



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Universidad de Oviedo
Trabajo Fin de Grado
Grado de Enfermería

“Cuidados de enfermería en el Recién Nacido Sano”

Lorena Remis Díaz
Oviedo, Abril 2023

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Universidad de Oviedo
Trabajo Fin de Grado
Grado de Enfermería

“Cuidados de enfermería en el Recién Nacido Sano”

Autora: Lorena Remis Díaz

Tutor: Juan Orviz González

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	10
ESTADO ACTUAL DEL TEMA	10
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
DESARROLLO	13
1. Cuidados de enfermería al recién nacido en la sala de partos	13
1.1. Control de la hipotermia	13
1.2. Contacto piel con piel	15
1.3. Test de Apgar	18
1.4. Ligadura del cordón umbilical	19
1.5. Identificación del neonato	20
1.6. Antropometría	22
1.7. Profilaxis ocular	24
1.8. Prevención de la EHRN	26
1.9. Fomentar la lactancia materna	27
2. Valoración enfermera de la madre y del neonato y su posterior traslado a la Unidad de Maternidad	32
3. Cribado neonatal e hipoacusia	34
3.1 Cribado neonatal	34
3.2 Hipoacusia	36
4. Alta hospitalaria	38
5. Rol de enfermería en el estado emocional de la madre durante el parto	40
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- RN: Recién nacido
- CPP: Contacto piel con piel
- IM: Intramuscular
- EHRN: Enfermedad hemorrágica del Recién Nacido
- DM: Diabetes Mellitus
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- dB: Decibelios
- lpm: latidos por minuto
- rpm: respiraciones por minuto

RESUMEN

Los cuidados de enfermería en el recién nacido sano, son fundamentales para que el neonato pueda reunir las condiciones fisiológicas adecuadas, teniendo de esta manera, un óptimo crecimiento y desarrollo.

El personal de enfermería es el encargado de llevar a cabo las tareas principales desde el momento del parto hasta el alta hospitalaria. Deberá de poseer una formación y experiencia necesarias para realizar técnicas rutinarias, como también para desenvolverse en situaciones de emergencia que puedan presentarse.

Por un lado, el recién nacido debe tener una buena adaptación a la vida extrauterina. Para ello existen una serie de procedimientos establecidos que se realizan diariamente en el ámbito hospitalario tras el momento del nacimiento, como es el test de Apgar, valorando su estado fisiológico y asegurando de esta forma, una buena calidad de vida tanto en sus primeros días como en el futuro del bebé.

En cuanto a la madre, se le realizarán una serie de pruebas y se le observará de forma diaria patrones que le aseguren un buen post parto, reduciendo en la medida de lo posible su estancia en el hospital y sobre todo dándole unas buenas pautas a seguir y formación necesaria para evitar el reingreso hospitalario. Un tema muy interesante, es cuidar su salud mental, por lo que, se le proporcionará el apoyo necesario por parte del personal de enfermería en todo momento, se establecerá una relación de confianza, se le proporcionará la información necesaria para reducir su ansiedad, miedos, incertidumbre y mitigar su dolor pre y post parto.

Es muy importante evitar la pérdida de calor en el recién nacido, por lo que no se realizarán técnicas como el baño tras el nacimiento, se le arropará de forma correcta y se evitarán en medida de lo posible las corrientes que pueda haber en la sala de partos. Otro punto fuerte a destacar, es el contacto piel con piel con su madre, debemos de fomentar esta técnica debido a los grandes beneficios inmunitarios que aporta al bebé. También existen innumerables estudios, que apoyan el pinzamiento tardío del cordón umbilical, esperando a que deje de latir para su separación definitiva con su progenitora.

Se realizarán medidas profilácticas como la profilaxis ocular para evitar cualquier tipo de complicación, siendo la más grave la ceguera. Otro aspecto de vital importancia es la administración de vitamina K para prevenir patologías y cuadros hemorrágicos en el niño.

Se fomentará la lactancia materna y también se establecerán pautas para un correcto agarre y succión. Es muy importante realizar una correcta identificación del niño lo antes posible para eludir ciertos problemas, aunque en la actualidad existe un método que ha conseguido disminuir en gran medida estas circunstancias, especialmente cuando el recién nacido tenga que trasladarse a otra Unidad para llevar a cabo otro tipo de pruebas que sean necesarias.

Tanto la madre como el bebé, tendrán una atención durante 48 horas si el parto es vaginal y durante 72 horas si se realiza mediante cesárea. Pasado este periodo de tiempo, si todo está en orden, se realizará el cribado neonatal, técnicas de otoemisiones para detectar cualquier anomalía en el recién nacido y se procederá a realizar el alta hospitalaria.

Palabras clave: recién nacido sano, cuidados de enfermería, lactancia materna, profilaxis neonatal, test de Apgar, contacto piel con piel, cordón umbilical, termorregulación, hipoacusia.

ABSTRACT

Nursing care in the healthy newborn is essential for the neonate to meet the appropriate physiological conditions, thus having optimal growth and development.

The nursing staff is in charge of carrying out the main tasks from the moment of delivery until hospital discharge. They must have the necessary training and experience to perform routine techniques, as well as to deal with emergency situations that may arise.

On the one hand, the newborn must have a good adaptation to extrauterine life. For this, there are a series of established procedures that are carried out daily in the hospital setting after the moment of birth, such as the Apgar test, assessing their physiological state and thus ensuring a good quality of life both in their first days and in the baby's future.

As for the mother, a series of tests will be carried out and patterns will be observed on a daily basis that will ensure a good postpartum period, reducing her stay in the hospital as much as possible and, above all, giving her some good guidelines to follow. and necessary training to avoid hospital readmission. A very interesting topic is taking care of your mental health, so you will be provided with the necessary support by the nursing staff at all times, a relationship of trust will be established, you will be provided with the necessary information to reduce your anxiety, fears , uncertainty and mitigate your pre and postpartum pain.

It is very important to avoid heat loss in the newborn, so techniques such as bathing after birth will not be carried out, they will be wrapped correctly and drafts that may exist in the delivery room will be avoided as far as possible. births. Another strong point to highlight is skin-to-skin contact with the mother. We must encourage this technique due to the great immune benefits it brings to the baby. There are also innumerable studies that support the late clamping of the umbilical cord, waiting for it to stop beating for the definitive separation of it from its progenitor.

Prophylactic measures such as ocular prophylaxis will be carried out to avoid any type of complication, the most serious being blindness. Another aspect of vital importance is the administration of vitamin K to prevent pathologies and hemorrhagic pictures in the child.

Breastfeeding will be encouraged and guidelines will also be established for a correct grip and suction. It is very important to correctly identify the child as soon as possible to avoid certain problems, although there is currently a method that has managed to greatly reduce these circumstances, especially when the newborn has to be transferred to another Unit to carry out another procedure. type of tests that are necessary.

Both the mother and the baby will receive care for 48 hours if the delivery is vaginal and for 72 hours if it is performed by caesarean section. After this period of time, if everything is in order, neonatal screening will be carried out, otoemission techniques to detect any anomaly in the newborn and hospital discharge will proceed.

Keywords: healthy newborn, nursing care, breastfeeding, neonatal prophylaxis, Apgar test, skin-to-skin contact, umbilical cord, thermoregulation, hearing loss.

INTRODUCCIÓN

Se entiende como recién nacido sano al neonato nacido a término, periodo que comprende de la 37 a la 42 semana de gestación.

Se trata del niño en sus primeros 28 días de vida, con un peso comprendido entre los 2.500 y 4.000 gramos. Además de este rango, también tiene que observarse unas características morfológicas y reflejos normales, sin evidencia de ninguna enfermedad o patología. (1)

Los inicios del cribado neonatal, se originaron en Granada, España, en 1968. Hasta la década de 1980 era denominado "Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad", aunque solo cubría el 30% de los RN. No fue hasta 1982 cuando se empezó a expandir a las diferentes comunidades autónomas esta gestión sanitaria, coordinándose a través del Sistema Nacional de Salud. La total cobertura fue implantada en los años 90, cubriendo el 100% de los RN.

Estos programas, han crecido significativamente desde entonces, pero varía mucho tanto a nivel internacional como regional. Los avances científicos, especialmente a partir del año 2000, han agudizado esta desigualdad, haciendo de este tema, un debate inagotable de investigación y discusión hoy en día. (2)

El nacimiento de un recién nacido sano, es uno de los sucesos más comunes en la atención sanitaria. La calidad médica de cada población está muy identificada con los porcentajes de morbilidad y mortalidad perinatal e infantil, puesto que son un indicador clave de la condición de salud que existe en cada región o lugar. Debido a esto, se requiere una atención bastante rigurosa por parte del personal de enfermería.

Los cuidados de enfermería son esenciales en este proceso. El personal sanitario encargado, debe reunir los conocimientos y la experiencia adecuados para realizar las técnicas y procedimientos rutinarios del RN, para valorar su estado físico y condiciones antropométricas, así como asegurar la correcta transición a la vida extrauterina. Es de vital importancia reconocer las situaciones de alarma que pueden presentar y saber detectarlas a tiempo para prevenir posibles complicaciones.

