

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO

*Lic. María del Carmen Arango Iliázstegui¹, Lic. Gregoria Michel Brooks²,
Lic. Hilda Marten Lajus³, Lic. Bárbara Martínez Rodríguez³*

RESUMEN

Con el propósito de darle cumplimiento al programa de la asignatura Atención de Enfermería Ginecobstétrica y Comunitaria, específicamente, en la unidad IV que estudia la Neonatología y atendiendo a la insuficiente bibliografía existente para este contenido, un colectivo de profesores se da la tarea de realizar una revisión bibliográfica y organizarla por temas, para lograr que los alumnos de tercer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería se actualicen y apropien de conocimientos necesarios para el logro de los objetivos propuestos en dicho programa y de esta forma brindar adecuada atención a estos niños en esta etapa tan vulnerable de la vida, que requiere de un personal especializado y sensible para la atención de estos pequeños, seres que no pueden pedir nada pero necesitan mucho.

Palabras clave: RECIÉN NACIDO; CUIDADO DEL LACTANTE.

INTRODUCCION

En Cuba antes de 1960 solo existían cuatro centros dedicados a la atención del recién nacido, con una capacidad que oscilaba entre 10 y 20 camas, distribuidas entre cunas e incubadoras.

Las pocas maternidades provinciales existentes disponían de unas salas conocidas como cunero, con escasos recursos materiales y humanos, desde el punto de vista médico y de enfermería.

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Asistente.*

² *Master en Atención Integral al Niño. Licenciada en Enfermería. Profesor Auxiliar.*

³ *Licenciada en Enfermería. Instructor.*

A partir de 1960 se comenzaron a desarrollar los servicios de Neonatología, ubicados en los hospitales ginecobstétricos y pediátricos. Se estableció la historia clínica para todos los niños nacidos en la institución, incluyendo la valoración del método Apgar y se inició la profilaxis con vitamina K, vacuna Bacilo Calmette Guerin (BCG) y profilaxis ocular.

A finales de la década del 60's se mejoró la atención del recién nacido en los salones de parto, se incorporó la ventilación manual y el entrenamiento de todo el personal en las maniobras de reanimación. Al principio de la década del 70 se creó la primera unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital Pediátrico "William Soler" de Ciudad de la Habana, que sirvió de entrenamiento de numerosos médicos y enfermeras especialistas, lo que a su vez, posteriormente, crearon nuevos servicios intensivos en todo el país.

El desarrollo que ha tenido la Neonatología en los últimos años en el mundo y el impulso que se le ha dado en Cuba después del triunfo de la Revolución, contribuye a los éxitos de la disminución de la morbimortalidad infantil en nuestro país. El Hospital "Dr. Agostinho Neto" no quedó exento de este impulso.

Por la importancia del papel jugado por el personal de enfermería que atiende a los niños recién nacidos en diferentes niveles de atención propició la necesidad de realizar una actualización sobre la atención de Enfermería al recién nacido para los estudiantes del 3er. año de la carrera de Licenciatura en Enfermería esta valiosa información contribuye a un mejor conocimiento y aplicación de los procedimientos y conductas que servirán para mejorar la atención a estos niños y aportar valores en la tarea priorizada de reducción de la mortalidad infantil en nuestro país.

DESARROLLO

Para comprender esta rama de la Pediatría, se exponen a continuación definiciones y conceptos convencionales que son muy útiles en la especialidad.

Nacido vivo: Es la expulsión o extracción de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que luego de la separación del cuerpo de la madre respire u ofrezca cualquier otra señal de vida.

Recién nacido a término: Es el que nace entre las 37 semanas y menos de 42 semanas de edad gestacional (259 a 293 días).

Recién nacido inmaduro: Nacido vivo con menos de 1 000 g. de peso, generalmente menos de 28 semanas de edad gestacional (menos de 196 días).

Recién nacido postérmino: Nacido con una edad gestacional de más 42 semanas o más (294 días), embarazo prolongado.

Recién nacido de gran peso: El que nace con un peso de 4 000 g. o más (macrosómico).

Recién nacido de bajo peso al nacer: Es el que pesa al nacer menos de 2 500 g. independientemente de la edad gestacional (hasta 2 499 g).

Recién nacido de bajo peso para su edad gestacional: Aquel que nace con un peso inferior al percentil 3 de la curva de peso intrauterino de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma, se le conoce también como crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

Crecimiento intrauterino acelerado: Nacido con un peso superior al 97 percentil de la curva de peso intrauterina de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma.

