril.

Mientras se atiende y examina al recién nacido se le debe colocar en la posición de decúbito supino.

Posteriormente, primero por la boca y, luego, por los orificios nasales, se le aspiran las secreciones bucofaríngeas mediante una aspiración suave con un aspirador mecánico o con una pera de goma, para facilitar la adaptación cardiorrespiratoria.

Si el RN ha nacido por cesárea se le realizará un lavado gástrico, ya que la cantidad de secreciones es mayor, dado que, cuando el RN pasa por el canal del parto se comprime su abdomen, lo cual favorece la eliminación de las secreciones del tubo digestivo.

Como también es conveniente conocer las concentraciones de O₂ y CO₂ en la sangre del RN, se aprovecha este momento para tomar una muestra de sangre arterial del cordón umbilical (gasometría de arteria umbilical).

2. Mantenimiento de la temperatura corporal.

Tras haber pinzado y cortado el cordón umbilical se envuelve al niño en una sabanilla o paño limpio recién planchado ("calentito") para que no pierda calor corporal. Así se lleva al niño desde el potro hasta la zona de atención del RN dentro del paritorio.

Recuerda que en esta zona se atiende al niño desnudo pero bajo una lámpara especial que lo mantiene caliente (la lámpara debe estar a una distancia de 60 cm).

3. Aseo del RN.

El aseo en la sala de partos se realiza con una compresa quirúrgica empapada en solución detergente tibia. Sólo se eliminan de la piel los restos de sangre y desechos. Debemos tener cuidado y no frotar enérgicamente porque el vórnix caseoso no se debe quitar.

Para evitar el enfriamiento, lo envolveremos en una manta o paño "caliente" resguardándolo de las corrientes de aire.

4. Realización del test de Apgar.

Consiste en la observación de algunas características del RN con el fin de determinar su estado general. Se realiza al minuto y a los 5 minutos del nacimiento.

TEST DE APGAR			
PARAMETROS	PUNTUACION		
	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menor de 100 lat. pm	Mayor a 100 lat.pm
Respiración	Ausente	Irregular, llanto débil	Regular, llanto enérgico
Tono muscular	Hipotonía	Algo de flexión de las extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	No respuesta	Muecas	Tos, estornudos
Color	Azul pálido	Cuerpo rosado y extremidades azules	Rosado

De acuerdo con el resultado obtenido, podemos determinar su estado general:

RESULTADO FINAL AL SUMAR LOS PUNTOS		
0-3	Dificultad grave	RN intensamente deprimido
4-6	Dificultad moderada	RN moderadamente deprimido
7-10	Sin dificultad	RN con estado satisfactorio

5. Cuidado de los ojos.

Se irrigan los ojos con solución salina isotónica y, luego, se limpian pasando una gasa por cada ojo (de medial a lateral). A continuación se realiza la maniobra de Credé que consiste en instilar unas gotas de colirio antibiótico, para evitar infecciones.



6. Determinación del peso.

El niño se pesa en una báscula pediátrica.

7. Identificación de los pacientes.

Es muy importante, para evitar confusiones, se suele utilizar un método doble: por un lado, se toma la huella plantar del niño y la del dedo de la madre con un tampón de tinta y se plasman en dos tarjetas de identificación, y, por otro lado, se colocan unos brazaletes “tipo pulsera”, con los datos de identificación (nombre y apellidos de la madre, sexo del RN y la hora y fecha de nacimiento), en la muñeca de la madre y en el tobillo del RN.

¡Ningún RN debe salir del paritorio sin estar identificado! También se adjuntan los datos del parto en el libro de registro de partos, que debe constar en el paritorio.

La identificación debe conservarse durante todo el tiempo que permanezcan en la Institución, hasta que ambos sean dados de alta.



El orden de los cuidados al RN no es fijo ni invariable, se aplicará en función de las circunstancias concretas del RN en cada momento.

Se recomienda el contacto con la madre y el padre aprovechando el primer periodo de reactividad (a los 15-30 minutos tras el parto). Este contacto precoz favorece la vinculación afectiva y la lactancia natural.

Una vez realizados todos los cuidados, cubriremos al niño en paños y mantas calientes y lo trasladaremos bien abrigado a "nidos". Todo esto debe hacerse lo más rápidamente posible. No olvides que rapidez no significa imprudencia y estrés. El niño debe sentirse tranquilo.