La relación enfermera-paciente debe tratarse de un vínculo estrecho, es muy importante darle seguridad y comprender los miedos que pueda tener la paciente, para así poder solventarlos de la mejor forma posible.

En todo momento, debemos de informar del proceso a seguir y de todos los procedimientos que se llevarán a cabo, para que en cada situación pueda ser constante y participe de las técnicas que se le realizarán.

El parto constituye uno de los momentos más importantes en cuanto al cuidado de la salud mental de la mujer, y es aquí, donde el personal de enfermería tiene un papel muy importante. Se trata de un momento impactante, donde no solo se tratará el componente físico como puede ser el dolor, con medidas farmacológicas, sino que recibe especial importancia también la parte psicológica, donde es la enfermera la que tiene que tratar de disminuir la ansiedad y el miedo en la medida de lo posible, para que el parto pueda suceder con éxito. Para ello se establecerá una relación de confianza con la paciente, donde se le disipará cada angustia, incertidumbre y duda que pueda manifestarse, además se cuidará en gran medida del ambiente, tratando de mantener un entorno tranquilo, con una luz tenue, evitando alzar la voz y permitiendo la presencia de algún familiar. (3)

Por otro lado, deben de tener la capacidad y la empatía de saber dar la información de manera correcta y respetuosa en todo momento, para proporcionar un ambiente tranquilo y calmado, lo que ayudará a que el parto tenga unas condiciones óptimas.

El RN debe ser una total prioridad en la sala de partos, comenzando por valorar su estado general, seguido de la valoración del test de Apgar, el cual se repetirá a los 5 minutos del nacimiento. Uno de los principales factores a tener en cuenta, es el denominado contacto piel con piel (CPP), en el que cada vez se hace más hincapié, debido a todos los beneficios que se pueden obtener gracias a esta técnica, tanto para el RN como para la madre.

Es de vital importancia, realizarle adecuadamente los cuidados profilácticos al niño. Estos cuidados, pueden llegar a evitar patologías futuras permanentes. Se observa que la ceguera en los RN, está presente en un 20% a nivel mundial, debido a la infección de transmisión vertical que experimentan al atravesar el canal del parto cuando sus madres son portadoras. También existe la enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN), la cual conlleva bastantes problemas de coagulación. Debido a todo esto, se deben de realizar de manera correcta los cuidados de enfermería al RN sano, para favorecer su crecimiento y su adaptación al medio externo.

JUSTIFICACIÓN

La finalidad de esta revisión bibliográfica, es proporcionar una información adecuada y ampliar los conocimientos acerca de los cuidados que se proporcionan al recién nacido durante su estancia hospitalaria, así como de su progenitora, para asegurar una correcta transición desde el medio intrauterino al extrauterino por parte del neonato y una correcta vuelta a la normalidad del estado fisiológico por parte de la madre.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La atención inmediata a los recién nacidos es fundamental para asegurar la salud del niño y su futura calidad de vida. La evaluación adecuada de la condición del niño en las primeras horas después del nacimiento puede conducir a la detección temprana de anomalías y enfermedades congénitas.

El cuidado del recién nacido es un tema muy interesante, el cual requiere una atención especialmente cuidadosa.

Las estadísticas de natalidad en España cada año disminuyen, es un hecho que la tasa de mortalidad superará el número de nacimientos en los próximos años, puesto que, cada vez se observan menos nacimientos, resultado del descenso de porcentaje de mujeres en edad reproductiva.

OBJETIVOS

- Definir los cuidados iniciales de enfermería proporcionados al Recién Nacido Sano.
- Identificar las principales complicaciones y signos de alarma en el Recién Nacido Sano.

- Realizar un seguimiento del neonato desde la sala de partos hasta realizar el alta a domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica.

Se han comprobado y comparado diferentes fuentes de información para poder plasmar datos de interés sobre este tema.

A continuación, se procede a nombrar las diferentes bases científicas encontradas: Dialnet, Elsevier, Asociación de pediatría, Academia.edu. Las palabras clave utilizadas fueron las siguientes: “*Recién nacido sano*”, “*Contacto piel con piel*”, “*Lactancia materna*”, “*Hipoacusia and recién nacido*”, “*Prueba de Apgar*”, “*Oftalmia neonatal*”, “*Identificación recién nacido*”, “*Antropometría and recién nacido*” y “*Cuidados de enfermería cordón umbilical*”.

Se utilizó en su mayoría el operador booleano AND, limitándose el periodo de búsqueda entre los años 2005 y 2022.

Los criterios de inclusión y exclusión se han clasificado de la siguiente manera:

- **Criterios de inclusión:**
 - Documentos publicados desde el año 2005 hasta el año 2022
 - Documentos publicados en español
 - Artículos que incluyen términos asociados a la población pediátrica
- **Criterios de exclusión:**
 - Documentos publicados con una antigüedad mayor al año 2005
 - Documentos en inglés u otro idioma que no sea español
 - Artículos que incluyen términos que no comprenden a la población pediátrica.

Base de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Dialnet	Recién nacido sano	522	4
	Contacto piel con piel	527	1
	Labor matrona	87	1
	Calor recién nacido	49	1
	Lactancia materna	98	3
	Hipoacusia and recién nacido	89	1
	Prueba de Apgar	86	1
	Prueba del talón	52	1
	Técnicas de enfermería antes del parto	987	1
	Cuidados de enfermería tras el parto	325	1

	Alta hospitalaria and recién nacido sano	25	1
	Oftalmia neonatal	6	1
Elsevier	Identificación recién nacido	480	1
	Oftalmia neonatal	10	1
Scielo	Antropometría and recién nacido	32	1
Asociación Española de pediatría	Cuidados de enfermería cordón umbilical	122	1
Academia.edu	Cuidados de enfermería durante el puerperio	67	1

Figura 1: Metodología. Elaboración propia

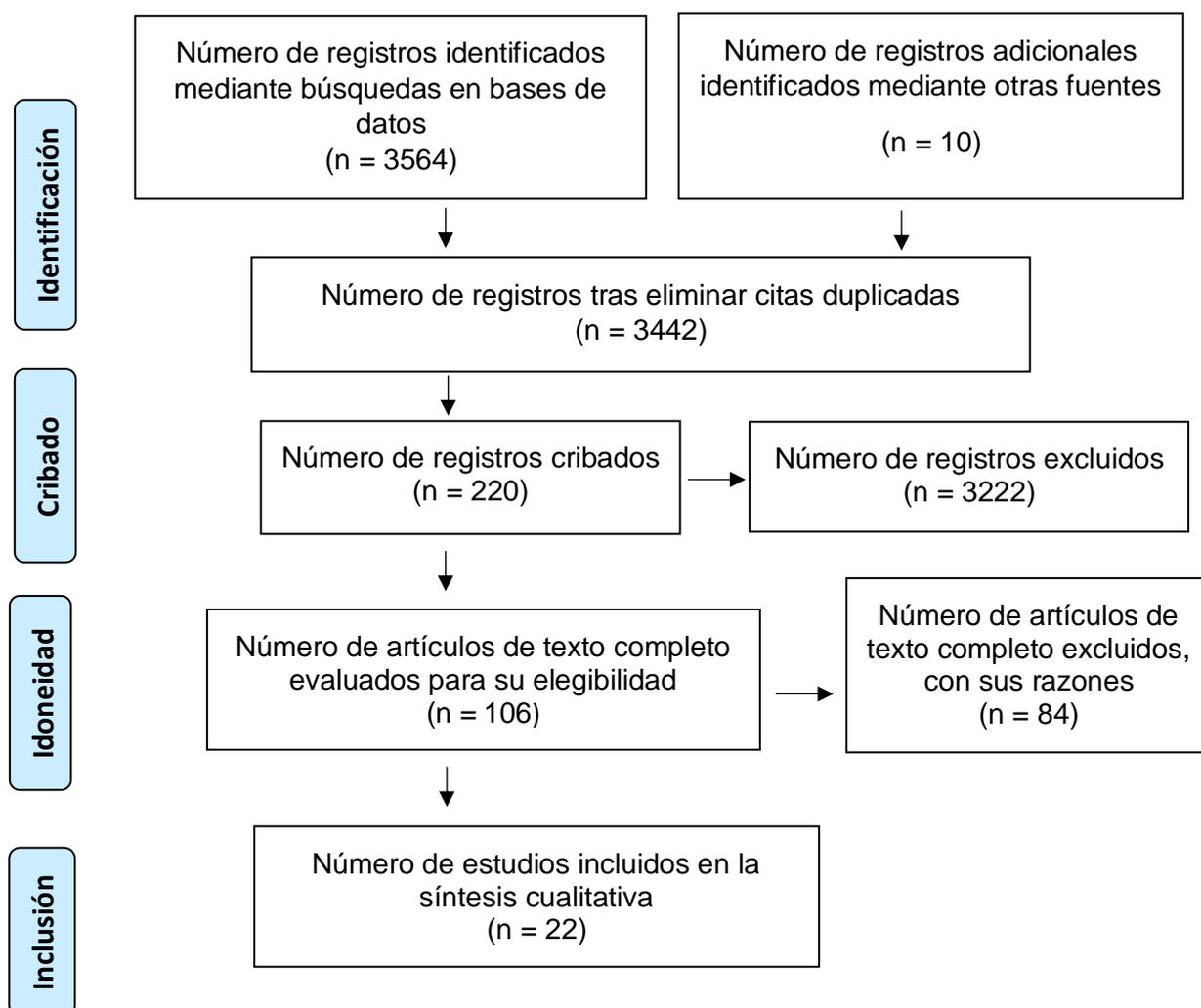


Figura 2. Metodología diagrama de flujo tipo prisma. Elaboración propia

DESARROLLO

1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS

1.1 Control de la hipotermia

La termorregulación es uno de los mayores factores a tener en cuenta en los cuidados de un RN. Consiste en el equilibrio entre la producción y la eliminación de calor en un organismo. (4)