Perinatología: Ciencia que se ocupa del desarrollo del feto y del recién nacido, así como de su salud en el período perinatal. Según la OMS se define como perinatal el período que se extiende desde que la masa del feto alcanza 1000 g. o una edad gestacional de 28 semanas hasta los 7 días de la vida del recién nacido (168 horas después del nacimiento).

Defunción neonatal: Todo nacido vivo fallecido antes de los 28 días de vida (día 0 a día 27).

Mortalidad perinatal: Abarca las defunciones fetales de 1 000 g. y más de peso y los fallecidos antes de los 7 días de vida, con 1 000 g. y más de peso al nacer.

CURVA DE CRECIMIENTO FETAL

Para determinar la edad fetal se han elaborado curvas o gráficas en la cual se expresan el peso relacionado con la edad gestacional. Esta puede variar por muchas causas tanto maternas como fetales, por ejemplo: talla, peso materno, estado nutricional, enfermedades, malformaciones congénitas fetales y otras.

En las numerosas curvas que se han elaborado se determina que un feto a las distintas semanas tienen peso aproximado de:

20 semanas	-----	500 g.
28 semanas	-----	1 000 g.
32 semanas	-----	1 500 g.
34 semanas	-----	2 000 g.
36 semanas	-----	2 500 g.
38 semanas y más	-----	3 500 g.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO

- Respiración (respiratorio).
- Circulación (circulatorio).
- Sangre.
- Tracto digestivo.
- Función renal.
- Balance hidromineral.
- Glándulas endocrinas.
- Inmunización.

Se encuentra detallado en el material.

Cuidados inmediatos y mediatos en el recién nacido. Son los cuidados que recibe el recién nacido al momento del nacimiento, estos comienzan en el salón de parto donde se deben tener creadas todas las condiciones materiales para su recibimiento óptimo. Se deben garantizar aspectos importantes, cuidados y el equipo mínimo para asistir a un neonato en el salón de partos.

Alojamiento conjunto: La práctica del alojamiento conjunto es la convivencia permanente, las 24 horas de la madre con el niño. Esta práctica facilita y estimula la alimentación frecuente a libre demanda y sin demora. También tiene otras ventajas que aparecen reflejadas.

AFECCIONES MAS FRECUENTES EN EL RECIEN NACIDO

a) Crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

El recién nacido de bajo peso al nacer constituye un elemento determinante en la política del sistema de salud cubano y ocupa un lugar de interés para el desarrollo del niño como factor de alteraciones psicológicas.

Un problema expuesto con gran claridad en la última década es la condición del bajo peso al nacer, un hecho multifactorial cuya base está vinculada con factores culturales.

Muchas veces esta condición se encuentra en infantes catalogados, posteriormente en el período preescolar, bajo determinadas manifestaciones de alteraciones en la malnutrición. En otras oportunidades, este elemento es factor asociado con alteraciones psicológicas, como retardo del desarrollo psicológico, que ocupa un lugar de interés en el futuro del niño, el cual agravaría la situación de salud de este sector, de ahí, que se hacen esfuerzos por aplicar experiencias positivas de programas de salud avanzados, puesto que la media señalada para otras áreas del mundo la ubica entre el 6 y 8 % de nacidos vivos.

Un peso inferior de 2 500 g expresa que el recién nacido experimentó un crecimiento bajo en el momento del nacimiento:

- Dismaduro.
- Malnutrido fetal.
- Hipotrófico.
- Pequeño para su edad gestacional.
- Seudoprematuro.
- Desnutrición intrauterina.
- Sufrimiento fetal crónico.
- Crecimiento intrauterino retardado.

En sus características externas nos recuerda el de un recién nacido pretérmino, postérmino y a término pero con un panículo adiposo disminuido.

Frecuentemente pueden presentarse como complicaciones las siguientes afecciones:

- 1.- Dificultad respiratoria.
- 2.- Asfixia al nacer.
- 3.- Hemorragia pulmonar.
- 4.- Neumonía.
- 5.- Hipoglicemia y otros trastornos metabólicos.
- 6.- Hipotermia.
- 7.- Infecciones prenatales.
- 8.- Policitemia (aumento en el número de glóbulos rojos de la sangre).
- 9.- Malformaciones congénitas.
- 10.- Hipertensión pulmonar persistente neonatal.

b) Principales alteraciones del niño en el período neonatal.

La mayoría de los recién nacidos egresan del hospital materno entre las 48 y 72 horas de vida, pero son varias las enfermedades cuyos signos aparecen cuando el niño se encuentra ya en su casa.