En algunas instituciones se tiene dispuesta la cuna del niño en el mismo paritorio y se traslada dentro de ella.

- **Atención y cuidados al RN en “nidos” (Servicio de neonatología)**

En la recepción de un recién nacido, el auxiliar clínico acompañará al Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), debiendo obedecer y colaborar en cuantas órdenes reciba del mismo o del médico. Comprobará que la cuna, que ha sido previamente higienizada, está totalmente dispuesta, recogerá al RN, y dará a la enfermera las fichas de identificación y los datos personales para que los supervise.

Cuando el RN llega a nidos se coloca en una cuna térmica con lámpara de calor. En su espalda se pone un electrodo desechable que va conectado a un termostato: si la temperatura del niño desciende, la lámpara emitirá mayor cantidad de calor y, viceversa.

La ropa de la cuna debe ser poca y ligera, pues la temperatura ambiente (22 °C) la hace innecesaria y hasta podría producir algún riesgo. No se precisa almohada. El colchón, siempre protegido con una funda impermeable, debe estar provisto de un empapador grueso, que actúa como aislante contra el frío del hule de protección.

La preparación de la cuna se realiza de la siguiente forma:

1. Primero, se coloca la sábana de abajo, ajustándola y remetiéndola bajo el colchón, evitando las arrugas que puedan dañar o molestar al bebé.
2. Encima, se coloca un empapador ligero, estirado en forma transversal.
3. A continuación, colocamos la sábana encimera y la manta, dejándolas con la suficiente holgura para que no impida los movimientos del bebé, pero remetiéndolas bien por la parte de los pies de la cuna.
4. Por último, se coloca la colcha, sacando el embozo de la sábana encimera.

Con esto queda arreglada la cuna, que se deja abierta por un lateral.

No se aconseja sumergir al niño en la bañera mientras el cordón umbilical no se haya desprendido, por lo que, para el aseo del RN se utiliza una esponja natural o unas torundas de algodón impregnadas en agua jabonosa.

El material necesario y el procedimiento para **el aseo del recién nacido antes del desprendimiento del cordón umbilical** es el siguiente:

Material necesario:

Palangana con agua tibia, esponja natural de un solo uso, toalla de baño, termómetro de baño, crema infantil, jeringas de 2 ml con ampollas de suero fisiológico para el lavado de la nariz, tijeras de punta roma para cortar las uñas, la ropa del niño, bata para el auxiliar clínico y bolsa de plástico para la ropa sucia.

Procedimiento:

1. Cerrar puertas y ventanas para evitar las corrientes. La temperatura ambiental será de 21°C como mínimo.
2. Preparar todo el material necesario en el lugar donde se va a realizar el aseo y lavarse las manos.
3. Sacar al niño de la cuna y desvestido junto al agua, en la que se habrá introducido el termómetro de baño para controlar la temperatura.
4. Poner la ropa sucia en la bolsa.
5. Mojar la esponja, el algodón o la compresa en el agua, que debe estar a 36-37°C, y proceder a limpiar los ojos desde el lagrimal hacia afuera. Si hay secreciones o el niño tiene conjuntivitis, lavarle los ojos con suero fisiológico estéril y con gasas o torundas estériles, cambiándolas en cada pasada y ojo. Es interesante observar si aparecen secreciones en los párpados y en la hendidura palpebral.
6. Lavar y secar la cabeza, cara y parte externa de las orejas.
7. Para la limpieza de los orificios nasales y del conducto auditivo, utilizar suero fisiológico y, posteriormente, secar suavemente con una gasa estéril.

8. Lavar el cuello, tórax y brazos. Se debe tener cuidado especial con los pliegues cutáneos, sobre todo el cuello, axilas, codos y manos. Secar perfectamente.
9. Lavar el abdomen sin tocar el cordón umbilical, por el riesgo de producir una infección.
10. Continuar con los órganos genitales, cuya limpieza se realiza de arriba hacia abajo.
11. Por último, lavar y secar las extremidades inferiores.
12. El cordón umbilical debe tratarse como una herida hasta que cicatrice.
13. Si es necesario pesar al bebé, se hará antes desvestirlo.
14. Cortarle las uñas, si están largas, para evitar que se arañe la cara.
15. Usar después leche o aceites vegetales para hidratar la piel. No se deben utilizar talcos porque resecan y pueden inhalarse.
16. Lavarse las manos.