El RN es el grupo de población más susceptible en esta situación, en el comienzo de la vida, el organismo de un bebé carece de madurez a nivel de sustancias metabólicas y estructuras que le puedan ofrecer protección frente a la hipotermia. Su porcentaje de grasa corporal y tono muscular, así como su tamaño y depósitos de glucógeno, se ven disminuidos, por lo que se evitará en todo momento las pérdidas de calor tras el nacimiento.

Los cuidados de enfermería relacionados con la hipotermia, se centran en el control y manejo de la temperatura corporal del RN en la sala de partos. Además de observar con atención su temperatura, tanto del niño como del entorno que le rodea, se hace hincapié en el control de la humedad.

Es primordial evitar las corrientes de aire y los objetos y aparatos fríos en contacto con el RN, se deberá de llevar un control a cada cierto tiempo de su temperatura para evitar que disminuya por debajo de los 36, 5°. En casos de hipotermia, se evitará el aumento brusco de temperatura por encima de la mencionada. Solo podrá elevarse entre 1 y 1, 5° a la hora, ya que correremos el riesgo de que el RN pueda sufrir desajustes metabólicos y daños cerebrales.

Para ello, se deben de conocer los diferentes mecanismos por los que se puede transmitir el calor:

- **Evaporación:** es el paso de estado líquido a gaseoso. El primer paso que hay que seguir tras el nacimiento es secar cuidadosamente al RN con una toalla previamente calentada, eliminar cualquier resto de sangre o líquido amniótico, teniendo especial cuidado con no retirar su vórnix, dejándolo limpio sobre el vientre de su madre, para empezar con el CPP. Así, conseguimos que la piel del bebé esté totalmente seca, previniendo de esta manera la pérdida de temperatura.
- **Convección:** es la propagación del calor, por medio de superficies que se encuentran a diferente temperatura. Tiene que ver con las corrientes de aire presentes en la sala de partos, por lo que, es de gran importancia evitar situaciones que puedan enfriar el aire del entorno del bebé, así como calentar el oxígeno o aerosoles que se le puedan llegar a administrar en caso necesario.
- **Radiación:** es la transmisión de calor entre dos superficies que se encuentran a una pequeña distancia. Se trata de la cercanía que puede existir con las ventanas o paredes de la habitación por las que pueda

entrar aire frío. Por lo tanto, la cama y la incubadora, deberán permanecer lo más alejadas posible de puertas o similares.

- **Conducción:** es la transmisión de calor entre dos superficies que se encuentran en contacto directo. Este mecanismo guarda una gran relación con la diferencia de tamaño y temperatura, debido a esto, todo lo que se vaya a poner en contacto con el RN, deberá estar a una temperatura óptima, en el caso de la incubadora. Por otra parte, todos los objetos que toquen al niño, como puede ser fonendoscopios, las manos del personal sanitario, básculas y demás objetos o aparatos, se deberán calentar previamente.

Los RN tienen una capacidad para producir calor enormemente disminuida, por lo que, en ocasiones, pueden ser mayores las pérdidas de temperatura.

La sala de partos deberá permanecer a una temperatura de unos 20°C mínimo, por otra parte, la humedad estará entre un 60-65%. En todo momento se evitará realizarle el baño tras el nacimiento, ya que de esta forma también se evita la pérdida de calor.

Como se ha mencionado anteriormente, la termorregulación, es un fenómeno de gran importancia a tratar tras el alumbramiento, por lo que, tanto una subida como bajada de temperatura por encima de la recomendada, podría poner en riesgo al RN.

A continuación, se explica brevemente la sintomatología:

❖ Signos y síntomas de hipertermia

- Taquicardia
- Taquipnea
- Hipotonía
- Rubor
- Hipotensión
- Irritabilidad
- Vasodilatación
- Apnea
- Ausencia de llanto o muy débil
- Succión escasa
- Letargia

❖ Signos y síntomas de hipotermia

- Bradicardia
- Taquipnea
- Hipotonía
- Cianosis
- Hipoglucemia
- Irritabilidad
- Vasoconstricción
- Apnea
- Llanto débil
- Succión escasa

- Letargia
- Edema
- Disminución de reflejos
- Distensión abdominal
- Mala perfusión

Para evitar que se produzcan estas situaciones, se establecen los cuidados de enfermería al recién nacido sano en la sala de partos, relacionados con la temperatura corporal:

- En primer lugar, antes de que tenga lugar el nacimiento del bebé, se adaptará la sala de partos a una temperatura entre los 24-26°C.
- Todos los aparatos y objetos que vayan a estar posteriormente en contacto con el RN serán calentados previamente. La cuna de reanimación, deberá calentarse minutos antes de que se produzca el parto, para que todo esté listo en el momento de realizarle los procedimientos rutinarios, manteniendo a una temperatura de 37°C el colchón.
- Se evitará en todo momento las corrientes de aire, por lo que, las puertas y ventanas de la sala deberán permanecer cerradas.
- Todo el material usado para el aseo del niño (toallas) así como la ropa con la que se le vestirá, será calentada previamente.
- Tras la realización de las pruebas rutinarias al bebé, se pondrá de inmediato en contacto con su madre para proceder al contacto piel con piel.

1.2 **Contacto piel con piel**

El contacto precoz, también denominado contacto piel con piel, se define como el primer contacto existente entre el recién nacido y la madre tras el momento del parto.

Proporciona excelentes resultados en el cuidado del bebé sano y es de vital importancia realizarlo de inmediato en el momento en el que el bebé atraviesa el canal del parto. (5)

Es recomendable que este proceso dure entre 1 y 2 horas y sea de forma ininterrumpida, ya que el RN se encuentra en un periodo inicial que se conoce con el nombre de “alerta tranquila”, en este periodo, va adquiriendo conocimientos y reflejos, movimientos musculares, búsqueda del pecho de la madre y capacidad de succión.

Se estima que prolongando el tiempo del contacto piel con piel, la lactancia materna se ve beneficiada, ya que mejora en un 20% su efectividad, a partir de la primera hora.

El personal de enfermería, es el encargado de aportarle la información necesaria a la madre antes de que se dé esta situación, explicándole las ventajas que esto conlleva y sobre todo los beneficios en cuanto a protección que tendrá su hijo. También se encargará de vigilar que, lo mencionado en el párrafo anterior, se efectúe de manera correcta y ayude a corregir si es necesario la posición del RN en cada momento, tanto del cuerpo, para situarlo en la postura adecuada, como de la cabeza, para acercarlo a la mama y asegurar un excelente agarre y succión.

El contacto piel con piel, se trata de uno de los procedimientos de mayor beneficio en el momento del parto.

Consiste en una técnica bastante sencilla, en la que solamente basta con colocar al bebé encima del pecho de la madre tras el nacimiento, con esto, se obtienen grandes beneficios tanto para el RN como para su progenitora.

1.2.1 Forma de actuación

- En primer lugar, antes del periodo de alumbramiento, se le explica a la madre el concepto de CPP, cómo se va a llevar a cabo y la importancia que tiene tanto para su bebé cómo para ella, explicándole cada uno de los beneficios.
- Se debe mantener el calor corporal del RN en el momento del parto, para ello, se secará al bebé con toallas previamente calentadas a una temperatura determinada, y cuando esté totalmente seco, antes de realizar el CPP, se le colocará el gorro y se le envolverá en una manta caliente para evitar la pérdida de calor, pero siempre permitiendo el contacto con la superficie materna.
- En este momento, se le realizará el test de Apgar, el cual se le repetirá a los 5 minutos, también se le realizarán las medidas profilácticas, como son la administración del colirio oftálmico y vitamina K. También se obtendrán muestras del cordón umbilical para obtener datos acerca del RH y el pH del bebé.
- A los pocos minutos, se procede al pinzamiento del cordón umbilical, cuando éste deja de latir. A continuación, se lleva al RN a la cuna de reanimación para realizarle las medidas antropométricas, que se explicarán más adelante y su identificación. Tras este proceso, se volverá a colocar al bebé en contacto con el vientre materno.
- Los cuidados y observación tanto de la madre como del RN en la sala de partos, se mantendrán alrededor de unas 2 horas, dado que es el tiempo necesario que requiere esta técnica. Debido a esto, ambos permanecerán ese tiempo piel con piel, antes de ser trasladados a la planta de maternidad.