Los principales problemas que deben ser atendidos a nivel primario para evitar en lo posible la progresión de infecciones potencialmente invalidantes y frecuentemente letales son:

- nutricionales.
- digestivos.
- hematológicos.
- urogenitales.
- umbilicales.
- de piel y tegumentos.
- oculares.
- infecciones neonatales.

c) Síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Concepto, manifestaciones clínicas.

Antes de referirnos al SDR es necesario analizar aspectos anatomofuncionales y embriológicos. El proceso de crecimiento intrauterino, a los 24 días de su desarrollo, aparece el esbozo pulmonar primitivo en forma de saco, en la superficie interior del intestino embrionario

(endodermo) este segmento intestinal se desarrollará finalmente para originar el esófago y el esbozo pulmonar será la tráquea.

La persistencia de una conexión entre una y otra estructura puede originar varios tipos de fístulas traqueo esofágicas de los 26 a 28 días el esbozo pulmonar se divide en las estructuras que constituirán los dos bronquios principales. El crecimiento posterior se introduce en el mesénquima circundante (mesodermo) que va incorporándose a las estructuras pulmonares. A medida que progresa el proceso de diferenciación continúa la ramificación de cada estructura Terminal, al mismo tiempo que crece lateralmente y hacia abajo en el espacio pleural llevando consigo el mesénquima circundante.

De esta forma continúa la explicación relacionada con aspectos anatomofuncionales y embriológicos del sistema respiratorio.

La primera respiración

Entre los muchos cambios que se efectúan en el recién nacido, los más bruscos y cruciales son los concernientes a la adaptación a la función respiratoria a un ambiente gaseoso.

Se deben cumplir varias condiciones para los pulmones adoptar y mantener esta función, las condiciones aparecen en el material que poseen los alumnos.

Concepto

Se trata de un síndrome de etiología variada en el cual hay una respiración anormal con alteración del intercambio gaseoso. Casi siempre se acompaña de taquipnea y cianosis.

Este síndrome constituye más de la mitad de las condiciones patológicas del recién nacido y es más frecuente en los varones que en las hembras.

La respiración normal en el neonato se puede valorar entre 40 y 60 respiraciones por minuto.

En las primeras horas de nacido si la respiración está por debajo de 40 por minuto es una bradipnea y por encima de 60 es polipnea aunque en el

momento del nacimiento puede elevarse hasta 80 latidos por minuto y normalizarse después.

Manifestaciones clínicas

Los signos clínicos que caracterizan el síndrome aparecen relacionados en el material.

d) Otros signos clínicos.

El científico Silverman Ardenson ideó un puntaje para evaluar la gravedad del síndrome, éstos están dados por:

- 1.- Aleteo nasal.
- 2.- Bamboleo o balanceo (es una disociación entre el tórax y el abdomen).
- 4.- Retracción esternal (presión negativa debajo del esternón).
- 5.- Tiraje subcostal e intercostal (presión negativa en los músculos subcostales e intercostales).

Su valor va desde 0 hasta 2 puntos, se puede clasificar clínicamente atendiendo a su intensidad en ligero, moderado y grave o severo, entre mayor es la puntuación, más grave está el niño.

Para poder determinar el estado del niño y definir el diagnóstico se tienen en cuenta 4 parámetros que también se relacionan.

Distress ligero

- 1.- Frecuencia respiratoria de 60 a 80.
- 2.- Silverman inferior a 3 puntos.
- 3.- No cianosis.
- 4.- No requiere oxígeno.

Distress moderado

- 1.- Frecuencia respiratoria de 80 a 100.
- 2.- Silverman entre 3 y 5.
- 3.- Cianosis central discreta.
- 4.- Requiere oxígeno con F₁O₂ (fracción inspirada de oxígeno) menor de 0.4 % (40 %).

Distress severo o grave

- 1.- Frecuencia respiratoria mayor de 100.
- 2.- Silverman superior a 5.
- 3.- Cianosis central.
- 4.- Requiere O₂ Y FIO₂ mayor de 0,4 %.

Las clasificaciones clínicas son varias. En el manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Pediatría 1986 la clasifican:

- Causas respiratoria
- Causas extra pulmonares.

Sólo se mencionarán las más frecuentes:

Las causas respiratorias más comunes, poco comunes y raras, así como las causas extrapulmonares, se relacionan en el trabajo.

Algunas especificidades en la terapéutica aparecen muy claras en el trabajo.

Hipoxia o asfixia: causas, manifestaciones clínicas, tratamiento y atención de enfermería, de forma detallada aparece en el trabajo.

e) Síndrome icterico. Causas, conducta a seguir y atención de Enfermería.

