

Manual materno pediátrico. Gineco-obstetricia

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Elaboró y Recopiló: el Grupo: 2410 de Licenciatura en enfermería y obstetricia

PUERPERIO

PUERPERIO O CUARENTENA

Es el periodo de tiempo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta que la anatomía y fisiología del aparato genital de la mujer vuelve al estado anterior al embarazo. Marca el final del puerperio la aparición de la menstruación, excepto en mujeres que dan lactancia. Su duración es de 6–8 semanas (de ello el nombre de cuarentena)

Se caracteriza también por:

- La instauración de la secreción láctea.
- Se establece el vínculo materno-filial (madre-hijo).

Fases del puerperio:

- 1– Puerperio inmediato: Es aquel que comprende las 24h. desde el parto. Se ha de tener mucho cuidado con las mujeres, ya que es donde se producen mas hemorragias por fallo de la involución uterina
- 2– Puerperio precoz: Va de los 2–10 días desde el parto, es el mayor cambio a nivel fisiológico y anatómico.
- 3– Puerperio tardío: Del día 11–45, se producen a nivel fisiológico pero no tanto como en el puerperio precoz.

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS DEL PUERPERIO

UTERO: – Se contrae tónicamente, y permite que vuelva a su estado anterior, produciendo la involución uterina (esta permite ver que el útero está más arriba o abajo según el día, aproximadamente el día 9–10 ha vuelto a su normalidad en tamaño, y está por debajo de la sínfisis púbica, ya no es palpable) se producen las ligaduras vivientes de Pinard.

- Entuertos/torsiones son unas sensaciones dolorosas provocadas por las contracciones uterinas.

Hay factores que favorecen a estos entuertos:

- Multiparas.
 - Mujeres a las que se les ha administrado oxitocina, provocan contracciones.
 - Mujeres que lactan ya que se produce una secreción de oxitocina que hace que hayan contracciones, este dolor cede con analgesia.
 - Suelen durar entre 2–3 días y luego disminuyen progresivamente en intensidad.
- Loquis/loquios: Es la pérdida hemática que se produce después del parto. Están formados por el exudado

que proviene de la cavidad uterina. También cambian de aspecto y cantidad según la fase de involución del útero.

- Lochia rubra: Duran 3-4 días son rojos como una menstruación
- Lochia serosa: Duran 4-9 días, son de aspecto más claro y disminuyen en cantidad
- Lochia alba: Duran 10 días hasta 3 semanas, son como amari-lentos, o marronosos como el final de la regla.

– La regeneración del endometrio tarda más dependiendo de la zona, aunque en general dura 3 semanas, aunque donde estaba insertada la placenta dura 6 semanas en regenerarse.

– Portillo, perdida hemática abundante que se produce a los 15 días postparto, debido a la propia regeneración de la zona donde estaba la placenta, por ello es importante informar a la mujer de ello, no ha de durar mas de 24h.

Las mujeres que no lactan les aparece la menstruación a las 6 semanas, las mujeres que lactan aparece a los 2,5-3 meses (10-12 semanas) después del parto, esto pasa porque la prolactina cuando esta aumentada disminuye los niveles de estrógenos pero ello no exime de ovular. Ojo se pueden quedar embarazadas.

CUELLO UTERINO: Este va involucionando progresivamente se vuelve a formar y cerrar. Y a los 10-12 días postparto, el orificio cervical interno ya esta cerrado y el externo también se cierra.

VAGINA Y VULVA: Tarda entre 2-3 semanas en volver a su estado anterior.

El grado de atrofismo de la vagina tarda unas 6 semanas en volver a la normalidad, es importante en mujeres que anticipen las relaciones sexuales.

PARED ABDOMINAL: Tener en cuenta que la musculatura abdominal no vuelve a su estado normal hasta por ello se recomiendan ejercicios sin forzar la pared abdominal, cuando acaben el postparto empezar la rehabilitación de la pared abdominal.

Mujeres que tienen un buen tono muscular en el suelo pélvico, previenen prolapsos uterinos, incontinencia etc.

SIGNOS VITALES: No han de variar en el puerperio. Si la T.A. varia podríamos pensar en algo patológico. FC, puede aparecer una bradicardia ligera. Las púérperas que lactan, pueden presentar febrícula entre el 2º y 3º día postparto que no ha de durar mas de 24h.

APARATO URINARIO: Importante destacar que debido a la disminución hormonal de estrógenos que se produce después del parto, hace que aumente la diuresis y por ello miccionan mucho 3.000ml/24h. Y además hace que disminuya el tono vesical, y ello hace que aumente la capacidad de la vejiga, y que disminuya el deseo de miccionar.

Problemas:

- Retención urinaria con lo cual podría perjudicar a que el útero involucone bien.
- Favorecer una infección.
- Producir molestias en la mujer.

APARATO DIGESTIVO: Tener en cuenta que en la 2ª semana postparto la motilidad y el tono

gastrointestinal vuelven a su estado normal.

0–15 días estreñimiento.

Hacer dieta rica en fibra.

PESO: Después del parto ha podido perder 6–7Kg. lo que pese de mas le puede dar problemas de T.A etc.

ATENCIÓN ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO

* Prevención de complicaciones:

- Hemorragias.
- Infecciones.
- Enfermedad tromboembolica.
- Hipertensión del embarazo (inducida), también aparece en el puerpe-rio

* Actividades de valoración:

- Constantes vitales: Orientan sobre el estado general de la mujer.
 - Hipotensión: Signo de hemorragia.
 - Taquicardia: Signo de hemorragia.
 - Hipertensión: inducida por el embarazo.
 - Tª: Febrícula 2–3 días después del parto.
 - Fiebre > 24h. signo de infección. * Escalofríos.
- Involución uterina: Se pone la mano en la sínfisis pubica. Ha de estar a la altura del ombligo y duro como una piedra.

Hacer masaje para que se expulse algún coagulo que quede dentro.

Se mide la involución por dedos, teniendo como punto de referencia el ombligo.

- Loquis y perine: Se valora con frecuencia cada 3horas. Se valora la función de cuanto mancha la compresa.

Primeros 3–4 días mancha menor de 15cm (es normal) unas 2/3 partes de la compresa.

Aspecto loquis: Color y el olor, esta no es ofensiva si lo es será signo de infección.

Valoración del perine: Si no se le ha hecho episiotomia irá disminu-yendo la inflamación, si se ha hecho episiotomia vigilar puntos, zona etc.

Es necesario decirle que cada vez que vaya de vientre se lave del pubis hacia el ano. Si lleva episiotomia se ha de secar con el secador.

- Alimentación: En partos largos se tiene sed, si tolera bien ya se pasa a dieta normal.
- Eliminación: Micción y defecación. Estará aumentada en pacientes sonda-das. En mujeres no sondadas si a

las 4–5 horas no han miccionado tomaremos medidas antes de sondar como: Llevarla al WC, siempre las acompañaremos ya que pueden hacer una hipotensión. Abriremos grifos, que toque con los pies en el suelo, etc. Si pasan 6h y no han miccionado hay que proceder al sondaje vesical

– Piernas: Se mira el signo de Homan, se coge el pie y se presiona la pantorrilla y rombo popliteo y si le duele puede ser signo de trom-boembolismo, por ello hay que hacer ejercicios y deambu-lación precoz.

– Mamas: – Confort: Relacionado con la higiene, se pueden duchar a las 24h de parir (cesárea, vía vaginal) siempre las acompañaremos.

Es importante cambiar la compresa, empapadores para que se sienta cómoda, confortable, Tª habitación, darle analgesia si tiene dolor.

– Estado anímico: * El 60% presentan tristeza postparto o depresión postparto.

Este se caracteriza por una labilidad emociona, sentimiento de incapacidad para poder cuidar al RN, es debido a la disminución hormonal producida después del parto.

Hay que decirles que durará pocos días, que lo dejen todo y se vuelquen al RN, que es normal que les ocurra esto.

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PUERPERIO

Debe hacerse durante el embarazo.

Aspectos a tener en cuenta:

– La comadrona valora: * Control de las visitas: Pulso, TA, peso, Tª, periné, mamas etc.

* Información sobre: Alimentación, higiene c/24h y cada vez que evacue que lo haga del pubis al ano si lleva episiotomia que se seque muy bien, recuperación física (se le aconseja hacer movilización precoz y que vuelva a su activi-dad anterior).

* Actividad y reposo: Se ven bastante alterados ya que no duermen seguidamente.

* Contracepción: Si ha de mantener relaciones antes de acabar la cuarentena ha de utilizar preservativo para evitar un emba-razo y evitar infecciones.

* Manipulación y cuidados al RN: Se hacen en la nursery aunque actualmente se tiende a que el RN esté con la madre todo el tiempo. Que vigile el ombligo y que realice las curas.

* Interacción madre–hijo: El vínculo es muy importante hay que fomentarlo.

PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN EL PUERPERIO

Son aquellos que ponen en peligro la vida de la madre, y por ello enferme-ría ha de detectar y prevenir y hacer un diagnostico precoz de estos problemas.

1– Hemorragias posparto

Hemorragia posparto inmediato: Aquellas hemorragias que aparecen pasadas las primeras 24h. Se considera cuando la perdida hemática es mayor a 500ml/24h. Es difícil de valorar y va en función del tipo de compresas

(se pesan, se mira la mancha etc.). Se dan en un 5% de las puerperas.