La realización de esta técnica, se debe de efectuar en el momento del parto y su duración está comprendida a lo largo de las dos próximas horas, como se ha mencionado previamente. (6)

1.2.2 Beneficios del CPP

Normalmente, el parto para un RN, es un proceso traumático y de gran estrés, sus constantes vitales pueden verse alteradas, así como la glucemia y la temperatura, por lo que, el CPP, les ayuda a solventar estos problemas.

También son muchas las ventajas que favorecen a la madre con este proceso, por lo que se explican a continuación:

- *Para el RN:*
 - **Mejoría de sus constantes vitales:** Su frecuencia cardiaca tiende a normalizarse, ya que escuchan los latidos del corazón de su madre. Por otro lado, les ayuda a disminuir la ansiedad y a tranquilizarse, esto se consigue gracias a la disminución de la cantidad de cortisol en sangre. También mejora la glucemia, evitando que decaiga. (5)
 - **Mantiene el calor corporal:** el CPP evita la pérdida de calor en el RN. En su adaptación a la vida extrauterina, experimentan un cambio extremo de temperatura. En el vientre materno están a una temperatura más elevada que en el exterior, por lo que, en este cambio es imprescindible que ese calor corporal siga siendo el mismo, siendo capaz de regularse en contacto con su madre.
 - **Aumento de la capacidad de búsqueda y succión:** a los pocos minutos, el RN empieza a realizar movimientos, empieza a estirarse y a intentar reptar por el vientre de su madre, intenta localizar la areola y el pezón, guiándose por su olfato, puesto que, esta zona está inmersa en el olor del líquido amniótico, olor que le resultará muy familiar.
 - **Mejoría de la lactancia materna:** tras lo mencionado en el párrafo anterior, la lactancia materna es más efectiva, en cuanto a duración y frecuencia.
 - **Favorece el vínculo madre-hijo:** les ayuda a crear un vínculo afectivo con la madre. Reconocen su voz, estrechándose de esta manera los lazos emocionales que le unen a los dos. El RN, se verá beneficiado en su desarrollo emocional, psíquico y social. También la madre es capaz de transferirle gérmenes maternos para su protección.
 - **Disminución del llanto:** dado que este contacto es capaz de tranquilizar al bebé, se logra disminuir el tiempo de su llanto, dejándole en un periodo de calma.
 - **Adaptación a la vida extrauterina:** todo lo mencionado con anterioridad, proporciona al RN una tranquilidad, seguridad y una mejor adaptación al medio externo, asegurándole una mejor calidad de vida futura.

Por otro lado, la madre también se beneficia de este contacto, puesto que, disminuye el riesgo de la hemorragia post parto, disminuye el nivel de dolor y ayuda a la involución del útero.

En definitiva, el contacto piel con piel, es de gran ayuda, ya que mejora la adaptación a la vida extrauterina del niño, reduce la ansiedad, el malestar de ambos, mejora la lactancia materna y reduce en un mayor porcentaje la depresión post parto. (7)

1.3 Test de Apgar

El Test de Apgar se conoce como el examen clínico que se realiza a cada RN tras el momento del parto.

Esta prueba, permite conocer el estado fisiológico del bebe en base a 5 parámetros.

Es capaz de detectar de forma sencilla y rápida, el grado de vitalidad y desarrollo neurológico, identificar si existe alguna patología y valorar el nivel de bienestar del niño.

Para ello, se utilizan 5 parámetros descritos en la siguiente tabla:

PUNTUACION DE APGAR			
Frecuencia cardíaca	2	1	0
Esfuerzo respiratorio	Normal(superior a 100 latidos por minuto)	Inferior a 100 latidos por minuto	Ausente (sin pulso)
Irritabilidad (respuesta reflejo)	Normal	Respiración lenta e irregular	Ausente (sin respiración)
Actividad (tono muscular)	Lo evita, estornuda o tose tras la estimulación	Brazos y piernas flexionadas y con poco movimiento	Sin movimiento tonicidad blanda
Apariencia (coloración de piel)	Color normal en todo el cuerpo(manos y pies rosados)	Color normal, pero las manos y los pies tiene un tono azulado	Coloración azul grisáceo o palidez en todo el cuerpo

Figura 3. Tabla test de Apgar. Beltrán AS, Ruiz YR, Jorge SS.

1. Esfuerzo respiratorio
2. Irritabilidad (respuesta refleja)
3. Actividad (tono muscular)
4. Apariencia (color de piel)

Estos criterios se puntúan de 0 a 2, según las características del RN, después se suman, considerando un buen estado fisiológico del bebé una puntuación de 7 o superior.

La valoración es realizada en el primer minuto de vida y se repite a los 5 minutos. Al primer minuto, es recomendable realizar una valoración exacta, ya que una puntuación inferior a 6 indicaría la realización de una reanimación inmediata. También se establece que, una puntuación inferior a 7 en la segunda valoración, realizada a los 5 minutos, podría dejar secuelas neurológicas. (8)

PUNTAJE APGAR	CONDICIONES CLINICAS DEL RECIEN NACIDO
7 a 10 →	VIGOROSO, CONDICION SATISFACTORIA
4 a 6 →	LEVEMENTE DEPRIMIDO, ASFIXIA MODERADA, APNEA PRIMARIA
0 a 3 →	SEVERAMENTE DEPRIMIDO, PROBABLE ASFIXIA SEVERA O GRAVE, CONSIDERAR APNEA SECUNDARIA

Figura 4. Puntuación test de Apgar. Beltrán AS, Ruiz YR, Jorge SS.

1.4 Ligadura del cordón umbilical

La ligadura del cordón umbilical, se conoce como el procedimiento de separación del RN con su madre tras el periodo de alumbramiento y antes de proceder a la retirada de la placenta materna.

Se ha observado a través de diferentes estudios, que el pinzamiento tardío puede ser beneficioso para el bebé, puesto que, es recomendable esperar entre 2 y 3 minutos a que éste deje de latir.

De esta forma, se ha comprobado que, existe un aumento en el niño de depósitos de hierro, ferritina y hematocrito, por lo que se reducirá en un gran porcentaje el riesgo de padecer anemia. (9)

Los cuidados de enfermería del cordón umbilical en los RN, son de vital importancia para la prevención de la colonización de microorganismos patógenos. Se trata de uno de los reservorios donde es muy fácil que la zona pueda llegar a infectarse si no se trata de manera correcta. Este fenómeno puede darse desde el momento del pinzamiento en el nacimiento, hasta su curación completa.

Se conoce como onfalitis, se trata de la infección que tiene lugar en la zona umbilical, ya sea antes o después de la cicatrización. Su incidencia apenas es elevada, siendo el 1% en los países en desarrollo y entre un 2-3% en los subdesarrollados. (10)

Su limpieza y cura de la herida umbilical tiene que ser rigurosa, puesto que se puede correr el riesgo de llegar a sufrir una sepsis, ya que sería la complicación más grave que esto conlleva en ciertos casos. También puede tener complicaciones como una celulitis o fascitis necrosante.

El cuadro clínico de la onfalitis se presenta con secreción maloliente, eritema de la zona y edema, aunque es bastante asequible de tratar con antibióticos.

Algunos estudios indican el procedimiento del cuidado del cordón a través de soluciones antisépticas y antibióticos tópicos, otros, recomiendan realizar las curas a través de métodos más sencillos, pero siempre de manera aséptica.

Se ha comparado en diferentes ensayos y, se comprueba que, el uso de soluciones antisépticas y antibióticos tópicos, no logran obtener tantos beneficios como un buen lavado del cordón con asepsia total.

El momento del pinzamiento, se debe de realizar en condiciones de esterilidad, asegurando un buen cierre para prevenir hemorragias. La caída del cordón tiene lugar normalmente a los 7 días del nacimiento, momento perfecto para la colonización de microorganismos como puede ser el principal, *Staphylococcus aureus*. Las infecciones infantiles constituyen la primera causa de muerte infantil a nivel mundial, por lo que hay que seguir una serie de pasos para evitar que esto suceda. (11)

Procedimiento para un buen cuidado del cordón umbilical en un RN

- Tras el nacimiento del bebé, se debe manipular el cordón en condiciones de asepsia, para realizar un pinzamiento, corte y cierre de la parte distal de manera adecuada.
- Se deben de evitar soluciones antisépticas, ya que retrasan la posterior caída del cordón. En casos en los que no exista otra opción, se utilizará clorhexidina al 4%.
- Se recomienda un buen lavado del cordón utilizando agua y jabón, con movimientos suaves y aclarando con agua tibia, tras esto, se debe de secar con cuidado y en su totalidad la zona. Tras esto, es recomendable el secado al aire. Este procedimiento constituye el mejor método en nuestro país, para prevenir la infección.
- Es imprescindible mantener el pañal lo más seco posible, evitando que pase tiempo el contacto de las heces y la orina con la piel del niño, especialmente la zona umbilical para no producir la onfalitis.