Durante la realización del aseo debemos observar al RN en sus reacciones: inquietud, signos de dolor, secreciones nasales, color azulado de las uñas, dificultad respiratoria, etc.

Al niño recién aseado se le coloca un pañal y se le viste con ropa sencilla y holgada. Los pañales se deben cambiar con frecuencia y aplicar crema protectora para prevenir la dermatitis del pañal. Los genitales de las niñas deben limpiarse desde el pubis hacia el ano. En los niños hay que advertir a los padres de que no intenten retraer el prepucio porque éste aparece adherido al glande en los primeros meses de vida y podrían provocar una fimosis iatrogénica.

La **ropa** del lactante ha de ser fácil de poner y quitar; No debe tener botones ni lazos complicados, (conviene prescindir de prendas que se ponen por la cabeza); Ha de ser fina, de fibras naturales y no deben tener compuestos como: artículos de goma, de plástico o elásticos, ya que pueden comprimir el cuerpo del niño e impiden la transpiración.



Las **técnicas para vestir** al RN y lactante son las siguientes:

- Colocar al niño en decúbito supino y ponerle la camiseta, con cuidado de no doblarle los dedos de la mano.
- A continuación, ponerle la camisa o jersey de manga larga, pero no sujetarlos a la espalda antes de ponerle los pañales o pico.
- Colocarle los pañales o pico. Para ello, sujetar al bebé por los pies con una mano y, a la vez que se levanta, colocar el pañal y sujetado mediante cintas adhesivas.
- Colocar al niño en decúbito pronal y abrochar la camiseta y el jersey o camisa.
- Por último, ponerle el faldón, los calcetines y los patucos o botitas.

Luego, se coloca al RN en la cuna en decúbito lateral y ponemos un pañal enrollado tras su espalda para calzarlo y evitar que gire y se quede en decúbito supino. El decúbito supino es una posición poco recomendable porque favorece la aspiración de vómitos y "buches". La posición adecuada del niño en la cuna es polémica, la última tendencia es recomendar el decúbito lateral.

Las posiciones básicas en que se pueden colocar los RN y lactantes son:

- **Decúbito supino.** Boca arriba, con los brazos separados.
- **Decúbito pron.** Boca abajo, con las manos flexionadas a los lados de la cabeza y las piernas encogidas.
- **Decúbito lateral.** Apoyado sobre un lado, con las rodillas flexionadas y pegadas al abdomen, y con los brazos pegados al tórax.

La técnica para levantar al niño de la cuna es la siguiente:

1. Lavarse las manos.
2. Con la mano derecha, coger los pies y los tobillos del lactante, colocando el dedo índice entre ellos.
3. Colocar la mano y el antebrazo izquierdos bajo la nuca, hombros y espalda del niño sujetando la cabeza.
4. Levantarlo y ponerlo en los brazos.

El RN y el lactante se puede transportar en diversas posiciones:

Transporte en posición de cuna.

Cuando el recién nacido es transportado en la posición de cuna, su cabeza y espalda, son sostenidas por el brazo del auxiliar, que coge el muslo del niño con su mano para mayor seguridad. Su otro brazo queda libre.



Transporte en posición erecta.

En esta posición, el auxiliar de enfermería sienta al recién nacido sobre su antebrazo y sostiene su cabeza con el otro brazo. Esta posición no es recomendable cuando el auxiliar desea tener uno de sus brazos libre, ya que, si se usa una sola mano, no podrán controlarse los movimientos del niño. La cabeza del niño no debe tocar la cara del auxiliar.

Transporte en posición de balón de fútbol americano.

En esta posición, la cabeza del recién nacido es sostenida por la mano del auxiliar, la espalda con el antebrazo y se mantiene la seguridad presionando suavemente las piernas del niño entre el codo y la cadera. También es útil cuando se desea tener un brazo libre.



La exploración inicial del RN se debe realizar lo antes posible, después del parto, para la detección precoz de cualquier anomalía, en ella, se valora el estado vital y la madurez, el color, la actividad, la postura y la existencia de asimetrías corporales, parálisis o malformaciones.

Debemos tener en cuenta, que el recién nacido viene de un medio estéril, con lo cual hay que extremar la asepsia con los materiales utilizados y las personas que lo atienden. Debe realizarse un riguroso lavado de manos y antebrazos antes y después de tocar o realizar cualquier manipulación al bebé.