Causas de la hemorragia postparto inmediato:

- * Atonía uterina: Es la más frecuente, es cuando el útero no se contrae lo suficiente, con lo cual hay hemorragia
- * Traumatismo del canal del parto, se puede observar a nivel de cuello útero y cuerpo, vagina, periné, ano.
- * Retención placentaria, es cuando se queda un trozo de placenta en el útero o que quede algún resto de membrana placentaria.
- * Inversión uterina, esta es poco frecuente, es cuando la parte superior del útero queda invertida hacia abajo, se puede producir al traccionar el cordón umbilical.
- * Ruptura uterina, poco frecuente y muy grave. Es debido a una hiperdinámica y el útero no aguanta tanta presión y se rompe.
- * Alteraciones hemostáticas: Principalmente en los factores de coagulación los cuales no se ponen en marcha y hay hemorragia, a veces hay que extirpar el útero para detener la hemorragia

Hemorragia del puerperio: Pérdida hemática mayor de 500ml/24h. Pero pasadas las 24h hasta que el puerperio finaliza. Se producen entre los 10–15 días después del parto. No se han de confundir con el portillo.

Causas de la hemorragia puerperal

- * Alteración en la zona de implantación de la placenta, es decir que la zona esta tenga alguna alteración.
- * Retención fragmentos de placenta, esto hace que haya hemorragia.
- * Presencia de coágulo grande, por ello hay que hacer masaje.

Clínica general de la hemorragia postparto

- * Se producen los loquios abundantes y rojos (si están infectados son fétidos) y además la mujer presentara aumento de la Fc y fiebre.
- * Sub-involución uterina: No disminuye el tamaño del útero.

Tratamiento obstétrico y atención de enfermería

- * Valorar pérdida y buscar la causa.
- * Ecografía para ver si hay restos en la matriz y si los hay se procederá a hacer un legrado.
- * Administración de antibióticos y ergóticos.
- * Controlar constantes vitales
- * Informar a la mujer de todo y signos de alarma que puedan aparecer.

2– Infección puerperal

Es aquella que se desarrolla en el tracto genital después del parto y se puede extender a otros sistemas.

La más frecuente es:

Endometritis: Normalmente empieza por el endometrio y luego afecta a otras zonas y órganos.

Clínica de la endometritis:

- * Fiebre.

- * Alteración de las constantes vitales (Tª, pulso, de manera súbita, astenia, cansancio, escalofríos).

- * El útero esta subinvolucionado, blando y doloroso.

- * Los loquios son fétidos, abundantes y en algunos casos purulentos (con pus).

Si no se hace un diagnóstico y tratamiento rápido puede evolucionar a más llegando a hacer un cuadro de peritonitis sepsis muerte de la madre.

Tratamiento obstétrico y atención de enfermería

Se ha de hospitalizar a la madre, aislarla, hasta que disminuya la Tª, luego se la pone con otra partera.

Se administran antibióticos, analgesia.

Toma de las constantes vitales.

Importante hacer prevención de las infecciones cruzadas.

Mantener el confort de la mujer.

Hacer higiene de genitales exhaustivamente.

Cambiar compresas a menudo.

Informar sobre el proceso, curas a seguir ella, signos de alarma.

3- Enfermedad tromboembólica

Durante el embarazo y puerperio hay una hipercoagulabilidad por ello hay tromboembolismos.

Se da en un % de las embarazadas.

Aumenta el riesgo en las multiparas, en mayores de 35 años, obesas, y en mujeres que se les practica una cesárea.

Tratamiento de la tromboflebitis superficial

Cuando están afectadas las venas superficiales.

Se recomienda hacer descanso de forma frecuente, piernas elevadas, que utilice medias elásticas, si tiene dolor tomar analgesia.

La mujer tendrá dolor, sensación de calor, tumefacción de un vaso de forma unilateral y ocasionalmente puede estar la Tª y el pulso aumentados.

TVP: Cuando están afectados los plexos musculares de la pierna, en estas cosas la mujer presenta:

Fiebre, dolor, impotencia funcional de la pierna afectada, y signo de Hoffman positivo con lo cual se da heparina mediante bomba y reposo absoluto.

Embolia pulmonar:

Es una consecuencia de la TVP.

Tratamiento obstétrico y cuidados de enfermería

Administrar heparina mediante una bomba.

Que haga reposo absoluto ya que va descoagulada.

Informarla sobre medidas preventivas que puede hacer.

Ayudarle a hacer la movilización.

Evitar la compresión o traumatismos en EEII durante el parto, no apoyarnos en sus piernas, no bajar las piernas bruscamente hacerlo progresivamente.

En mujeres de riesgo se les administra heparina durante el embarazo.

4- Mastitis

Inflamación de las glándulas mamarias. Puede aparecer en mujeres o hombres, y no necesariamente en embarazadas, se da a cualquier edad.

5- Infección urinaria

Es el más frecuente se da en un 15% de las mujeres embarazadas. Están causadas por la E.coli, y otras que están en el ambiente hospitalario. Los factores pueden ser debidos a la retención urinaria y por los sondajes que se le hacen a la mujer.

Síntomas: Polaquiuria, tenesmo vesical, escozor, disuria. Si no se diagnostica y no se tratan pueden causar pielonefritis. Pronóstico bueno.

El diagnóstico se hace mediante un uricultivo y un antibiograma.

Se recomiendan tomar medidas higiénicas, lavarse cada vez que se vaya al WC, cambiar de compresa muchas veces etc.

LACTANCIA MATERNA

Del pezón salen de 15-20 conductos galactóforos, rodeados de tejido muscular. Estos conductos, a nivel de la areola, se expanden o dilatan formando los senos lactarios (donde se almacena la leche).

Los senos lactarios continúan su recorrido hasta desembocar en los alvéolos, que son las unidades funcionales

de la secreción láctea (en los alvéolos se produce la leche).

Fisiología de la secreción láctea:

Para que se produzca la lactancia son necesarias 3 etapas:

1– Mamogénesis: Desarrollo y crecimiento mamario. Se inicia en la pubertad, y aumenta mucho durante el embarazo (influyendo los estrógenos, progesterona, la hormona del crecimiento, el lactógeno placentario, somatotropina, corticoides, prolactina = hormona encargada de la secreción láctea que aumenta el nivel en el embarazo).

2– Lactogénesis: Hace referencia a la secreción láctea. Se produce de la siguiente manera:

La prolactina es la hormona encargada de la secreción láctea, estando regulada por una hormona hipotalámica llamada PIF o factor inhibidor de la prolactina (todas las mujeres producen prolactina de manera constante durante toda su vida, desde la pubertad).

Durante el embarazo, los estrógenos placentarios inhiben al PIF, por lo que aumentan los niveles de prolactina, pero a la vez, estos estrógenos actúan a nivel de la mama bloqueando los receptores de la prolactina, impidiendo su acción (por esta razón no hay lactancia durante el embarazo).

Después del parto al sacar la placenta disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona con lo cual se desbloquea la glándula mamaria, los receptores de prolactina quedan libres y se inicia la secreción de leche que empieza a las 24–48h después del parto.

La prolactina se produce debido a un reflejo neurohormonal, que hace que cada vez que el RN succiona el pezón se desencadene un arco reflejo que llega al hipotálamo produciendo una disminución del PIF, y por tanto permitiendo un aumento de la producción de prolactina. De este modo se mantendrá la lactancia mientras exista succión del pezón.

3– Lactopoyesis: Consiste en la expulsión de la leche. Cada vez que el bebe succiona, a la vez que se produce el reflejo neurohormonal, se produce también una liberación de oxitocina (desde el lóbulo posterior de la hipófisis), la cual actuará a nivel de las fibras musculares que rodean el alvéolo y los conductos mamarios facilitaran la expulsión de la leche. A la vez la oxitocina contrae el útero, después del parto.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Ofrecer información durante el embarazo.
- Favorecer inicio adecuado de la lactancia (una experiencia negativa puede modificar la conducta sobre la lactancia).
- Ofrecer asesoramiento y apoyo.

CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE MATERNA

- Calostro: Primera leche segregada. Puede aparecer en el embarazo. Se segrega durante 2–3 días después del parto. Es un líquido amarillento, que tiene una apariencia cremosa, rica en proteínas, vitaminas y minerales. Tiene importantes propiedades inmunológicas, tiene Iglobulinas y además es laxante. Es importante para el RN ya que le confiere defensas. Permitirá que evacue el meconio.
- Leche de transición: Es una leche que dura de 10–15 días, varía de una mujer a otra y tiene un aspecto de

leche aguada, esto es importante ya que piensan que no alimenta y no es buena. Luego se irá espesando y pasa a ser leche madura.

– Leche madura: es de color mas blanco y es mas consistente, y su cantidad varia en función de las necesidades del RN y tiempo de vida.

Ninguna leche sustituye a la materna.

En cuanto a nutrientes el calostro es el que tiene mas proteínas, vitaminas e hidratos de carbono los lípidos pasan a ingerirse al final de la toma, esto es importante ya que si limitamos la duración de la mamada lo que hacemos es limitar el aporte de lípidos.

La levadura aumenta la secreción de leche.

El aporte de leche y líquidos se hará en función de cada mujer.

Lo ideal son caldos, agua, leche (lo que hace es engordar), zumos.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Para el lactante:

- Nutricionales. – Inmunológicas: El calostro, la leche de transición y la leche madura tienen defensas.
- Psicoafectivas: Ya que el RN mantiene contacto a través de su piel con la madre es una manera de comunicarse.

Para la madre:

- Físicas: * Se descarga oxitocina, con lo cual hay involución uterina.
- * Es un factor efectivo contra el cáncer de mama.
- Psicoafectivas: Hay satisfacción y plenitud.

DIFICULTADES DE LA LACTANCIA MATERNA

- Reinicio de la actividad laboral.
- Gran disponibilidad lactancia en formula.
- Falta de modelos, antes era más habitual ver a una mujer dando de mamar.
- Perdida de independencia, dar el pecho limita mucho a la mujer.
- Deterioro de la imagen corporal, es un tabú, los pechos no se deforman, si se deforman con una subida de leche y luego una bajada brusca.
- Falta de información y apoyo, todos lo profesionales nos hemos de poner de acuerdo e informar independientemente de lo que pensemos personalmente.