1.5 Identificación del neonato

La identificación del recién nacido está establecida como un derecho que se encuentra legalizado tanto en España como a nivel internacional. (12)

Se reconoce a través de la OMS, como una de las prioridades en cuanto a la asistencia y calidad sanitaria, estableciendo como objetivo, el uso de al menos dos identificadores diferentes para prevenir la equivocación a la hora de la correcta identificación del RN en el momento del parto.

El personal sanitario responsable del cuidado del RN en el momento de su nacimiento, es el encargado de realizar esta actividad, y es quien tiene la obligación y responsabilidad de efectuarlo de manera adecuada.

Actualmente, son varios los métodos utilizados para la identificación del neonato, entre los que se encuentran:

- Brazaletes con el nombre de la madre, fecha y hora del nacimiento y sexo del RN, situados con un cierre de seguridad en la muñeca de la madre y en el tobillo del niño.
- Huella dactilar o plantar

Pero todo ello, puede conllevar a situaciones desfavorables, como puede ser, la pérdida de los brazaletes por holgura, dificultad en la legibilidad de los datos de la paciente o también, la imposibilidad de recoger las huellas dactilares por la situación clínica de cada momento.

Tras esto, se ha implantado un método de mejora que se conoce como “codificador neonatal”. Se trata de la utilización de brazaletes como los mencionados anteriormente, con un cierre mucho más seguro, pinza para el cordón umbilical y pegatinas para la historia clínica. Todas estas partes constarán de un código de barras y un número que serán exclusivos de cada neonato.

Esto, se ha considerado un gran avance en la mejora de la calidad sanitaria, aunque no es fiable en su totalidad.

Por ello, la Asociación Española de Neonatología, ha contrastado otra posibilidad que va mucho más allá, asegurando en un mayor porcentaje, la disminución de los errores de identificación en el RN.

Se trata de la combinación del “código neonatal” con la “huella genética”.

Esta última, implica la obtención de una muestra de ADN tanto de la progenitora como del bebé, y garantiza la posibilidad de una correcta identificación madre-hijo.

Esta muestra de ADN se obtendrá en el momento del parto, tras el pinzamiento del cordón umbilical y en el extremo de la placenta.

Es reconocido como el método más completo y recomendado a día de hoy, puesto que el fragmento de ADN, constituye la forma más fiable de identificación de un organismo.

Requisitos para la correcta identificación del neonato

- La identificación de manera adecuada del RN en el momento del parto, es considerada un derecho y obligación por parte del personal sanitario.
- Debe realizarse en el momento del nacimiento, para evitar posibles errores de identificación, en el caso de separación por motivo clínico de la madre y el bebé.
- Este procedimiento es responsabilidad del personal sanitario encargado del parto.
- Debe efectuarse en presencia de los padres de la criatura, o al menos, en presencia de uno de ellos. En casos en los que la situación no lo

permita, será un familiar el que visualice el proceso. Como última opción, será otro sanitario el encargado del procedimiento.

- En todo momento, se fomentará el CPP, evitando en la medida de lo posible su separación.
- Se procederá a la identificación del neonato a través de lo que se conoce hoy en día el método más fiable y seguro, el “código genético” combinado con la “huella neonatal”.
- La muestra sanguínea obtenida del cordón, será explicada con anterioridad a la madre y deberá dar su consentimiento previamente.

1.6 **Antropometría**

Las mediciones antropométricas realizadas en la sala de partos al RN sano, constituyen uno de los indicadores del estado nutricional del bebé, también sirven para evaluar los riesgos de morbi-mortalidad y detectar posibles complicaciones que puedan surgir a lo largo del crecimiento del niño.

Se considera un examen rutinario, que se realiza tras el momento de sección del cordón umbilical, evitando interferir lo menos posible en el CPP.

Estas medidas son individuales, para cada RN, sin embargo, existen estándares donde se comprueba que los datos estén dentro de unos valores determinados.

La valoración del crecimiento en etapas tempranas de la vida, es de gran importancia, debido a que, en función de cómo avance, se obtendrán datos acerca del grado de nutrición en el que se encuentra ese individuo. (13)

Generalmente, el peso y la talla, forman las medidas más habituales que se realizan de forma rutinaria, sin embargo, en la sala de partos se realizan además de las mencionadas, otras mediciones:

- **Peso**

El peso, es la medida más utilizada de forma rutinaria tras un nacimiento. Se establece que un RN sano, debe cumplir un peso de entre los 2kg y medio y los 4kg.

Esta medida refleja la cantidad total de masa corporal del bebé.

Cada RN al nacer, experimenta una pérdida de peso del 10% o inferior, y esto es debido a que, conforme pasan los días, la proporción de agua de su organismo disminuye. También puede ser factor de la pérdida de las concentraciones de tejido graso y glucógeno.

Esto solo ocurre en los primeros días tras el nacimiento, luego se estima un aumento de peso diario entre 20-30g en neonatos nacidos a término.

- **Procedimiento**

Se coloca al bebé en una báscula, la cual debe estar calibrada al menos de forma semanal.

El RN debe permanecer desnudo, esperar a que se quede lo más quieto posible en el centro de la báscula y realizar dos medidas para hacer la media, estableciendo de esta manera una cifra más real.

- **Longitud (talla)**

La longitud es una medida utilizada en niños menores de dos años, por lo que es la utilizada por excelencia en la sala de partos a RN.

Refleja las dimensiones de las estructuras del bebé y se realiza con una cinta métrica o un infantómetro.

A diferencia del anterior, no depende del balance hídrico.

Se establece que los RN a término, tienen un crecimiento entre 0,69-0,75 cm semanales durante el primer trimestre de vida.

- Procedimiento

Se coloca al bebé en un aparato llamado infantómetro, que consta de dos partes, una móvil para ajustar la medida exacta en el tren inferior del niño, y otra fija, donde se colocará la cabeza.

Se debe colocar al bebé de forma que quede lo más extendido posible para calcular una medida exacta y también se realizarán dos medidas para más tarde calcular la media.

Es importante que el pie del bebé quede en ángulo de 90° y su cuerpo lo más horizontal posible.

- **Perímetro cefálico**

Medida que nos da un valor del porcentaje de masa cerebral. De esta forma, se establece un diagnóstico acerca del crecimiento neuronal.

En un RN a término, lo normal es un crecimiento de 0,5 cm semanales durante el primer trimestre de vida.

Esta técnica es muy importante para descartar patologías de forma temprana, ya que, un aumento de tamaño por encima de 1,25 cm a la semana, podría indicarla presencia de hidrocefalia o también una hemorragia intraventricular. Por el contrario, si no hay un aumento diario, podría tratarse de una microcefalia.

- Procedimiento

Se coloca al bebé en decúbito supino, se utiliza una cinta métrica que rodea la cabeza desde su frente hasta el punto de máximo perímetro craneal. Es importante que el inicio se realice de esta manera, empezando a medir en la frente del bebé, y que el final de la cinta acabe justo en el mismo sitio.

- **Perímetro de tórax**

El perímetro de tórax es utilizado según las recomendaciones de la OMS para casos en los que no sea posible pesar al RN.

Esta medida es capaz de obtener datos para clasificar el riesgo de morbi-mortalidad en neonatos.

Lo normal sería una medida por encima de los 29 cm, sin embargo, por el contrario, indicaría un estado de alto riesgo.

– Procedimiento

El RN se coloca en decúbito supino como el anterior procedimiento, y con los brazos apoyados.

Con una cinta métrica, desde la parte posterior de su cuerpo y hasta el pecho del bebé, más concretamente a la altura de las mamas, se comienza a medir el tórax. El final de la medición corresponde con el centro del pecho.

• **Circunferencia del brazo**

Se trata de un indicador directo con el grado de nutrición del neonato. Nos da información sobre el volumen de músculo y tejido graso del RN. De esta manera, podemos detectar casos de desnutrición de una forma muy rápida y sencilla y también comprobar el grado de crecimiento del sistema muscular que tiene ese individuo.

Una de las ventajas y facilidades que este factor tiene, es la sensibilidad ante los cambios que puede experimentar el bebé, es decir, un grado elevado de desnutrición, donde primero se va a observar, es a través de esta medida, por lo que es una de las medidas antropométricas más importantes, junto con el peso.

Se establece un crecimiento normal sobre los 0,5 cm semanales durante los primeros 3 meses de vida.

– Procedimiento

Se coloca al RN acostado en una superficie plana, con el brazo extendido horizontalmente. La mano debe quedar en posición de pronación.

Se utiliza para ello una cinta métrica, con la que se empieza a medir en la parte externa del brazo donde debe de finalizar dicha medida.

1.7 Profilaxis ocular

La profilaxis ocular es considerada una de las técnicas más frecuentes a realizar de forma cotidiana en un RN a lo largo de la primera hora de vida.

Las infecciones por transmisión sexual, son un factor de gran importancia de cara al niño en el momento del nacimiento, debido a que, en el canal del parto pueden alojarse ciertos microorganismos que al RN pueden llegar a producirles daños, en este caso oculares.