La estancia en el hospital suele ser de 2-4 días tras un parto normal y de 6-10 días en el caso de una cesárea. Durante este tiempo el bebé puede estar en el “nido”, que es un sistema de internación conjunta de recién nacidos que no presentan problemas, y, que se encuentra ubicado en la sala de púerperas, donde el personal de enfermería observa y atiende a los bebés.

Lo más frecuente en las maternidades es el bebé permanezca junto a su madre y sea ella quien le proporcione los cuidados aunque con la orientación y la ayuda del personal sanitario.

Los cuidados diarios están dirigidos a satisfacer las necesidades del recién nacido y a detectar cualquier anomalía:

A continuación detallaremos los cuidados o atenciones propias del servicio de neonatología:

1. Los cuidados del cordón umbilical.

La caída del cordón umbilical se produce entre el 4°-10° día de vida. Mientras no se caiga, se debe cuidar con esmero esta zona. El cordón puede estar pinzado con hilo o con una pinza de Hollister. El cordón nunca se despinza, sino que ha de secarse y caerse por sí solo y pinzado.

El área periumbilical se debe lavar con agua y jabón, y secarse muy bien por presión, sin frotar. Después, se aplica alcohol de 70° o antiséptico yodado. En algunas instituciones se cubre la zona con una gasa estéril y, en otras, se deja al aire. Cada vez que el área periumbilical se manche con orina, heces, ... , deberá ser lavada.

Los cuidados del cordón se realizan un mínimo de 2 veces al día. Debe observarse que no hay signos de infección. Es aconsejable hacerla entre las tomas porque la manipulación del abdomen puede provocar vómitos.

Lo habitual es que la madre abandone el hospital con su hijo y "su cordón". Se le debe explicar a la madre el modo correcto de llevar a cabo estos cuidados, hay que indicarle que tenga precaución al bañar al niño para que no se moje la zona y recomendarle que una vez caído el cordón continúe aplicando antiséptico unos cuantos días más.

2. Las medidas antropométricas del RN.

Estas mediciones se realizan fundamentalmente para poder conocer el estado nutricional del RN y para que su pediatra pueda realizar una valoración del desarrollo posterior.

Las mediciones que se suelen realizar tras la higiene son:

- a) peso,
- b) talla,
- c) perímetro craneal, y
- d) perímetro torácico.

El peso se determina diariamente. El resto de los parámetros serán controlados por el pediatra de Atención Primaria en el seguimiento del niño.

a)Peso.- Para pesar al niño se coloca desnudo sobre una balanza pediátrica cubierta con una sabanilla limpia. No debemos entretenernos para evitar que se enfríe. Insistimos en que la determinación del peso es diaria y que se le recomienda a la madre que durante las dos primeras semanas lo siga haciendo una vez al día. Las farmacias suelen disponer de pesas pediátricas y, por supuesto, también las tienen en los Centros de Salud.

Semanalmente el niño suele aumentar de 175-200 gr., de modo que hacia el 5º mes duplica su peso. A partir de aquí el aumento de peso será más lento (100-140 gr/semana). Hacia los 12-14 meses de vida triplica su peso.

b)Talla.- Para tallar al RN se coloca en decúbito supino sobre el tallímetro, manteniendo las extremidades inferiores extendidas. El tope móvil se ajustará hasta que contacte con los pies del niño.



El niño suele aumentar 2 cm/mes, de modo que durante el primer año de vida aumenta unos 25 cm. Hasta los 2 años es conveniente tallarlo en decúbito supino.

c) Perímetro craneal.- Se realiza con una cinta métrica flexible. Para hacer una medición correcta la cinta debe pasar sobre la protuberancia occipital y sobre los arcos supraorbitarios.



d) Perímetro torácico.- Se mide haciendo pasar la cinta métrica flexible alrededor del tórax. Ha de pasar sobre la zona de unión del apéndice xifoides con el cuerpo del esternón.



Cuando determinamos las medidas antropométricas debemos anotarlas en hojas especiales para ello. El formato de la hoja donde se recoge esta información puede variar de una institución a otra. No obstante, lo más habitual es hacerlo en las gráficas de percentiles.

Estas gráficas de percentiles permiten observar el crecimiento y el desarrollo del niño durante la edad pediátrica (0-14 años). Su finalidad es obtener una representación que a primera vista nos dé una idea de la situación del paciente.