PRACTICAS DE LA LACTANCIA

- Inicio de la lactancia: Se puede hacer en la sala de partos, en la primera hora de vida, los RN están muy receptivos, privacidad, posición cómoda. – Posición de la madre, estirada.
- Succión del neonato, hace un movimiento de rodillo entre la lengua y el paladar, lo cual hace que obtengan leche. El ritmo de succión varía de un lactante a otro, hacen 1 o 2 inspiraciones cada 1-2 degluciones.
- Frecuencia y duración de las tomas, a demanda del RN.
- Biberón el niño chupa y deglute más rápido, obtiene más cantidad en menos tiempo y tiene problemas de digestión, es más fácil que tenga gases.
- Es importante que el RN abra totalmente la boca y cuando lo haga, se le introduce la areola mamaria, si esta es pequeña entrará toda dentro de la boca y si es grande no entrará toda.

FRECUENCIA DE LAS TOMAS

La lactancia a demanda, es la que tiene más éxito, no se han de poner limitaciones ni de horario, frecuencia el RN se irá habituando a un horario.

Los primeros días es variable, al menos 5 tomas ya que si no pueden realizar una hipoglicemia.

Al mes 6-7 tomas diarias.

DURACION DE LAS TOMAS

- No limitar el tiempo. – Respetar el ritmo de succión.

CUIDADO DE LAS MAMAS – Cuidados higiénicos. – No recomendar soluciones astringentes. – Sujetar y no comprimir la mama.

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA LACTANCIA

1– Ingurgitación mamaria: Es un problema que puede aparecer entre el 2-4º día después del parto, cursa con mamas duras, dolorosas y calientes.

Es un proceso inflamatorio producido al aumentar la sangre en el interior de la mama y el edema que esto conlleva.

Hay calor local, corregir técnica, frío local, expresión.

Es debido a que se coloca al RN en una mala posición en el pecho y no succiona correctamente.

Aplicar calor local, antes de la toma, ya que así se dilatan los conductos y facilitan la secreción de leche.

Frío local cuando ya se le ha dado el pecho al RN ya que disminuye el edema y el dolor.

Expresión manual/sacaleches: Se va exprimiendo la mama para vaciarla hasta que quede blanda.

2– Problemas en el pezón

Grietas: Aparecen por una mala posición del RN al mamar, hay que cambiar de posición Ej.: pelota de rugby.

Pezón invertido: No se han de manipular durante el embarazo, cuando el niño succione ya saldrá hacia afuera, si que representan problemas los pezones planos.

3- Hipogalactia

- Dar información.
- Lactancia a demanda.
- Periodos de descanso aumenta la prolactina por la noche.
- Nivel de actividad, tranquila y relajada.
- Que la lactancia no agobie a la madre.

COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA

- Mastitis: Infección o inflamación de la glándula mamaria que cursa con enrojecimiento, tensión y dolor.

Suele ser unilateral

- Atención enfermería y tratamiento obstétrico
- Vaciar el pecho si es inflamatoria, si no es infecciosa lo puede hacer el RN.
- Medidas higiénicas.
- Apoyo emocional.
- Tratamiento farmacológico, hacer cultivo, antibiograma y tratamiento.
- Tratamiento quirúrgico si se hace un absceso.
- Inhibición de la lactancia

Conducta pasiva, dejar de dar el pecho de golpe.

Tratamiento farmacológico, se da la criptina (parlodel) se da 15 días, causa efecto rebote.

Destete progresivo, es el ideal, ir dejando el pecho progresivamente.

Lo mejor es dar el pecho hasta los 4 meses, que es cuando se introduce la primera papilla, que sustituye una toma.

Cuando se introduce la segunda papilla se sustituye otra toma.

DECÁLOGO-LACTANCIA

OMS-UNICEF

Protocolo de actuación: Capacitar al personal sanitario. Informar durante el embarazo. Ayudar a iniciar la lactancia (en la primera toma). Enseñar prácticas lactancia. Solo lactancia materna. Cohabitación madre-hijo.

Lactancia a demanda. No ofrecer chupetes. Grupos de apoyo (teléfonos las 24h).

MITOS SOBRE LA LACTANCIA

- Hay leches buenas y leches malas (niños lentos).
- Hay que comer mas cuando se da el pecho (mas aporte de Ca y tomar mas líquidos).
- Dar el pecho engorda.
- Dando el pecho las mamas se caen.
- No comer productos que dan sabor a la leche.
- Dando el pecho hay que dar agua (no hace falta).

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERIA MATERNAL

TERMINOLOGÍA

GESTA: Hace referencia al embarazo.

PARA: Hace referencia al parto.

SALUD REPRODUCTIVA: Abarca todas las etapas y aspectos reproductivos del ciclo de la mujer desde el nacimiento hasta la muerte.

SALUD MATERNAL: Actividad centrada en la familia, ya que todos los acontecimientos que le ocurran a la mujer van a repercutir en la familia.

Programa de atención a la mujer (PAD): Tiene como objetivo atender las necesidades de la población materno-infantil.

Está formado por varios subprogramas:

1– Control y seguimiento del embarazo: Todas las mujeres tienen derecho a controlar y seguir su embarazo desde el principio. Se les abre una historia clínica con todos sus datos personales y ginecológicos.

2– Educación maternal: La educación maternal se divide en: Escuelas de madres y preparación físico-psíquica de la maternidad. Consiste en un programa educativo a la madre y su pareja que incluye un entrenamiento físico y psíquico dirigido hacia el parto y el puerperio. . Este programa consta de 10–12 sesiones normales, una sesión especial para parejas, ya que estas no suelen ir a las sesiones normales y una visita al hospital de referencia, donde pueden ver la sala de partos, los quirófanos y familiarizarse con el lugar donde ingresarán en el momento del parto.

3– Puerperio En el puerperio se realizan: – Cursos de postparto: Son cursos educativos sobre el postparto donde las madres reciben información sobre los cuidados que deben seguir, los cambios que se producirán en su organismo, aspectos de relación con su hijo.

– Puerperio domiciliario: Una vez la madre es dada de alta las matronas van a su domicilio con el fin de vigilar que el puerperio vaya bien, proporcionando información a las madres. Se suelen hacer 3 visitas, la primera el día siguiente del alta, con el fin de tranquilizar a la madre y ayudarla a adaptarse, y las otras dos

en las semanas posteriores.

- Prevención del cáncer ginecológico y mama – Patologías ginecológicas En estos 2 subprogramas, se proporciona información sobre las exploraciones mamarias, patologías ginecológicas, procedimientos a las mujeres que van al centro de asistencia primaria a hacerse la revisión ginecológica anual.
- Climaterio En este subprograma se realizan diversas sesiones informativas como:
- Curso sobre climaterio-menopausia: Es un programa informativo que proporciona información sobre los cambios fisiológicos que se producen en la mujer, ejercicios a realizar, dietas, cuidados generales.
- Escuelas de adultos: Dan una información de divulgación.
- Asociaciones de vecinos: Dan una información de divulgación.

FISIOLOGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO. CICLO GENITAL Regulación hormonal de los ovarios:

Los ovarios están regulados por el eje hipotálamo-hipófisis-ovárico-útero.

El hipotálamo libera el factor liberador de las gonadotropinas (Gn-RH), que actúa sobre la hipófisis, haciéndole liberar las hormonas FSH (folículo estimulante) y LH (Luteinizante). Estas hormonas actúan sobre los ovarios haciéndoles producir progesterona y estrógenos, y ayudando a la maduración del folículo. La progesterona y los estrógenos actúan por FEED-BACK sobre el hipotálamo, haciendo que este aumente la producción del factor liberador de gonadotropinas o disminuyéndolo, dependiendo de las necesidades del organismo.

Hormonas femeninas: Esteroideas, se producen en el ovario y son 3: Estrógenos, progesterona y andrógenos (son masculinas).

Hipofisarias, se producen en la hipófisis y son 3: Folículo estimulante FSH, promueven el desarrollo del folículo. Luteinizante (LH), cuya función es intervenir en la ovulación y el mantenimiento del cuerpo luteo. Prolactina, es la encargada de la secreción láctea.

Ciclo ovárico: La finalidad del ciclo ovárico es proporcionar un óvulo para que sea fecundado.

El ciclo tiene 2 fases:

Fase 1: Se produce la maduración del óvulo (el ovario produce estrógenos).(14 días)

Fase 2: Se forma el cuerpo luteo (aumenta la producción de progesterona).(14 días)

Una recién nacida tiene en el ovario una dotación de 250.000-500.000 folículos primarios, que se van perdiendo con la edad. En la pubertad quedan aproximadamente unos 100.000, el resto se ha atrofiado. De estos 100.000, solo unos 400 llegan a madurar.

Posibilidades de los folículos primarios:

Folículo primario Folículo maduro Folículo de Graaf Cuerpo luteo Cuerpo albicans (si no hay embarazo)
Cuerpo fibroso.

Folículo primario Folículo maduro Folículo de Graaf Cuerpo lúteo gravídico (si hay embarazo).

El cuerpo luteo gravídico produce muchas hormonas

Folículo primario Folículos atrésicos Cuerpo fibroso.

El folículo de Graaf es el que tiene el mayor grado de madurez. Contiene una célula germinal (óvulo). Durante la ovulación, el óvulo sale del folículo, rompiéndolo. Sale acompañado de la membrana pelúcida y la corona radiata junto con líquido folicular (a toda esta zona que se expulsa con el óvulo se le llama Disco Ooforo).

La ovulación tiene lugar a los 14 días del ciclo y corresponde con un pico muy elevado de FSH y LH (aumentan más las LH).

Después de la ovulación, el folículo de Graaf se colapsa y empieza una fase regresiva llamada cuerpo luteo, que aumenta la producción de progesterona y disminuye la de estrógenos (si no hay embarazo).

Por su lado, la hipófisis, disminuye la producción de FSH y LH.