Especialmente, se conocen dos tipos de microorganismos patógenos capaces de producir cegueras en los RN, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Los controles y cribados por parte de las gestantes durante el embarazo, constituyen un método de prevención que podría reducir el riesgo de padecer conjuntivitis neonatal, evitando de esta manera, tener que realizarle la profilaxis ocular al bebé.

El inconveniente en este caso es, que las gestantes portadoras son asintomáticas, por lo que todo ello pasaría desapercibido, pero el riesgo en el niño puede llegar a ser grave, debido a esto, en casos en los que no se realice

un cribado materno y se asegure la ausencia de este riesgo, es imprescindible realizar la profilaxis al RN.

La conjuntivitis infecciosa, transmitida en el momento del alumbramiento, tras el paso por el canal del parto, tiene lugar entre el segundo y quinto día del nacimiento. Esta infección, si no es tratada a tiempo, puede llegar a la córnea, produciendo una ulceración, siendo el resultado final una ceguera, lo que se considera la mayor complicación de este proceso.

La incidencia en la actualidad es muy baja en países desarrollados, siendo aproximadamente desde 1,6% al 12%. El pronóstico depende de su agente causal, es considerada mucho más agresiva la infección por *Neisseria gonorrhoeae* que por *Chlamydia trachomatis*. (14)

En la antigüedad, la incidencia era mucho más alta, el 50% de los RN eran infectados y, por consiguiente, llegaban a padecer la ceguera.

No fue hasta el siglo XIX donde el Doctor Carl Franz Credé, implantó lo que se conoce hoy en día como la profilaxis neonatal, utilizó povidona yodada al 2,5% o nitrato de plata al 1%, disminuyendo el número de casos en un gran porcentaje.

Con el paso de los años, se observó que la eficacia no era completa, no era capaz de cubrir y solventar los dos tipos de infecciones, por lo que se emplearon otro tipo de profilaxis más adecuada.

Se sustituyó por tetraciclina al 1% y eritromicina al 5%, ambas son eficaces tanto para el gonococo como para la clamidia y están disponibles tanto en formato de pomada como en colirio unidosis.

A día de hoy, es muy sencillo tratar este problema, ya que forma parte de la práctica habitual en la atención sanitaria.

1.7.1 Procedimiento a seguir

- Como prevención inicial, se deben de realizar cribados y análisis a cada gestante, para detectar la presencia de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* y establecer las medidas correspondientes.
- Si esto no es posible, en el momento del parto, ya sea vaginal o por cesárea, durante la primera hora de vida del RN, se le administrará en la conjuntiva ocular, la pomada antibiótica o el colirio, evitando en todo momento, la separación o interrupción del CPP.
- Una de las ventajas que esto proporciona, es el bajo coste que supone y la ausencia de riesgos al bebé. Sin embargo, la mayor ventaja es la eficacia frente a la aparición de la conjuntivitis neonatal.
- Se recomienda el uso de pomadas o colirios unidosis para evitar el riesgo de contaminación y aumentar la fiabilidad de su tratamiento.
- Tras su administración, se deberá de evitar el uso de sueros u otras sustancias antisépticas en la zona, para no interactuar con el antibiótico y de esta forma garantizar su efecto completo.

1.7.2 Presentación clínica y tratamiento

Dependiendo del agente causal, se manifiesta en los primeros días de vida o en la primera semana de vida.

En el caso de infección por *N. gonorrhoeae*, la infección tiene lugar entre el 2 y 5 día de vida, mientras que la *C. trachomatis* es contraída a partir del 7 día de vida del RN.

Esta infección, se manifiesta como un cuadro bilateral de conjuntivitis aguda, quemosis profunda, con edema palpebral. También se observa una abundante secreción de moco y pus bastante llamativa. Es de vital importancia tratarla a tiempo, ya que, de no ser así, podría avanzar y convertirse en una perforación corneal.

Para tratar la oftalmia neonatal, se utiliza la antibioterapia con cefotaxima, puesto que es la más recomendable para niños de menos de un mes de vida, administrándose entre 25-50mg/kg/kg/día.

Por otro lado, en estos casos, es recomendable que los progenitores se realicen ciertos análisis para establecer un diagnóstico y poder evitar futuros contagios.

1.8 Prevención de la EHRN

El organismo de un RN se trata de un sistema que carece de madurez y especialmente en este caso, carece de depósitos de vitamina K o son bastante insuficientes.

Se conoce como enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN) al trastorno en el sistema de coagulación que tiene como déficit los factores dependientes de la vitamina K.

Esto es considerado un problema, debido que, tras esto se puede desencadenar hemorragias en el bebé si no es tratado adecuadamente.

Existen dos maneras de manifestación de las hemorragias (9):

- Clásica o precoz: se trata de la comúnmente denominada enfermedad hemorrágica del RN (EHRN). Tiene lugar en los primeros días de vida. Es la forma de manifestación más frecuente.
- Tardía: se manifiesta a lo largo de la segunda semana de vida. Es la forma menos infrecuente.

Para su prevención, se administra la profilaxis de Vitamina K en el momento del nacimiento.

Su forma de actuación es la siguiente:

- Se procederá en el momento en que el bebé esté en contacto piel con piel con la madre, para favorecer este procedimiento y evitar su interrupción.

- Se destapará cuidadosamente al RN y se administrará 1mg de Vitamina K (IM) en el muslo del niño y se volverá a tapar para evitar de esta manera la pérdida de calor.
- Si los padres lo desean, también puede ser administrado de forma oral. Esta forma, puede ser menos efectiva, además de tener que realizar varias tomas en un tiempo prolongado y seguir las recomendaciones del fármaco para asegurar la dosis correcta respecto al peso del bebé.
- La profilaxis IM, es la forma más eficaz, puesto que, con una única dosis, se ha comprobado que evita la aparición de la EHRN. Por otra parte, otro de los beneficios que tiene es la independencia en la relación de la dosis y el peso del niño.

Los factores de riesgo de esta patología vienen influenciados por el tipo de lactancia y la no administración de la Vitamina K.

- Se ha observado que, los bebés alimentados por lactancia materna tienen más riesgo de padecer la EHRN debido a que la leche materna no cubre esas necesidades de Vitamina K, y en comparación con la lactancia artificial que, si tiene esa ventaja, los niños alimentados de forma natural, son más susceptibles, por lo que se les debe de administrar la profilaxis. Por el contrario, si van a ser alimentados de forma artificial, no necesitarían su administración.
- La no administración de la profilaxis de Vitamina K, es un gran riesgo para el niño, ya que no tendrá esa defensa en su organismo, sobre todo si va a ser alimentado de forma natural.

1.9 **Fomentar lactancia materna**

La lactancia materna está reconocida como la mayor fuente de alimentación y protección en los primeros 6 meses de vida de un niño, mientras no exista ningún inconveniente en utilizarla.

Es recomendable iniciar la lactancia en la primera hora de vida, realizando el procedimiento con una técnica correcta.

La leche materna se considera la forma de alimentación ideal para un recién nacido y hasta sus primeros 6 meses de vida, puesto que, contiene los nutrientes necesarios para conseguir un desarrollo y crecimiento óptimo de todas sus estructuras, además de influir de forma positiva en el componente inmunológico del bebé, lo que les ofrece inmunidad frente a enfermedades. (15)

1.9.1 **Composición de la leche materna**

- **Agua**

La leche materna está compuesta casi en su totalidad de agua, siendo un 87%.

De esta forma, el lactante, obtendrá el agua necesaria para su correcta hidratación sin falta de administrar ningún suplemento adicional.

- **Minerales**

Los minerales son necesarios para el desarrollo del bebé en cuanto a protección.

Los de mayor importancia que ofrece la leche materna serían los siguientes:

- Calcio: es el mineral que se encuentra en mayor proporción en el cuerpo humano. Estructuras como los huesos y los dientes se componen de este mineral, por lo que es muy importante para el correcto desarrollo del niño un buen aporte de calcio. También interviene en la contracción muscular, en la coagulación, transmisión de impulsos nerviosos y activación de enzimas.
- Hierro: este mineral actúa de forma preventiva para evitar la aparición de la anemia en el RN.
- Sodio: niveles altos de sodio pueden acarrear problemas en el bebé, ya que no tiene las capacidades necesarias para su eliminación a través de los riñones, esto suele ocurrir en la lactancia artificial. Sin embargo, la leche materna tiene las cantidades necesarias de sodio para asegurar una correcta eliminación.

- **Vitaminas**

La leche materna ofrece las vitaminas necesarias para cubrir las necesidades del RN.

Se encuentran:

- Vitamina A: es la responsable de la protección ocular, prevención de las infecciones y el desarrollo completo de los tejidos.
- Vitamina B: el grupo B, se encuentra en una baja proporción, pero la justa para beneficiar al RN en el desarrollo del sistema nervioso y de los glóbulos rojos.
- Vitamina C: una de las ventajas de la lactancia materna frente a la artificial es que, la lactancia materna consta de una mayor cantidad de vitamina C. Se encarga de favorecer la absorción de hierro a través del intestino, de esta forma, actúa previniendo la anemia ferropénica en el RN.
- Vitamina K: Es de vital importancia para prevenir la EHRN. Los niños amamantados con leche materna, en ocasiones,

podrían estar exentos de la profilaxis de vitamina K en el momento del parto.