Se considera un signo de alteración patológica clínica sería en el neonato. La ictericia es la coloración amarilla de piel y mucosa.

En el 65 % de los recién nacidos a término y en el 85 % de los pretérminos aparece la ictericia, pero es patológica solo el 8 % de los casos mientras que el resto es fisiológico.

Las causas más frecuentes de íctero en el recién nacido se agrupan en:

1. Íctero fisiológico
2. Íctero hemolítico por incompatibilidad materno fetal RH, ABO y otros.
3. Íctero por grandes extravasaciones sanguíneas como el cefalohematoma, equimosis y otros.
4. Íctero por infecciones bacterianas o virales.
5. Otras causas de íctero (trastornos metabólicos, enzimáticos, cretinismo y un tipo de leche materna, sangre digerida.

CONDUCTA A SEGUIR CON EL NIÑO NACIDO DE MADRE CON VIH/SIDA. ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON SIDA

Hasta el momento no existe una terapia curativa contra la infección VIH. La Zedovudina, tanto en grupos pediátricos como en mujeres embarazadas aún se encuentran en fase de estudio, la terapia de sostén, la sospecha diagnóstica temprana y la instalación de terapéutica en el manejo de las infecciones oportunistas del niño con sida pueden ofrecer una sobre vida mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. Ammanno L. A maternal intrauterine de la infección eytokines, and brain damagein the preterm newborn pediater. Res. 2004; 42 (i) : 1-8.
2. Cata IG, Moralesca Prince VR. Infección Cérvico vaginal y riesgo de parto prematuro. Rev. Med Mss. 2007; 39(4): 289-293
3. Gallardo J, Valdez S, Díaz Me, Romay C. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológica. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2004; 26(1).
4. García E, Zamora K, Agudeío M, Harén Buía A, Oías J. Estudio descriptivo sobre gardnerella vaginales asociada a leucorrea en 112 pacientes. W Sed [serie en Internet]. 2004[citado: 22 oct 2009]; 8 (3): 112-8. Disponible en: http://scielophp.Pid=sd138600x2000000&scrippt=sci_arttet
5. Medina GR, Rechkemmer PA, García HWI. Guías de prácticas clínicas en Neonatología. La Habana: ECIMED; 1999.
6. Millar MA, Dorothy A. Enfermería Materno Infantil. La Habana: Editorial científico Técnica; 1987.
7. Mendoza GA, Sánchez VT, Sánchez P, Ruiz SD, Tay ZJ. Frecuencia de vaginosis producida por Gardnerella vaginales y su asociación con otros patógenos causantes de Infección genital en la mujer. Ginecol Obstet Méx. 2007; 69: 772-275.
8. Montoya BJ, Avila VMA, Vadillo Hernández GC, Perozag F, Olivares MS. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretermino. Ginecol obstet Méx. 2005; 70 (4):203-209.
9. Oliva Palomino M. Semiología Pediátrica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1998.

10. Olivares A, Pliego PA. Ensayo clínico de tratamiento de la infección vaginal durante el embarazo y su relación con la incidencia de ruptura prematura de membrana. Rev. Sznid. 2005; 54 (1): 4-8.
11. Poloi TM, Candida RC, Franceschini SA. Vaginal Candidiasis risk factors. Rev Med. 2007; 11(1) : 1
12. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Lúeva. Rev MEA. 2004; 4(4):144-56.
13. Preventing neonatal group B streptococcal Disease cost effectiveness in a health maintenance organization and the impact of delayed hospital discharge for newborns who received Intrapartum Antibiotics. Pediatrics. 2006; 113(4): 703 -710.
14. Colectivo de autores. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003
15. Reguera NJ, Rodríguez FR, Brizuela PS. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 14 (2): 160-4.
16. Rodríguez A, Riera J, Tirado M, Fandiño C, Mendoza M. Cistitis por Gardnerella vaginales: reporte de caso y revisión. Rev Fact Med. 2005; 23(2): 98-101
17. Rodríguez PW, Mora RWL, Mora V. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Enferm. 2005; 14 (2) :160-49
18. Toloí TM, Candicio RC, Franceschini, SA. Vaginal candidiasis; risk factors. Rev chil cienc. ME to Juvenile. 2004; 1(2): 39-49.
19. Torre Montejó E. Pediatría. Neonatología. Editora científicos. Año 2005.
20. Ulió JA. Vaginosis bacterianas. Medisan [serie en Internet]. 2005[citado: 22 oct 2009]; 6(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol/6_302/san10302.htm
21. Valdez Iglesias C, Medrano V. Vaginitis en mujeres sexualmente activas. 2007; 10(19): 47-49.