Si no hay embarazo, aproximadamente entre el día 23–26 del ciclo, aparece el cuerpo luteo albicans. Si por el contrario, el óvulo es fecundado, el cuerpo luteo no pasa a albicans, se convierte en el cuerpo luteo gravídico.

Ciclo endometrial :A la vez del ciclo ovárico, se producen cambios en el endometrio. El ciclo endometrial tiene como finalidad proporcionar un lugar adecuado para que el óvulo fecundado anide y se desarrolle. Este ciclo tiene lugar bajo los efectos de los estrógenos y la progesterona.

Tiene 4 fases:

Fase proliferativa (fase preovulatoria): Ocurre después de la menstruación y se aumenta la producción de estrógenos y el espesor del endometrio.

Fase secretora (fase postovulatoria): Se produce después de la ovulación y bajo la acción de la progesterona. Las glándulas del endometrio se vuelven más tortuosas, hay una rotura de células secretoras que dejan salir glucógeno. Se produce el máximo grosor del endometrio.

Fase isquémica (fase premenstrual): Si no hay embarazo el endometrio entra en una fase isquémica, la cual produce la menstruación. Los estrógenos y la progesterona se ven disminuidos.

Menstruación: Como consecuencia de la supresión hormonal. El endometrio se descama por completo, pero la capa basal queda intacta y será la que dará lugar a un nuevo engrosamiento.

Si no hay embarazo se producen las fases 3 y 4.

La menstruación tiene una frecuencia entre 21–35 días. Dura 2–8 días (aunque lo normal es que dure de 4–6 días). Sus características son que la sangre de la menstruación posee sustancias fibrinolíticas que la hacen incoagulable, posee hematíes, leucos, células de tejido endometrial, moco del cervix y descamación vaginal, prostaglandinas.

Funciones de los estrógenos sobre:

El útero: En el endometrio, proliferan durante la primera fase (fase proliferativa) y en el miometrio, en la mujer embarazada, producen una hiperplasia de las fibras musculares y potencian las contracciones uterinas a la hora del parto. Actúan del día 1–14 del ciclo.

El cuello uterino: Produce secreciones abundantes, acuosas, claras, alcalinas, y elásticas que facilitan el paso de los espermatozoides. Aumentan el diámetro del orificio cervical externo.

Las trompas de Falopio: Producen un aumento del peristaltismo tubárico para favorecer el transporte del óvulo.

La vagina: Produce una multiplicación de células maduras ricas en glucógeno.

Las mamas: Aumentan su tamaño y el grosor de los conductos galactóforos. Aumentan la pigmentación de la areola.

Otras acciones de los estrógenos: Estimulan los caracteres sexuales femeninos secundarios (voz, vello), favorecen al proceso de calcificación y estimulan el crecimiento de la piel y mucosas.

Funciones de la progesterona sobre:

Utero o endometrio: Produce la fase secretora. Actúa en los 14–28 días y es la responsable de los cambios que se producen. Inhiben las contracciones uterinas.

Cuello uterino o miometrio: Disminuye el orificio cervical externo y hace que el moco cervical sea más espeso. En la mujer embarazada, le reduce la contractibilidad de las fibras musculares (es un relajante de la musculatura uterina).

El cérvix: Proporciona una secreción vaginal escasa, espesa, opaca, poco favorable a la penetración de los espermatozoides.

Trompas de falopio: Enlentecen las contracciones de las trompas, produce cambios secretores importantes para la nutrición del huevo durante su transporte hacia el útero.

La vagina: Disminuye el espesor del epitelio y aumenta la descamación de las células superficiales.

Las mamas: En la mujer embarazada, las prepara para la lactancia.

Otras acciones de la progesterona: Tienen una acción hipertermica, durante la segunda parte del ciclo.

PROCESO DE LA FECUNDACIÓN

La fecundación se produce en el tercio externo de la trompa.

Para que se produzca la unión del espermatozoide con el óvulo, cada uno de ellos debe perder la mitad de su dotación genética (23XX y 23 XY).

El óvulo tiene una vida media de 24–48h y el espermatozoide de 4–6 días.

Una vez el óvulo es fecundado (el huevo) tarda entre 3–4 días en llegar a la cavidad uterina (es transportado a ésta mediante los cilios y movimientos peristálticos de las trompas).

En el camino hacia el útero, el huevo sufre varias divisiones (mórula, blastocito).

Cuando llega al endometrio, ya es un blastocito. Este, a su vez, se diferencia en trofoblasto (lo que dará lugar a la placenta), y el disco embrionario (que constituye la parte interna, y dará lugar al embrión).

Al 6º día de haberse producido la fecundación, el huevo se implanta en el endometrio (que es rico en glucógeno) El trofoblasto empieza a producir la hormona gonadotropina coriónica (es la hormona que se determina en las pruebas de embarazo).

El trofoblasto, tiene unas vellosidades con una gran capacidad invasiva que le permiten penetrar en el endometrio (invade tanto el endometrio que queda tapado por él).

En el momento en el que el huevo anida en el endometrio (6º día), este posee las condiciones necesarias para que el huevo pueda nutrirse bien. A este endometrio se le llama "decidua" (por lo tanto el blastocito queda sepultado por la decidua).

Periodos de desarrollo prenatal:

Fecundación e implantación: Empieza en el momento de la fecundación y acaba a los 17 días. Hay una gran multiplicidad celular.

Embrionario: Desde el día 18 hasta el 55 de la gestación (hasta la 8ª semana de gestación).

Fetal: Desde la 8ª semana de gestación hasta el nacimiento.

Hay un desarrollo y maduración de los diferentes órganos.

Hasta la 8ª semana de gestación se habla de embrión y a partir de aquí, de feto.

Las vellosidades coriónicas se forman en el endometrio (decidua), penetrando en los vasos sanguíneos maternos. Las vellosidades, captan oxígeno y sustancias nutritivas de la circulación materna que se encuentran en los espacios intervillosos. Esta sustancia nutritiva es transportada al feto por la vena umbilical, que lleva sangre oxigenada de la placenta al feto.

Las arterias umbilicales llevan sangre fetal hacia la placenta.

Resumiendo, la placenta es un órgano constituido por vellosidades vascularizadas (sangre fetal) que están bañadas en un espacio regado por sangre materna, de forma continuada.

La sangre fetal y la materna no contactan directamente, sino que el intercambio se produce por la membrana de los capilares.

PECULIARIDADES DIFERENTES DE LOS NIÑOS

Características biológicas

- Crecimiento
- Morfología
- Inmadurez orgánica
- Nutrición
- Inmunidad
- Solidaridad funcional

Características médicas

- Total medicina, los niños pueden tener todos los problemas de los adultos mas los de su propia infancia. Y también tiene otros problemas que son letales para él.
- Seminología especial, se hace la anamnesis a través de una 3ª persona que generalmente es la madre.
- Expresividad a diferentes reacciones clínicas.
- Influencia genética
- Terapéutica genuina (la absorción, preparación de fármacos cuya dosis es distinta).

Características sociales, ambientales y psicopedagógicas

- Nadie es tan lábil como un niño

PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PEDIATRICA

Defensa y cuidado de la familia (nunca separaremos al niño de su familia)

- Declaración de los derechos del niño
- Cuidado atraumático se realiza mediante intervenciones que eliminen o minimicen la angustia psicológica que experimentan los niños y sus familiares que requieren atención sanitaria.
- Principios básicos. * No limitar la relación * Preparación psicológica de cualquier procedimiento (avisándole de lo que se le va a hacer) * Control del dolor * Permitir privacidad * Fomentar el juego * Minimizar la pérdida de control * Respetar las diferencias culturales Prevención de la enfermedad y promoción de la salud Educación sanitaria Apoyo y consejo Papel terapéutico Coordinación y colaboración Investigación, que hace avanzar nuestra profesión planificación de la atención sanitaria.

Los niños deben considerarse como seres únicos, individuales, en una larga vida de desarrollo continuo; ellos difieren fisiológica, morfológica y emocionalmente de los adultos, de los otros niños y de los niños que fueron y serán.

PERIODOS DE LA INFANCIA

Periodo Intrauterino: Abarca el crecimiento y desarrollo fetal.

Periodo fetal precoz: Las primeras 28 semanas de gestación.

Periodo fetal tardío: De las 28 semanas hasta el nacimiento.

Periodo neonatal: Desde el nacimiento hasta el primer mes de vida.

Neonatal precoz: 1ª semana de vida (7 primeros días)

Neonatal tardío: Final 1ª semana hasta final primer mes.

Periodo del lactante: Final del primer mes hasta final primer año.

Periodo del párvulo/guardería/preescolar: Primer año hasta los 5–6 años.

Periodo escolar: Desde los 6 años hasta 12 años

Periodo adolescencia: Desde los 12–14 años hasta 18–20 años.

Se inicia cuando aparece la pubertad

El interés de hacer periodos, es para poder agruparlos por características comunes para hacer estudios
Ejemplo: neonatos, escolar, lactante, adolescente etc.

La salud del niño viene influida por el efecto residuo del medio ambiente, estilo de vida, sistema de asistencia sanitaria y la biología humana sobre la salud pública.

PERIODO NEONATAL :Es un periodo complejo, teniendo en cuenta la morbi–mortalidad del recién nacido.

El 85% de los niños que mueren durante el primer año de vida lo hacen en el periodo neonatal (primer mes de vida), de este 85% un 40% lo hacen en la primera semana de vida y la mitad del 40% lo hace en el primer día de vida.

El 25% de la subnormalidad tiene su origen en relación al parto o primeros minutos de vida extrauterina.

ADAPTACIÓN A LA VIDA EXTRAUTERINA :La adaptación a la vida extrauterina es un proceso fisiológico de gran complejidad.

En ella participan prácticamente todos los órganos y sistemas; sin embargo, se consideran esenciales para la adaptación del feto a la vida extrauterina los cambios inmediatos que se producen a nivel pulmonar y circulatorio, que permiten que pase de una situación de circulación fetal, con intercambios de gases por la placenta, a una respiración pulmonar independiente.