El desarrollo y crecimiento del bebé (0-14 años) se controla desde el Programa de Atención Integral al Niño Sano en Atención Primaria de Salud. Donde se realiza un control con la visita puerperal antes de los 10 días de vida que se realiza con la matrona y otros controles entre los 7-10 y 15 días y el mes que se realiza en la consulta del pediatra.

Cada país tiene sus hojas de medidas antropométricas. Sucede así porque en estas gráficas se pretende comparar el crecimiento del niño en cuestión con respecto a la población del lugar en el que vive.

3. Observación y control de las constantes.

Se debe observar que el RN no presente dificultades para respirar, que tiene buen color y una temperatura adecuada, y, notificar a la enfermera o el médico cualquier anomalía.

4. Control de las eliminaciones.

Generalmente la primera micción se observa en la sala de partos. La mayoría de los RN orinan antes de las primeras 24 horas de vida. Es necesario controlar que esto ocurre, para descartar complicaciones.

Igualmente si no hay emisión de meconio en las primeras 24 horas habrá que comunicarlo, para prevenir posibles anomalías.

5. Control y vigilancia neurológica.

El recién nacido está el 80% del día en reposo y el resto lo dedica a la alimentación. Su incomodidad la expresa llorando y una vez satisfechas sus necesidades sigue durmiendo tranquilamente.

Debemos estar vigilantes por si observamos hiperactividad, letargia, convulsiones y/o alteraciones del tono muscular y alertar de ello a nuestros superiores. Un bebé hipotónico o excesivamente rígido debe ser valorado más estrechamente.

El recién nacido normal adopta una postura de flexión y sus movimientos son simétricos y espontáneos.

A todo RN se le toma una muestra de sangre del talón a las 48-72 horas (2-3 días) para realizar un análisis que estudia los niveles de hormona tiroidea, alteraciones cromosómicas, etc.

Se pincha en el talón con una lanceta y luego se impregna un papel con la sangre, que se envía al laboratorio especializado para su procesamiento.



EL RECIEN NACIDO PREMATURO.

Se considera un prematuro al recién nacido menor de 37 semanas de gestación y que tiene un peso adecuado a su edad gestacional (generalmente inferior a 2.500 gramos).

Las características generales de un prematuro son, sobre todo, las siguientes:

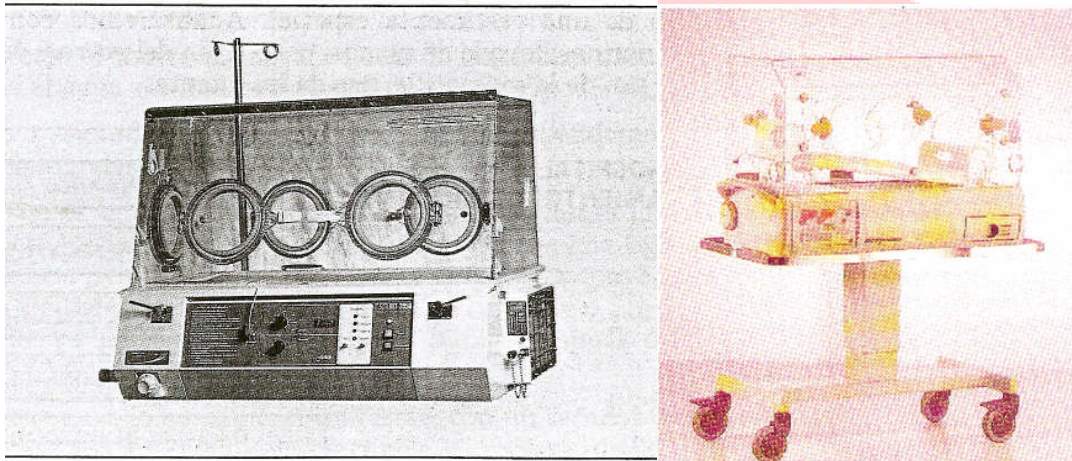
- Hinchazón generalizada.
- Cabeza desproporcionadamente grande.
- Piel cubierta de lanugo y *vernix caseosa*.
- Uñas de los pies cortas.
- Tendencia a la posición fetal.
- Respiración abdominal.
- Reflejos de deglución y de succión poco desarrollados.
- Muy sensible a la temperatura ambiental.
- Sistema de defensa y funciones renal y hepática poco desarrolladas, por ello es propenso a hemorragias e infecciones.