- **Proteínas**

Se estima que la leche materna tiene 1,2g de proteínas por cada 100ml de leche.

Las proteínas se encargan de la inmunidad del bebé y el desarrollo de las neuronas cerebrales.

- **Carbohidratos**

Otra de las ventajas que ofrece la leche materna, es la cantidad de carbohidratos que contiene.

Estos, son necesarios para el desarrollo del cerebro y también intervienen en la absorción de calcio.

Es muy importante adquirir una buena cantidad de carbohidratos en los primeros meses de vida, debido a que el cerebro en ese momento tiene un rápido crecimiento.

- **Grasas**

Intervienen en la termorregulación del bebé. Las grasas tienen un importante papel en cuanto a la energía.

La cantidad de grasas entre la leche materna y la artificial se encuentra parecido, pero la composición no es la misma, teniendo la leche materna más ácidos esenciales necesarios para el RN.

1.9.2 Contraindicaciones de la lactancia materna

Por seguridad tanto para la madre como para el bebé, se desaconseja dar lactancia materna cuando se den algunas de estas situaciones:

- Enfermedades:
 - SIDA
 - Herpes simple en el pezón
 - Cáncer mamario
 - Galactosemia del bebé
- Abscesos en la mama
- Drogadicción
- TBC materna
- Psicosis y trastornos mentales
- Medicamentos que se secreten a través de la leche materna
- Labio leporino y paladar hendido

1.9.3 Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna, es uno de los procesos más importantes en cuanto al vínculo madre-hijo.

Favorece el desarrollo del RN en todos sus ámbitos, le confiere un ambiente de bienestar y tranquilidad, mejorando sus constantes vitales, lo que se consigue de esta manera una buena adaptación a la vida extrauterina, también le ofrece protección mejorando su sistema inmune y, además, consigue estrechar la unión y comunicación con su progenitora. (16)

Para la madre también le garantiza ciertas ventajas, como una mejoría del dolor, una mejor involución uterina y mejora de la ansiedad.

– **Beneficios para el RN**

- Inmunidad: La primera toma de leche, es en forma de calostro, sustancia rica en proteínas, vitaminas y minerales, lo que le confiere al bebé anticuerpos necesarios para prevenir posibles infecciones futuras.
- Desarrollo cerebral y del sistema nervioso: la lactancia materna tiene propiedades nutritivas para mejorar estos sistemas aún inmaduros en el RN, ayuda al desarrollo de su sistema cognitivo, mejorando de esta forma, su inteligencia y habilidad.
- Prevención de la anemia: la leche materna es rica en hierro, por lo que los niños amamantados a través de este método no sufrirán esta patología.
- Protección frente a alergias
- Mejor desarrollo de la conformación de la boca y los dientes: a través de la succión, favorece la formación de una estructura más adecuada, haciendo que los dientes crezcan de una forma saludable.

En cuanto a su desarrollo en la etapa adulta, también tiene una serie de beneficios.

Varios estudios confirman la disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, debido a la relación existente de la lactancia materna con el nivel de colesterol y la presión arterial diastólica. Los bebés alimentados de manera natural, tienen un valor de 0,5 mmHg menor que los alimentados de forma artificial.

También se asocia con un menor riesgo de padecer DM tipo I. (17)

– **Beneficios para la madre**

- Anticonceptivo: la secreción de leche hace que se anule la ovulación, previniendo un posible embarazo.
- Involución uterina: la succión del pezón, estimula la liberación de oxitocina, hormona que regula y ayuda a que el útero vuelva a su posición natural.

- Estabilización del peso adecuado: amamantar supone un gasto de energía importante para la madre, sin embargo, el cuerpo ya está preparado para este paso, por lo que ese gasto, se realizará de las reservas ya creadas previamente, consiguiendo bajar de peso y poco a poco volviendo a la normalidad.
- Menor gasto económico: no requiere ningún gasto para fórmulas artificiales, y, además, conllevará menos visitas a centros sanitarios, tendrán menos patologías por tener una nutrición más completa y saludable.

1.9.4 Técnica y posición correcta para la lactancia materna

Para conseguir una buena lactancia, es muy importante realizar una buena técnica y saber colocar correctamente al bebé.

Si no se consigue una postura y agarre adecuado, puede acarrear problemas como un déficit en la alimentación del RN, lo que afectaría a su desarrollo y en cuanto a la madre, podría provocar ciertos problemas como mastitis, obstrucción, grietas... entre otras complicaciones.

A continuación, se adjunta una tabla donde se explica cómo debería de efectuarse de manera correcta la lactancia materna.

Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Madre relajada y cómoda	Hombros tensos, inclinados hacia el bebé
Bebé en estrecho contacto con la madre, cabeza y cuerpo alineados con el pecho	Bebé lejos de la madre, sin contacto en la posición adecuada
Movimientos de succión lentos y profundos con pausas	Movimientos de succión rápidos y superficiales
El bebé se relaja y también progresivamente los brazos y las piernas	Bebé intranquilo, nervioso e inquieto
Humedad alrededor de la boca del bebé	No hay humedad alrededor de la boca del bebé
El pecho se ablanda progresivamente	Pecho rojo, hinchado y doloroso

Figura 5. Adecuada lactancia materna. Elaboración propia.

Como indicadores de una buena lactancia, se establece que una demanda del bebé de 12 o más veces dentro de las primeras 24 horas, es signo de una buena ingesta. También una diuresis de 6 o más pañales a lo largo del día, es considerada aceptable.

Si la ingesta no es adecuada, tiene una serie de complicaciones tanto para el RN como para la madre, explicadas en la siguiente tabla. (16)

Riesgos para el bebé	Riesgos para la madre	Riesgos para la familia
Aumento del riesgo de enfermedades infecciosas	Aumento del riesgo de hemorragias e involución uterina más lenta	Aumento de los gastos económicos
Aumento del riesgo de enfermedades crónicas e inmunitarias		
Aumento de muerte súbita e hipertensión y algunos cánceres	Retraso de la vuelta al peso pre embarazo	Menor tiempo para atender a la familiar por el tiempo que conlleva la preparación de fórmulas y biberones
Aumento del riesgo de desnutrición		
Aumento del riesgo de maloclusión dental	Aumento del riesgo de cáncer de mama y ovario	Mayor ausentismo laboral de los padres
Aumento de ingresos hospitalarios	Aumento del riesgo de osteoporosis y fractura de cadera en la menopausia	Aumento de la cantidad de residuos y empeoramiento de la calidad ambiental
Dificultad para el desarrollo mental		

Figura 6. Adecuada lactancia materna. Elaboración propia.

2. VALORACIÓN ENFERMERA DE LA MADRE Y DEL NEONATO Y SU POSTERIOR TRASLADO A LA UNIDAD DE MATERNIDAD

Después del momento del alumbramiento, comienza el puerperio, periodo que tiene de duración aproximadamente de 6 a 8 semanas.

Este proceso abarca el tiempo en que el organismo vuelve a su estado normal, y a consecuencia de ello, aparece la primera menstruación post parto.

El puerperio consta de 3 etapas:

- Puerperio inmediato: comprende desde el momento de finalización del parto, hasta las primeras 24 horas.
- Puerperio clínico: desde las primeras 24 horas hasta el séptimo día.

- Puerperio tardío: va desde el octavo día hasta el inicio de la primera menstruación.

El personal de enfermería debe de realizar los cuidados necesarios comprendidos entre las dos primeras etapas durante la estancia en el hospital. Estos cuidados se realizarán con intervalos de tiempo progresivos según vayan pasando las horas durante el proceso.

Para ello, tanto la madre como el RN se quedarán en la sala de paritorios durante al menos 2 horas, puesto que, es el periodo de tiempo en el que pueden aparecer un porcentaje más elevado de complicaciones y se pueden solventar de forma más rápida.

Los cuidados de enfermería que se realizan en este momento son los siguientes:

- Toma de constantes vitales cada 15 minutos
- Temperatura cada hora
- Evaluar micción cada 30 minutos
- Evaluar grado de involución uterina cada 30 minutos
- Evaluar estado del periné a cada hora
- Evaluar estado de los loquios cada 15 minutos

Principalmente, los riesgos más frecuentes que se pueden presentar son cuadros hemorrágicos, riesgos tromboembólicos e hipertensivos.