CAMBIOS RESPIRATORIOS, en la vida fetal debe destacarse:

La existencia de movimientos respiratorios fetales a partir de la undécima semana de gestación. Estos movimientos no son continuos y solamente se producen cuando el feto está en fase de sueño activo (periodo REM). No provocan la entrada de líquido amniótico en el pulmón. En la hipoxia o asfixia fetal se anulan. Se registran por ecografía a tiempo real.

La existencia de líquido pulmonar fetal. El feto no tiene los pulmones colapsados, ya que los alvéolos pulmonares contienen líquido que va segregando y sintetizando el propio pulmón. El líquido pulmonar contribuye a la formación del líquido amniótico, juntamente con la orina.

La presencia de líquido pulmonar es importante para el desarrollo del pulmón, que lo fabrica en grandes cantidades en la vida fetal y comienza a disminuir su producción al iniciarse el parto, dejando de producirse a partir del nacimiento. Mediante un análisis BQ del líquido amniótico, puede valorarse la madurez pulmonar.

Evacuación del líquido pulmonar : El líquido de los alvéolos pulmonares es sustituido por aire. Parte de este líquido es reabsorbido a nivel alveolar; con la primera inspiración se fuerza el paso del líquido pulmonar hacia el espacio intersticial, desde donde pasa a la circulación sanguínea y linfática. Otra parte es eliminada al exterior por las vías aéreas superiores, facilitada por la presión torácica que el feto sufre al atravesar el canal del parto; la distensión torácica posterior facilita la penetración del aire en las primeras porciones de la tráquea, uno de los factores que parece que desencadena la primera inspiración.

Se habla también de estímulos térmicos, químicos y táctiles. El principal estímulo térmico es el enfriamiento repentino del recién nacido cuando emerge en un ambiente más frío. Este cambio brusco de temperatura origina impulsos sensoriales en la piel que son transmitidos al centro respiratorio.

La creación de una capacidad residual funcional

Cuando el recién nacido realiza la primera inspiración ha de ejercer una presión de insuflación elevada para conseguir que el aire desplace el líquido. Después de la primera inspiración, no todo el aire que ha entrado sale con la espiración, sino que desde un principio va creando una capacidad residual funcional. Consecuentemente la 2ª inspiración costará menos esfuerzo al recién nacido y aun menos la 3ª, ya que los alveolos se han ido estabilizando con la creación de la capacidad residual funcional, permitiendo que se mantengan parcialmente expandidos sin colapsarse en cada espiración. Esto solo se da cuando en pulmón es bioquímicamente maduro, es decir, cuando fabrica una cantidad adecuada de surfactante, que es una sustancia producida por el epitelio alveolar y que actúa como estabilizador, disminuyendo la tensión superficial a medida que el alveolo se hace más pequeño, impidiendo su colapso al final de la espiración. Asimismo, siguiendo la ley de LAPLACE:

$$P = 2T / R$$

El surfactante pulmonar favorecerá cambios en la tensión superficial (T) dependiendo de los cambios en el radio (R) del alveolo. Con ello se explicará su función estabilizadora, manteniendo un equilibrio de presiones (P) intraalveolares a pesar de su diversidad de tamaños. Si no fuera así, los alveolos más pequeños se vaciarían hacia los de mayor tamaño.

Por otro lado, cuando hay un déficit de surfactante, cada inspiración necesita la misma presión de insuflación, como si se tratara de la primera, con lo que aumenta el esfuerzo respiratorio. Esta situación es frecuente en los recién nacidos prematuros, con déficit primario de surfactante, y se conoce como síndrome de distrés respiratorio o enfermedad de la membrana hialina.

CAMBIOS CIRCULATORIOS

Tan importantes como el inicio de la respiración son los cambios circulatorios, en virtud de los cuales la sangre fluye por los pulmones. La circulación sanguínea pulmonar se establece paralelamente a la expansión pulmonar para permitir la función de intercambio de gases entre la sangre y el aire alveolar.

Circulación fetal :La placenta realiza las funciones de pulmón en el feto (proporciona O₂ y elimina CO₂). La sangre fetal es llevada a la placenta a través de las dos arterias umbilicales, y devuelta de la placenta al feto por la vena umbilical.

La sangre de la vena umbilical en el feto es análoga a la vena pulmonar en el adulto, en el sentido de que ambas contienen la mayor concentración de O₂ como consecuencia de haber atravesado el órgano principal de intercambio gaseoso, la placenta en el feto y el pulmón en el adulto.

Una parte significativa de la sangre bien oxigenada de la vena umbilical va al hígado; la restante lo sobrepasa a través de un cortocircuito, el ductus venoso, y alcanza directamente la vena cava inferior. Esta sangre oxigenada de la vena cava constituye el 70% del retorno venoso a la aurícula derecha. La crista dividens, en la aurícula derecha, dirige una tercera parte de esta sangre de la vena cava, a través del agujero oval, hacia la aurícula izquierda, desde donde pasa al ventrículo izquierdo, y desde allí, es bombeada a las coronarias, cerebro y EESS.

El retorno venoso procedente de la mitad superior del cuerpo, por la vena cava superior, se mezcla en la aurícula derecha con las dos terceras partes restantes de la sangre de la vena cava inferior.

Esta sangre pasa al ventrículo derecho y de aquí a la arteria pulmonar, y solo un 8% alcanzará el circuito pulmonar, debido a la vasoconstricción pulmonar fetal y exclusivamente para la nutrición de los pulmones. Después a través de las venas pulmonares llegará a la aurícula izquierda.

El 92% restante del volumen ventricular derecho, a través de un corto circuito denominado Ductus Arterioso, pasa directamente a la aorta descendente. La sangre que circula por la aorta descendente es distribuida a las EEII y a las vísceras del abdomen y de la pelvis, pero la mayor parte es transportada a la placenta a través de las arterias umbilicales.

Circulación posnatal : En el momento del nacimiento queda interrumpida la circulación placenta-ria al pinzarse el cordón umbilical, y el sistema vascular se modifica.

Estos cambios son más graduales que el inicio de la respiración y son consecuencia de modificaciones en la presión existente en el corazón y los grandes vasos, y del cierre funcional de las comunicaciones vasculares fetales.

Con la primera inspiración , y como consecuencia de la oxigenación provocada por la expansión alveolar, las resistencias vasculares pulmonares disminuyen y ello origina que la sangre, procedente del ventrículo derecho, no pase por el ductus arterioso hacia la aorta y que ingrese en los pulmones en expansión. A medida que los pulmones reciben sangre, disminuye la presión en la aurícula derecha, el ventrículo derecho y las arterias pulmonares, y se produce un progresivo aumento de la circulación sistémica originada por el volumen creciente de sangre que mediante el pulmón y las venas pulmonares llega a la aurícula izquierda.

A la vez se produce una disminución de presión en la vena cava inferior, debida a la reducción del retorno venoso por la oclusión de la vena umbilical.

Las presiones entre las dos aurículas se equilibran y el agujero oval, también llamado agujero de Botal, que tiene las características de una válvula, se cierra por yuxtaposición. Esto coincide con la primera inspiración, pero la fusión se realiza más tarde. No es raro que la fusión no sea completa, de modo que puede existir una comunicación potencial entre las dos aurículas durante toda la vida.

El ductus venoso o conducto de Arancio se cierra completamente al final del segundo mes y se oblitera. Su residuo fibroso recibe el nombre de ligamento venoso del hígado. Los vasos umbilicales, después de la ligadura del cordón, se contraen. La vena umbilical se trombosa y gradualmente se convierte en un rudimento fibroso, denominado ligamento redondo del hígado, y las venas se obliteran.

Los factores que condicionan el cierre del ductus o conducto arterioso son el aumento de la PO₂ y la disminución de prostaglandinas dilatadoras (PGE). El cierre funcional se efectúa alrededor del cuarto día de vida y el cierre anatómico tarda algunos meses en completarse. Fluye la sangre por él de forma intermitente durante 1–2 semanas después del nacimiento, pero la dirección del flujo de este vaso está invertida, pudiendo auscultarse soplos fisiológicos.

CLASIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Se hace en base a la edad gestacional y el peso.

Se considera Recién Nacido a las 38–42 semanas de gestación según la Academia Americana.

Se considera según la OMS a las 37–42 semanas de gestación.

EDAD

- A término: Cuando nace entre las 37–32 semanas de gestación.
- Pretermino: Cuando nace antes de las 37 semanas de gestación.
- Prematuro: Cuando nace antes de las 37 semanas de gestación.
- Posttermino: Cuando nace después de las 42 semanas de gestación.

Es importante saber la fecha de la última regla

PESO

- Adecuado: Es aquel que está situado entre el 10–90% según su edad gestacional.
- Bajo: Es aquel que esta por debajo del 10% según su edad gestacional o retardo de crecimiento intrauterino que puede ser de talla, peso o circunferencia cefálica.
- En exceso: Es aquel que está por encima del 90% según su edad gestacional. Y pueden ser:
- Armónico: Todo él es pequeño.
- Disarmónico: La patología que ha ocasionado este fenómeno se ha producido entre el tercer semestre de gestación por rubeola, citomegalovirus etc. Perímetro cefálico y talla adecuados pero le falta peso.

CARACTERISTICAS RECIÉN NACIDO

SOMATOMETRIA

PESO: 3,3 Kg.

TALLA: 50 cm.

PERÍMETRO CEFÁLICO: 34 cm.

PERÍMETRO TORÁCICO: 33 cm.

Los recién nacidos, normalmente, son macrocefálicos (cabeza grande) y braquiti-pos (extremidades cortas).