Siempre que se espere el nacimiento de un prematuro, deberá estar en la sala de partos el personal especializado en el tratamiento y asistencia a estos niños, así como una incubadora portátil preparada y dispuesta. También habrá dispositivos de reanimación.

El prematuro debe ser instalado en una incubadora hasta que pueda ser dado de alta. A medida que crece, el prematuro va recuperando la temperatura corporal estable y alcanza los 2.250 o 2.500 gramos. A partir de ese momento puede ser dado de alta y tratado como un recién nacido normal.

Las incubadoras tienen por objeto proporcionar al prematuro la temperatura, humedad y oxígeno necesarios para su supervivencia. Se le "aisla" durante un periodo en las incubadoras. Esta medida se toma, fundamentalmente, para evitar las infecciones y la hipotermia.

Existen diversos tipos de incubadoras. Algunas tienen una puerta en la parte superior, y otras tienen aberturas laterales (Ver dibujo), protegidas con plásticos, por las que se introducen los brazos para atender al bebé.



Una incubadora es "una cuna especial", parecida a una urna transparente como las que se utilizan en las elecciones. Posee un sistema calefactor, unos filtros de aire y un depósito de agua. El sistema calefactor puede ir acoplado a un termostato que mantiene el aire a la temperatura conveniente.

Además, posee un sistema de alarma que avisa cuando la temperatura es excesiva. El filtro de aire sirve para retener las partículas que hay en el aire antes de que entren en la incubadora. El aire se humidifica gracias al depósito de agua.

En las paredes de la incubadora existen ventanas que se abren para permitir la manipulación del niño (aseo, alimentación, ...) sin necesidad de abrir la incubadora. La plataforma donde descansa el niño actúa también de pesa. No hay que manipularlo para conocer su peso.

Cuando un niño está en una incubadora la vigilancia y seguimiento del estado general es competencia del DUE y del pediatra.

Los TAE del servicio de neonatos prematuros tendremos en cuenta las siguientes observaciones al respecto de las incubadoras:

-Tenerla limpia y preparada para cuando el niño llegue. Normalmente, se advierte al servicio que "llega un recién nacido" que requiere incubadora. Tomaremos una incubadora esterilizada, colocaremos dentro una talla estéril de hilo (pequeña sabanilla) y colaboraremos con el DUE para calentarla y comprobar que todos los sistemas acoplados a la incubadora funcionan.

-Mientras estemos en el servicio necesitaremos una vestimenta especial con bata, mascarilla, guantes, gorro y calzas. Hay que preservar la asepsia. Si no lo hacemos romperemos el ambiente estéril de la incubadora.

-El niño se coloca desnudo y se intentará manipularlo lo menos posible. Cada vez que introduzcamos las manos en la incubadora para asear o alimentar al niño, previamente hemos de cepillarlas con solución antiséptica y ponernos guantes estériles.

-La parte externa de la incubadora se limpia diariamente con un antiséptico. Se aplica con paño estéril escurrido y luego se pasa un paño estéril seco.

-Tener un niño en la incubadora produce cierta ansiedad en los familiares. Sería de gran ayuda transmitirles tranquilidad.

La alimentación de un prematuro se realiza según estas normas:

- Cuando su peso es superior a 1.500 gramos, se le administra una alimentación oral, con biberón.
- Cuando su peso está entre 1.500 y 1.000 gramos, se le alimenta con sonda gástrica.
- Cuando su peso es inferior a 1.000 gramos, se le alimenta por vía parenteral.

Para el cuidado diario de la piel del niño prematuro se debe usar agua templada.

Las normas que se deben seguir son éstas:

1. Introducir en la incubadora los pañales y el recipiente con agua y limpiar suavemente las partes sucias de la piel. Colocarlo en decúbito lateral para la limpieza de la espalda .
2. Vestir al prematuro con los pañales y colocado en decúbito lateral para facilitar la respiración.
3. Cambiar la ropa de la cama (sabanita), empezando por la cabecera hasta llegar a los pies, y retirar por la portezuela la sabanita sucia. Introducir la limpia, colocarla igual y remeter las esquinas. Procurar que no queden arrugas.

2. Alimentación.

Comentarles, que, este tema ya lo hemos desarrollado de forma detallada en el **Tema 9, Punto 2, Página 6**, aunque vamos a tratar, de forma breve, algunas consideraciones importantes.