PESO :El peso medio al nacer es un índice para valorar la salud de un pueblo. El peso medio de un niño a término es de 3,300 Kg. con sus variaciones conocidas 2,500 – 4,000 Kg. Los niños pesan mas que las niñas. Dependerá de la constitución de los padres, estado de nutrición de la madre durante la gestación, hábitos tóxicos.

Hay que tener en cuenta que hay una pérdida fisiológica de peso durante los primeros días de vida del recién nacido que en el 5º día ya empieza a recuperar, y siendo en el 10º día cuando ya lo ha recuperado totalmente.

TALLA: De un recién nacido a término 48–52 cm., aunque hay factores que condicionan a que esto varíe, y son los mismos que en el peso.

PERÍMETRO CEFÁLICO : De un recién nacido a término 32–36 cm., se obtiene con una cinta métrica. Es importante porque la cabeza ha de crecer y si no lo hace es señal de que el cerebro tampoco crece. A veces está alterado por microcefalia, hidrocefalia, cabeza aplanada etc.

PERIMETRO TORÁCICO: Que se obtiene a nivel de las mamilas 31–35 cm., siempre está por debajo del perímetro cefálico.

CABEZA: Los huesos del recién nacido tienden a acabalgarse o montarse, con el fin de ocupar el mínimo espacio posible. La cabeza crece al mismo tiempo que el cerebro (si esto no ocurre aparece la microcefalia). En los huesos del cráneo vemos:

La fontanela anterior que no se cierra hasta 1,5 años o 2 años de vida y la fontanela posterior que se cierra a los 2 meses.

Captup succedaneum: Hemorragia entre la aponeurosis y el periostio. A la palpación se detecta porque el cráneo está blando, hay una sensación de estar notando líquido en la cabeza. Con el tiempo, el niño reabsorbe este líquido.

La aponeurosis intracraneal es una membrana fibrosa, presente en el cuero cabelludo que cubre la parte

Superior del cráneo, uniendo las porciones frontal y occipital del músculo occipito frontal.

Cefalohematoma: Se produce una hemorragia entre el periostio y el hueso. A la palpación no se nota nada, ya que el líquido está por debajo del hueso. Se ve la cabeza deformada. El líquido se acaba reabsorbiendo, aunque tarda más que el captup succedaneum en hacerlo, porque el líquido está por debajo del hueso, y esta zona está menos vascularizada.

Edemas palpebrales, hemorragia conjuntival o conjuntivitis: La hemorragia conjuntival es propia del parto, y la conjuntivitis, puede ser debida a los tactos vaginales que se le hacen a la madre, para valorar la dilatación del cuello uterino. Para evitar la conjuntivitis, se les ponen a todos los recién nacidos, unas gotas de colirio antibiótico como profilaxis (profilaxis de crede).

En la boca podemos encontrarnos con:

- Perlas de Epstein: Manchas blancas en el paladar
- Quiste de inclusión: Formas más abultadas que las perlas, fisiológicas, que aparecen en las encías.
- Callo de succión: Labios gruesos (musculatura excesiva de los músculos labiales).
- Dientes congénitos: Algunos recién nacidos nacen con unos dientes inmaduros, mal formados y mal fijados. Son normales, fisiológicos. Se deben quitar para evitar que el recién nacido se los trague, pudiéndole ocasionar algún problema respiratorio.

PIEL :

Vérnix caseoso: Capa de grasa que recubre al niño, que se reabsorbe rápidamente, al salir de la madre. La primera hidratación que recibe el niño.

Lanugo: Vello fino que presenta el recién nacido sobre todo en los hombros. El recién nacido prematuro, suele presentar vello por todo el cuerpo.

Eritema fisiológico: Color rojizo en forma de manchas grandes.

Ictericia y cianosis: La ictericia a partir del 2 día de vida es fisiológica.

Acrocianosis: cianosis distal. La cianosis generalizada no es fisiológica.

Angiomas planos: "Picotazos de cigüeña". Manchas en la nuca.

Milium facial: Manchas blancas en las alas de la nariz y mejillas, muy pequeñas.

Mancha mongólica: Mancha lila en el sacro.

Cutis marmorata: Zonas del cuerpo con un color amarmolado. Alternancia de estas zonas con otras más claras.

Exantema toxoalérgico: Manchas rojas pequeñas debidas al paso hormonal de la madre al recién nacido. Se van solas, son fisiológicas.

Arlequín: Color rojizo, en solo una parte del cuerpo.

OJOS: Dacrocistitis: Que es obstrucción del lagrimal, hay una inflamación en el lagrimal, que se reabsorbe haciendo un pequeño masaje en el mismo.

NARIZ: Es plana y chafada y la mucosidad es blanca y acuosa, es bastante frecuente la mucosidad y estornudos. Simetría en las alas de la nariz.

CUELLO : Es corto y grueso. Pueden presentar tortícolis por: Mala posición fetal porque hay poco oligomnios (poco líquido amniótico). Traumatismo, fractura de clavícula muy frecuente. Esta cuando es aislada no hay que hacer nada. Pero si hay paresia braquial requiere fisioterapia.

TÓRAX : Mamilas supernumerarias: Pequeños pezones por el tórax, que no llegan a desarrollarse, es debido a un efecto embrionario.

Intumescencia mamaria: Aumento del tamaño de las mamas, es frecuente y es debido al paso de estrógenos maternos, no hay que hacer nada, no se deben manipular los pezones para evitar infecciones.

ABDOMEN :Es macroesplénico, distendido y grande debido al tamaño fisiológico de las vísceras.

Inspeccionar el cordón umbilical (2 arterias + 1 vena).

Puede ser que haya una diastesis de rectos.

La hernia umbilical es frecuente, el tamaño del ombligo esta aumentado.

Es importante valorar si hay hernia inguinal, se ha de comunicar ya que será intervenida automáticamente.

Importante palpar el pulso femoral I y D si solo palpamos uno podríamos sospechar de una coartación aortica.

Hay aumento de la distensión abdominal, podría ser causa patológica.

Esteno-sis hipertrofica de pylori, les das comida y no pasa y lo vomita en proyectil de bala a los 15 días de nacer ¡¡¡¡¡OJO!!!!!!

Hígado, bazo y riñones palpables. Como el hígado es inmaduro provoca ictericia fisiológica.

La emisión de orina normal de un recién nacido es de 1,5 – 2 ml/Kg. peso/hora ; 15–20 ml/día.

GENITALES

EN LA NIÑA: Labios mayores poco desarrollados y edematosos. En los prematuros los labios mayores suelen cubrir a los menores. Pseudo menstruación: flujo abundante que puede ser un poco sanguinolento, debido al paso hormonal de la madre a la niña. Puede presentar los labios fusionados = SINEQUIA

EN EL NIÑO: El pene debe medir entre 3–4 cm., si mide < 1 cm. hay que hacer una valoración endocrinológica. Los testículos se palpan en el escroto, este suele ser grande, pigmentado, rugoso, edematoso y penduloso. Esmegma: Secreciones de las glándulas sebáceas propias de los órganos genitales.

Fimosis: Al tener fimosis no expulsa bien las secreciones, pudiendo tener infecciones. Se debe de lavar bien el pene del recién nacido por dentro.

Adherencia balano–prepuciales: Situación similar a la fimosis ,Hidrocele: Es una colección de liquido que causa un cambio en el escroto, se soluciona por si solo. Testes en bolsas: Los testículos están dentro del escroto. Se denominan testículos en ascensor" cuando no descienden hacia el escroto. Criptorquidea: Cuando los testículos están en el canal inguinal y no se pueden palpar. Cuando el meato urinario no está en el centro del glande se le llama HIPOSPADIES O EPISPADIES, dependiendo de donde esté ubicado.

COLUMNA : Hay que palpar la columna en toda su extensión para verificar su normalidad. Cuando hay falta de fusión del canal raquídeo aparece: meningocele, mielome-ningocele etc.

ANO La imperforación anal a simple vista no se ve por lo que se introduce una sonda rectal con la cual se ha de descartar, a veces va asociado a la agenesia de recto y se ha de reconstruir.

EEII Y EESS :Es braquítico, tiene las extremidades cortas en comparación con el cuerpo. Comprobar la existencia de 10 dedos y pulsos simétricos.

Es normal una cianosis ungueal. Son frecuentes las fracturas de huesos largos, como el humero, fémur etc. Hay deformaciones posicionales que dependen de la postura fetal.

Anomalías:

– Fusión de los dedos Sindactilia – 6 dedos Polidactilia – Falta de un dedo Genesia – Incurvación de los dedos Clinodactilia

En las niñas hay muchas luxaciones de caderas que son congénitas, por ello hay que descartarlo ya que se empieza tratamiento antes de que empiecen a andar, se les hace la maniobra de Ortolani Barlow (la realiza el médico).

Piernas flexionadas en forma de rana. Tibias incurvadas.

CARACTERISTICAS FUNCIONALES DEL RECIEN NACIDO

FUNCION CARDIOPULMONAR

Su F.R. = 35–60 resp/min. (en el adulto = 12–20 resp/min.)

El recién nacido no tiene una respiración continua y regular. Tiene de vez en cuando apneas (como si se olvidase o cansase de respirar), que duran 10–15 seg. Esta apnea es fisiológica. Cesa estimulando al niño a respirar: tocándolo-le, acariciándolo.

La F.C = 120–150 puls/min. (taquicardia fisiológica)

La F.C. se debe valorar durante un minuto entero.

Cuando un niño llora realiza un movimiento con la barbilla (semejante al que se produce durante una crisis epiléptica), muy característico, que es fisiológico.

La T.A. del recién nacido oscila entre: 50–70 la asistólica y 25–45 la diastólica

SANGRE

Volemia = 85 ml/Kg. de peso.

Hematies = 5,5 millones/mm³

Hb = 16–17 gr/dl.

Leucocitos = 6.000–30.000/mm³

En los primeros días de vida, se van a destruir los hematies que sobran, apareciendo la ictericia fisiológica. Aparece en el 3º – 4º día de vida y desaparece entre los 7–10 días de vida.

Si la ictericia es persistente, se debe a un problema crónico.

Si aparece antes de las 48h. de vida, se le llama "ictericia patológica (hay que buscar la causa de esta ictericia).

TEMPERATURA CORPORAL

Con mucha facilidad, los recién nacidos pierden calor, ya que son inmaduros y no saben retenerlo en su organismo. El niño fabrica calor mediante el metabolismo de la grasa perdida, situada en la región superior torácica, cuello y axilas. Las pérdidas de calor se deben sobre todo a la gran superficie corporal y al poco peso que tienen, poseen poca grasa.

Pierden calor por 4 mecanismos:

Evaporación: Los niños al nacer pierden calor ya que nacen mojados. Para evitar esta pérdida de calor, el recién nacido es secado y tapado inmediatamente después de su nacimiento.

Irradiación: Por este mecanismo, las zonas de más calor se desplazan a las zonas donde hay menos, con el fin de equilibrar las dos temperaturas. Por esta razón nunca colocaremos a un recién nacido cerca de una ventana, cuando la temperatura exterior sea inferior a la interior, ya que el calor que desprende el recién nacido se dirigirá hacia la ventana, disminuyendo la temperatura corporal del bebé.

Conducción: No se debe colocar a un recién nacido sobre una superficie fría ya que por conducción, su calor corporal pasa a la superficie fría y vice-versa.

Convección: El recién nacido pierde calor debido a que la temperatura ambiente, que rodea al bebé es inferior a la de su cuerpo. Siempre debemos proteger al bebé y taparlo.

FUNCION GASTROINTESTINAL

La capacidad del recién nacido para digerir, absorber y metabolizar los alimentos es absolutamente limitada. Cuando nace tienen el aparato digestivo adaptado a sus necesidades de succión, deglución y asimilación de la leche materna, la boca está preparada para ello. Su estómago tiene una capacidad de 20–30ml.

Su mucosa gástrica es delicada su musculatura esta poco desarrollada.

La primera defecación que hacen los recién nacidos se llama Meconio.

Durante la lactancia las heces serán frecuentes, debido a que tienen un peristaltismo muy rápido

A veces presentan cólicos, que son dolorosos y aparecen durante los 3 primeros meses de vida.

Si la lactancia es natural, tiene heces diarreicas de color amarillo claro, y si la lactancia es artificial, las heces suelen ser de color amarillo oscuro.

El estómago de un recién nacido tiene una capacidad de 20–30ml.

Tienen frecuentes regurgitaciones durante la lactancia debido a los eructos.

FUNCIÓN RENAL

La estructura del aparato urinario está completa en el nacimiento, pero hay poca producción de orina.

Esta es de color amarillo claro e inolora, la hematuria es patológica, no confundir con infarto urico cristales que manchan de sangre el pañal, es un fenómeno que se soluciona solo.

Algunos orinan y defecan al nacer, pero ojo cuando no lo hacen durante las 24–48h. primeras horas.

Hacen de 15–20 micciones por día = 1ml/Kg/hora.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Visión: No tienen una visión clara, aunque distinguen a las personas, movimientos. No detectan bien los colores.

Audición: El recién nacido es capaz de detectar y discriminar entre sonidos agradables y desagradables.

Gusto: El recién nacido reacciona ante el ácido, el dulce, distinguiendo sabores.

Olfato: Distinguen olores, diferenciando el de su madre, de otras madres.

Sensibilidad: Mediante el tacto el bebé deja de llorar, por lo que se demuestra que son muy sensibles al tacto. Colocando al recién nacido sobre la madre se estrecha el vínculo efectivo; el tacto y el calor de la madre, lo tranquiliza y vincula a ella.

SISTEMA NERVIOSO

Tienen un sistema nervioso muy inmaduro (es el sistema que presenta menor grado de maduración en el recién nacido), aunque tiene reflejos.

La madurez motora tiene una dirección cefalocaudal (primero controlan la cabeza y después el resto del cuerpo). Por esta razón una de las primeras cosas que se miran es la cabeza, si hacen fuerza para intentar que no se les caiga.

A medida que pasan los días, la cabeza tiene más fuerza, la aguantan más recta.

Respecto a la musculatura, tienen una gran capacidad para mover las extremidades (las mueven todas a la vez), tienen la capacidad de llevar el pie hasta la oreja, cuando se les toca la planta de los pies, mueven los dedos, tiene el reflejo de presión.

Examen o valoración neurológica al recién nacido

Valoración del nivel de alerta, se tiene en cuenta:

Estados sueño-vigilia

- a) Ojos cerrados, respiración regular y sin movimientos (duerme profundamente).
- b) Ojos cerrados, respiración irregular y pocos movimientos (sueño vigilia se va a despertar).
- c) Ojos abiertos, pocos movimientos (se acaba de despertar o se quiere dormir).
- d) Ojos abiertos, mucha actividad sin llorar.
- e) Ojos cerrados o abiertos, y llorando.

Según Prechtl el recién nacido ha de pasar por estos 5 estadios.

El recién nacido pasa un 80% de su tiempo en reposo, se ha de observar la abertura espontánea de los ojos o si responde a los estímulos sencillos.

La excesiva irritabilidad, inconsolable, llora, cuando se le coge muestra cierta rigidez etc., no es normal, como tampoco es normal un recién nacido hipotónico, letárgico, que todo el día duerme.

A todos los RN se les hacen varias pruebas para determinar si presentan luxación de cadera o no, ya que si la presentan durante esta edad es tratable y curable.

La técnica consiste en meterle la cabeza del fémur dentro del acetábulo del sacro, es decir, dentro de la que luego será su posición fisiológica.

Se consigue mantener al bebé en esta posición mediante la colocación de 3 pañales, uno encima del otro, lo que obliga al recién nacido a tener las piernas muy abiertas (esto mantiene la cabeza del fémur dentro del acetábulo del sacro).

También hay aparatos anatómicos que ayudan en el tratamiento, utilizados en casos de luxaciones más graves. Examen motor, valoración del tono muscular

Es el estado de tensión de los músculos permanente o involuntario variable en su intensidad según las diversas acciones reflejas que lo fuercen o inhiben. Se valora el tono muscular pasivo y activo

TONO MUSCULAR PASIVO: Consiste en una serie de movimientos en los cuales el recién nacido no participa activamente y se valora la respuesta, es decir, la resistencia de los músculos a los movimientos pasivos.

Actitud, ángulo popliteo, ángulo de abductores, ángulo de doflexión, maniobra bufanda, maniobra talón-oreja.

TONO MUSCULAR ACTIVO: Se valora observando la respuesta del recién nacido frente a una situación a la que ha de responder. Músculos del cuello, aguanta por un momento su propio peso.

Reflejos arcaicos : Son propios del recién nacido y desaparecen entre los 3-5 primeros meses y en general son respuestas automáticas. La ausencia de reflejos arcaicos es un signo de depresión neurológica, su presencia es importante, pero no constituye una garantía de normalidad neurológica.

Reflejo de succión: Va seguido del reflejo de deglución.

Reflejo de los puntos cardinales o búsqueda: Al tocar al bebé en el lado derecho de la cara, este girará la cabeza hacia ese lado y pasará lo mismo con el lado izquierdo.

Este reflejo es innato, no aprendido. Si no lo presenta puede tener alguna hemorragia cerebral.

Reflejo de prensión: De manos y pies, el recién nacido se coge a los dedos y se cuelga.

Reflejo del moro o del susto: Al colocar al bebé semitumbado, agarrándolo por la cabeza, cuando lo soltamos el bebé mueve las manos, intentando cogerse de algún sitio. Se asusta al pensar que lo has soltado.

Reflejo de la marcha coordinada: Los recién nacidos saben dar pasos, aunque no solos ya que no se mantienen en pie. Coordinan muy bien los dos pies cuando se les hace andar.

Todos estos reflejos desaparecen a los 4-5 meses, excepto el de succión y deglución. Si no desaparecen, es signo de que tiene un sistema nervioso inmaduro.

ATENCIÓN AL NEONATO

SALA DE PARTOS

La primera valoración que se le hace al recién nacido es el test de Apgar, el cual valora diversas funciones al minuto y a los 5 minutos de vida.

Se valora si ha nacido en perfecto estado (no necesita reanimación) o si por el contrario presenta alguna anomalía y necesita reanimación moderada o intensa.

Se valoran 5 parámetros: FC, FR, Tono muscular, Reflejos y Color.

PUNTUACIÓN DEL TEST DE APGAR

0 1 2

FC AUSENTE MENOS DE 100 MAS DE 100

FR AUSENTE LENTA LLANTO ENÉRGICO

T. MUSCULAR ... HIPOTONÍA.....CIERTA FLEXIÓN MOV. EN EXTREM. ACTIVO

REFLEJOS SIN RESPUESTA CIERTO MOVIMIENTOTOS, ESTORNUDOS

COLOR AZUL PÁLIDO TRONCO ROSADO Y ROSADO

EXTREMIDADES TOTALMENTE

CIANÓTICAS

El Apgar al minuto = valor diagnóstico (determina si nace sano o en malas condiciones).

El Apgar a los 5 minutos = valor pronóstico (se realiza si el Apgar al minuto no va bien)

Un test de 9-10 = Recién Nacido en perfecto estado.

Un test de 6–8 = Reanimación moderada.

Un test de 0–6 = Reanimación energética.

Si es preciso administrar oxígeno al bebé, este debe de ser húmedo y caliente, para evitar una hipotermia y que se le resequen las vías respiratorias.

Si en el momento del nacimiento no respira, padecerá una acidosis respiratoria, que se compensa con la administración de bicarbonato sódico introducido por la vena umbilical mediante una cánula.

REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO FUNDAMENTOS

ASPECTOS MEDIDAS HABITUALES MED.E-NERGÉTICAS

GENERAL – Ligadura de cordón – 30–60seg. de vida – Antes de 15seg.

- Asepsia – Respetar el vernix
- Temperatura – Evitar enfriamiento

RESPIRATORIO – Hematosis – Aspiración de – Intubación

secreciones – Ventilación

CIRCULATORIO – Corazón – Adrenalina

- Circulación – Masajes
- Ventilación
- Expansiones

CELULAR – Acidosis metabólica – Bicarbonato

- Hipoglicemia – Glucosa

La ligadura del cordón se debe de hacer entre los 30–60seg. de vida, ya que no conviene que le pasen más hematíes de la madre, ya que sino, luego tendrá más para destruir.

Las infecciones del recién nacido vienen por 3 vías: Por la materna, durante las manipulaciones del parto (periparto), dependiendo esta, del equipo de trabajo, y por parte de la enfermera, la cual manipula al recién nacido, con las manos lavadas pero sin guantes.

También se debe recoger al bebé en una talla estéril y caliente.

La ligadura del cordón antes de los 15seg. de vida se realiza cuando lo necesitamos oxigenar enseguida, o cuando hay una incompatibilidad de sangre de la madre respecto al bebé, evitando así la transfusión de sangre de la madre al bebé.

Respecto al sistema circulatorio, puede ser necesaria la administración de adrenalina para estimular la contractibilidad cardíaca.

Cuidados al recién nacido en sala de partos:

Respiración eficaz.

Temperatura adecuada.

Ligadura y cuidados del cordón umbilical (se pinza a 2cm. del abdomen) así como su higiene, mediante alcohol de 70°.

Prevención de infecciones: Profilaxis de CREDE (prevención de la conjuntivitis con colirios antibióticos, en varias dosis). Esta prevención se realiza de forma sistemática en todos los recién nacidos.

Prevención de hemorragias, administrando Vit K, mediante una inyección única, intramuscular de 1cm³. También se realiza de forma sistemática en todos los recién nacidos.

Examen clínico inicial físico y neurológico: Se miran los reflejos, si respira bien, el tono muscular, se realiza entre las 12-24h. de vida, ya que durante estas horas se aprecian mejor las posibles alteraciones.

Identificación: Se le coloca una pulsera en el tobillo o en la muñeca, controlando que no apriete demasiado.

Promoción del vínculo efectivo, aunque el bebé este mal, la madre tiene que poder ver al bebé antes de que se lo lleven a la incubadora o lo hayan estabilizado.

Durante los primeros 3-4 días de vida, hay una pérdida de peso fisiológica que puede ser hasta el 10%.

Esta pérdida es debida a la pérdida hormonal, vómitos, expulsión de secreciones. Se supone fisiológica si a los 10 días de nacer, recupera su peso.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA

Integración del recién nacido en el núcleo familiar

Al igual que es muy importante los lazos efectivos para el desarrollo emocional del niño, cuando un niño nace se ha de integrar en una familia compuesta generalmente por una madre, por un padre y en ocasiones por hermanos, a los cuales hay que tener muy presentes en esta nueva situación.

Para que esta nueva situación no resulte traumática a los hermanos hay que adaptarlos al nuevo cambio antes que nazca el hermano, es decir, si un niño ha dormido en la habitación de sus padres hasta el momento del nacimiento de su hermano, no es correcto que a partir de ese momento le hagan ir a dormir a otra habitación, en cambio si el cambio de habitación es previo al nacimiento del hijo, el niño no asociará que este cambio se debe a la llegada del nuevo hermano.

Necesidad de estar limpio y aseado

La pinza del cordón umbilical se envuelve en una gasa y se fija con una venda que rodea la cintura del recién nacido, cuando se le cae el cordón umbilical ya podemos lavar al niño por inmersión.

La pinza una vez se ha fijado ya no se vuelve a abrir.

En el lavado del recién nacido hay que tener presentes los siguientes puntos: Lavado por partes antes de la caída del cordón umbilical, limpieza del cordón con alcohol de 70°, cambiar los pañales las veces oportunas, la temperatura del agua, se recomienda que el baño sea por la noche sobre todo en aquellos niños muy

nerviosos.

Comer y beber

La alimentación se inicia cuando el niño tiene sus constantes estabilizadas y la madre está preparada. En primer lugar se le da agua y si la tolera se continua con leche artificial. En caso de lactancia materna no hace falta dar agua primero.

Se recomienda que durante el primer mes la alimentación se realice por la autodemanda del recién nacido, es decir, se le dará de mamar cuando llore, normalmente cada 2 o como máximo 3 horas.

Las ventajas de la autodemanda son que la temperatura de la leche es siempre la adecuada, que es rica en vitaminas, que el aparato digestivo del niño está preparado para recibirla.

Es conveniente que en los primeros días no se les de el chupete de este modo utilizan el pezón para estimular la lactancia materna.

Al mes, mes y medio se deben regular las tomas cada tres, cuatro horas.

En cuanto a la lactancia artificial se empieza dando 10ml. de leche por toma y se aumentan diez ml. por día, hasta llegar a 150ml.

El lactante debe engordar 20–30grs/día, lo que corresponde a 150–200grs. semanales hasta el tercer mes de vida mas o menos, si no es así lo consideraremos un signo de alerta. Los niños se deben pesar siempre a la misma hora, en el mismo sitio y con la misma ropa.

Es importante no dar al niño agua previamente a la toma porque el estímulo más importante de la lactancia es precisamente el vacío de las mamas, que no conseguiremos si el recién nacido ya no tiene ganas de mamar. Cuando se amamanta a un niño no se debe dar más de 10 minutos y se deben ir alternando los dos pechos, además debemos empezar siempre por el último pecho de la última toma. La leche artificial se debe dar cada tres o cuatro horas.

Descanso ; El recién nacido debe dormir el máximo de horas posible. Educación sanitaria a los padres, alimentación, higiene etc.

Se ha de explicar que el momento de la lactancia es un momento de intimidad y de afecto, que es una manera de comunicación y conexión entre madre e hijo, por este motivo será importante que la madre cuando le dé de mamar o el biberón esté exclusivamente centrada en eso y no hablando con los demás, es importante que en caso que se le dé biberón, siempre sea la misma persona quien lo haga.

Valoración precoz de los signos de alarma :En los niños que se prevé, sospecha pueden presentar un problema de salud se les atiende en una unidad de atención especial, la Nursery, para detectar precozmente cualquier anomalía.

Síndrome de insuficiencia respiratoria:

1) Disnea, taquipnea 2) Cianosis 3) Palidez

Enfermedad hemolítica, síndrome hemorrágico:

3) Palidez 4) Hemorragia 5) Ictericia

Sepsis:

5) Ictericia 6) Fiebre– hipotermia 7) He-ces du-ras

8) Vó-mitos 9) Distensión abdominal

Oclusión intestinal:

11) Ausencia de meconio 8) Vómitos biliosos 9) Distensión abdo-minal

Malformación urinaria:

12) Ausencia de orina en 24h.

Alteración del SNC:

13) Llanto excesivo e hiperactividad

14) Movimientos espasmódicos y convulsiones

15) Hipotonía e inmovilidad

16) Llanto débil y quejumbroso.

3- ASESORAMIENTO EN LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO EN EL HOGAR

Higiene: Baño, orificios nasales, cordón umbilical y cambio de pañal.

Alimentación: Horarios, posición, la idónea después de las comidas es decúbito lateral derecho para ir a favor de la gravedad o decúbito prono la hora posterior a las comidas después lo volvemos a poner en decúbito supino.

Temperatura: Mantenerlo a 36,5C. Hay que controlar la temperatura de la habitación que debe estar caldeada a 18–20°C.

Integración familiar del niño: Intentar no cambiar demasiado las costumbres previas sobre todo si hay más niños. Hay que adaptar al niño a la dinámica familiar.

Paseos, control médico y screening metabólico: Los paseos se iniciarán cuando la madre esté dispuesta.

El Screening metabólico es una prueba que se realiza a todos los recién nacidos, cuando ya han mantenido una alimentación correcta al cuarto o quinto día, el problema con el que nos encontramos actualmente es que el alta hospitalaria se da antes de estos días por eso es importante mentalizar a la familia de la importancia de realizar este screening.

Mediante el screening se diagnostican enfermedades como la fenilcetonuria y el hipotiroidismo, estas son obligatorias y últimamente se ha introducido también el diagnóstico de la mucoviscidiosis. Las dos primeras tienen en común que si se tratan precozmente los niños tendrán un desarrollo normal en caso contrario padecerían una subnormalidad profunda.

El tratamiento de la fenilcetonuria consiste en eliminar de la dieta la fenilalanina porque el niño no la puede metabolizar.

El tratamiento del hipotiroidismo es administrar tiroxina.

Esta prueba se realiza por punción del talón, primero se limpia el talón después se pone una crema vasodilatadora o masaje para que sangre más fácilmente, la punción se realiza con una lanceta y la sangre se coloca sobre unos cartones en la base de los cuales se pone el nombre de los niños. En esta prueba lo que se obtiene y analiza es sangre capilar.

La mucoviscidosis es una alteración respiratoria o digestiva. Hay una gran cantidad de mucosidad que obstruye los bronquios, los niños se oirían al pasar a la adolescencia. La única forma de paliar esta enfermedad es administrando mucolíticos o preparados que estimulan el páncreas. Esta enfermedad no tiene tratamiento, el diagnóstico de la misma sirve para adelantarse a la sintomatología, es una enfermedad crónica y muchas veces mortal. Se transmite genéticamente.

ATENCIÓN AL NEONATO

PRINCIPIOS BÁSICOS: Facilitar mantenimiento de la temperatura corporal. Facilitar adaptación cardio respiratoria. Evitar las agresiones. Proporcionar alimentación adecuada. Detectar anomalías. Facilitar el lazo afectivo padres-hijos.