La forma de alimentar a los RN es una decisión que corresponde a la mujer (su madre) y en la que se debe implicar su pareja.

En la actualidad no existen dudas acerca de que la lactancia materna es la forma más adecuada de alimentar a los niños y niñas en sus primeros 6 meses de vida. Por eso, es importante, realizar esfuerzos en la educación sanitaria de las madres y promocionar la lactancia natural por las muchas ventajas que reporta tanto a la madre como al bebé.

En algunas instituciones hospitalarias se pone al RN a mamar en los primeros 30 minutos, a veces, incluso, en la misma sala de partos.

Se debe estimular la alimentación precoz. La primera toma que realice el RN será en las primeras 4-8 horas para evitar la hipoglucemia y la hipotermia.

En esta toma se aconseja dar una ración de agua estéril para ver si es deglutida y retenida sin dificultad (no aspiración, no vómitos).

Si es tolerada correctamente, se procederá posteriormente a la lactancia.

La madre debe dar de mamar en un ambiente relajado, tranquilo e íntimo. Esto es muy importante porque el estrés disminuye la producción de leche.

¡No olvides dar este consejo a las madres!

Además, podrías advertirle que dar de mamar no es un acto público con todos estos espectadores: abuelos, bisabuelos, tías, sobrinos, cuñados, ... etc.

Dar de mamar es muy beneficioso para la madre y el niño, por tanto, deber ser un momento sólo para ellos dos.



Postura correcta en la lactancia materna.

Actualmente, se inician en la lactancia natural sobre un 60-80% de las madres, que, tras el abandono que se produce posteriormente, sólo continúan un 20-40% a los 3 meses y quedan únicamente un 5-20% a los 6 meses.

El momento adecuado para intervenir en la educación sanitaria de los padres es durante el embarazo, tanto individualmente, en las consultas de control del embarazo, como en grupo, en las sesiones de Educación Maternal, aportándoles la información adaptada a las necesidades y valores culturales de los padres, que permitan aclarar todas sus dudas.

El cometido de los TAE con respecto a la alimentación del RN y lactante es colaborar, aclarar las dudas y asesorar a los padres sobre el modo correcto de alimentar al RN.



... y si hace falta echar una manita,
..., pues cuenten con uno,
¡ que a mí esto, sí que se me da ... !

Además, es conveniente que antes de que el niño abandone la institución hospitalaria los padres sepan que determinadas manifestaciones, como las que exponemos a continuación, pueden ser normales:

- La hipertrofia mamaria y producción de leche en las niñas. Es la llamada "leche de brujas". Se recomienda la higiene particular de esa zona y colocar un vendaje ligeramente compresivo con gasas sobre las mamas.
- Puede aparecer un hemorragia vaginal hacia el 4º-5º día que desaparece sola.
- La aparición de un acné seboreico, que desaparece por sí sólo en 2-3 meses.
- La ictericia fisiológica (ya comentada). Recomendaremos a los padres que exponga de forma controlada e indirectamente al RN a la luz del día con cuidado de no dejarlo demasiado tiempo, ni colocarlo detrás de los cristales de una ventana, porque los cristales absorben la radiación solar que tiene el efecto beneficioso sobre la ictericia.
- Descamación de la piel. Desaparece por sí sola pero se pueden poner cremas hidratantes tras el baño.
- Regurgitaciones. Se conocen vulgarmente como "buches". Es conveniente que si el niño las presenta lo mantengan incorporado durante un "ratito" después de las tomas.

- Diarrea postprandial (después de comer). Están producidas, sobre todo, por un - reflejo gastrocólico, es decir, que el llenado del estómago estimula al colon (intestino grueso).
- Cólicos en el primer trimestre. Aunque es algo muy frecuente, no se sabe a ciencia cierta por qué ocurren ni se dispone de un tratamiento eficaz. Siempre se recomienda extremar las medidas que evitan que el niño ingiera aire cuando se alimenta y, al colocarlo en la cuna, hacerlo en decúbito lateral izquierdo.
- Crisis de estornudo e hipo. Tampoco hay un remedio claro. Desaparecen tras los primeros meses.
- Desaparición del pelo del occipicio. Hay que decirles a las madres que sus hijos no se van a quedar calvos, que el pelo nacerá otra vez y con más fuerza.



CGT