Tras este periodo, después de comprobar que todo está correcto y que tanto el estado de la madre como del bebé es el apropiado, se procederá a su traslado a la Unidad de Maternidad. (18)

Una vez en la unidad, durante las primeras 8 horas, también se realizan cuidados por parte del personal de enfermería, sin embargo, la diferencia en relación con la sala de partos, radica en los espacios de tiempo con los que se realiza:

- Toma de constantes vitales cada 2 horas
- Temperatura cada 2 horas
- Evaluar micción cada 2 horas
- Evaluar grado de involución uterina cada 2 horas
- Evaluar estado del periné cada 3 horas
- Evaluar estado de los loquios cada 2 horas
- Evaluar estado mental cada 2 horas

A partir de este momento, y hasta que se proceda a realizar el alta hospitalaria, los cuidados a realizar aumentarán su intervalo de tiempo con respecto al anterior:

- Toma de constantes vitales por turno
- Temperatura por turno
- Evaluar micción por turno
- Evaluar grado de involución uterina por turno
- Evaluar estado del periné cada 12 horas
- Evaluar estado de los loquios por turno
- Evaluar estado mental por turno
- Evaluar estado de las mamas por turno
- Evaluar circulación venosa de las extremidades por turno

También se le deben explicar una serie de pautas a realizar a la madre durante su estancia hospitalaria, con el fin de disminuir los riesgos que se pueden presentar:

- ❖ En cuanto a la higiene, deberá tener especial cuidado, puesto que existe el riesgo de sufrir infecciones y, por otro lado, puede influir en los puntos de sutura previamente realizados. La pauta es una ducha diaria y cada vez que miccione o defaque y mantener seca la zona en todo momento.
Se realizará siempre de delante hacia atrás para evitar el paso de microorganismos a la zona de la vagina.
- ❖ Si precisa analgesia, se debe de asegurar que el fármaco es el indicado para no influir en la leche materna en caso de que así lo manifieste la madre.
- ❖ La dieta que se le adjudicará en primer lugar será una dieta rica en residuos para facilitar la evacuación de desechos a través del sistema digestivo.
- ❖ Antes de proceder al alta hospitalaria, se le explicará a la madre el procedimiento del cribado neonatal e hipoacusia que se le realizará a su bebé a las 48 horas post parto, se le proporcionará información acerca de los cuidados en el domicilio y se comprobará que se encuentra preparada para asumir el cargo.
Además, se le informará de ciertos indicadores de riesgo, con los cuales deberá acudir nuevamente al hospital:
 - Cuadros hemorrágicos
 - Fiebre por encima de los 38°C
 - Inflamación existente en extremidades inferiores, mamas o episiotomía
 - Cambio de olor en los loquios, generalmente llamativo
 - Problemas urinarios
 - Problemas respiratorios

3. CRIBADO NEONATAL E HIPOACUSIA

3.1 Cribado neonatal

El cribado neonatal, también llamado prueba del talón, se trata de un conjunto de procesos para detectar de manera temprana enfermedades endocrino-metabólicas ya adquiridos desde el nacimiento que, de no ser tratados adecuadamente de forma precoz, pueden desencadenar graves consecuencias al RN.

Estos trastornos pueden ser tanto físicos, como psicológicos o incluso afectar al desarrollo de ciertos órganos y estructuras.

Sin embargo, la incidencia de este tipo de enfermedades suele ser baja, además de reducir el riesgo mediante un tratamiento adecuado.

Este tipo de prueba en España se realiza de forma rutinaria a las 48 horas de vida y es diferente para cada comunidad, realizando diferentes estudios de enfermedades según la autonomía donde tenga lugar. (19)

– Cómo realizar el cribado neonatal

Esta prueba se realiza a las 48 horas tras el nacimiento, antes de realizar el alta del RN.

Para ello se necesita un consentimiento informado, firmado por sus padres o tutores legales del niño.

A la hora de realizar la técnica al RN, lo ideal sería establecer un contacto con los padres, ya sea mediante el tacto o el sistema auditivo para que les reconozca o tenerlo cogido en brazos, con esto se consigue disminuir la ansiedad del bebé y calmar su dolor.

También pueden utilizarse medidas para disuadirlo como la aportación de sacarosa o glucosa directamente en la boca del niño o la toma de leche materna justo antes del procedimiento.

Para llevar a cabo la técnica, el pie del RN debe estar situado más abajo con respecto al resto del cuerpo para favorecer la circulación sanguínea. Por ello, es aconsejable que los padres puedan sostenerlo en brazos, dejando las piernas visibles.

Para la desinfección de la zona, se utiliza alcohol de 70° o clorhexidina acuosa al 2% en los laterales del talón, evitando en todo momento la zona central para no dañar en el calcáneo las estructuras óseas o nerviosas importantes.

Se sujeta el pie del RN con nuestra mano no dominante de forma en que el talón quede visible y se realiza una pequeña fuerza para masajear y aumentar el flujo de sangre del pie.

Cuando el talón comienza a mostrarse con un color más vascularizado, con la mano dominante procedemos a realizar la incisión con una lanceta estéril, la cual está fabricada para no sobrepasar más allá del punto necesario y de esta manera reducir lesiones osteoarticulares.

A continuación, comenzará a salir la primera gota que deberá ser retirada mediante una gasa estéril para evitar partículas no necesarias en el análisis. La siguiente gota formada es la indicada, por lo que se deberá coger la tarjeta identificativa para realizar el cribado neonatal, en la que viene delimitada con círculos, las zonas a rellenar, que sirven como filtro para impregnar con la sangre del RN.

Se rellena cada círculo con cada gota que se va formando, evitando tocar con el talón dicha tarjeta, dejando que la gota caiga por gravedad.

Cuando esto haya finalizado, se comprobará la tarjeta por detrás para comprobar que los círculos han sido rellenados correcta y completamente.

Con otra gasa estéril se detendrá salida de sangre del talón.

Se dejará secar al aire a temperatura ambiente durante al menos 3 horas.

Cuando este tiempo transcurra, se meterá en un sobre con los datos del RN para enviarla y analizarla.

A continuación, se muestra una tabla donde figuran las enfermedades que se analizan de forma común en todos los territorios españoles y que se registran dentro de los programas del cribado neonatal en España.

Sin embargo, cada comunidad autónoma, actúa de forma diferente en cuanto a la detección.

Cada autonomía establece, además de las patologías mostradas en esta tabla que son comunes para toda España, otras diferentes, por lo que no existe una equidad en cuanto a la detección.

Tabla 1. Enfermedades incluidas en los programas de cribado neonatal (PCN) de todo el estado español (recomendaciones mínimas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)		
Enfermedad	Efectos del cribado (prevención)	Tratamiento
Hiperfenilalaninemia/ fenilcetonuria	- Retraso mental, convulsiones, encefalopatía	- Dieta restringida en fenilalanina - Tratamiento con BH4 en algunos casos
Aciduria glutárica tipo 1	- Retraso en el desarrollo, espasticidad, encefalopatía, coma, muerte	- Dieta restringida en proteínas - Carnitina
Déficit de β -oxidación de ácidos grasos de cadena media (MCADD)	- Hipoglucemia, convulsiones, coma, muerte súbita	- Tratamiento dietético rico en hidratos de carbono y sin exceso de grasas - Evitar el ayuno - Carnitina, en ocasiones
Déficit de β -oxidación de ácidos grasos de cadena larga (LCHADD)	- Cardiomiopatía, coma, muerte súbita	- Tratamiento dietético restringido en grasas de cadena larga, dieta rica en hidratos de carbono de absorción lenta, evitar ayuno - Suplemento de triglicéridos de cadena media y carnitina en algunos casos
Fibrosis quística	- Retraso en el crecimiento, enfermedad pulmonar crónica severa, muerte prematura	- Terapia nutricional, respiratoria (fisioterapia, antibióticos), según evolución
Anemia de células falciformes	- Anemia, ictericia, disnea, fatiga, episodios de dolor, infecciones severas	- Antibioterapia - Trasplante de médula ósea si es grave
Hipotiroidismo congénito	- Retraso mental severo - Retraso de desarrollo	- Hormona tiroidea
Deficiencia de biotinidasa	- Convulsiones, apneas, hipotonía, alteraciones cutáneas, alopecia, hipoacusia, retraso del desarrollo	- Suplementos con biotina oral toda la vida

Figura 7. Enfermedades incluidas en los programas de cribado neonatal del estado español. D. González-Lamuño Leguina, M.L. Couce Pico.

3.2 Hipoacusia

La audición sirve como herramienta para poder interpretar la información que recibimos del exterior, para poder comunicarnos y es a través de ella mediante la cual desarrollamos el lenguaje en los primeros años de vida.

Es la audición, la que permite la capacidad de comunicarnos y aprender a hablar durante la infancia.

Los RN tienen un sistema auditivo muy inmaduro y poco desarrollado, sin embargo, la cóclea, actúa de igual forma que en los adultos, es capaz de emitir las mismas vibraciones cuando reciben un sonido, aunque por su inmadurez, no son capaces de transmitir esa información al cerebro.

La hipoacusia se trata de una deficiencia a la hora de recibir ondas sonoras a través del oído, esta incapacidad puede ser total o parcial, unilateral o bilateral.

Se trata de un proceso que aumenta con el paso del tiempo si no es diagnosticado de forma precoz, pudiendo llegar a causar desde una pérdida leve de audición hasta una sordera completa. (20)

En cuanto a la etiología, las hipoacusias, generalmente suele tener un factor genético, ya que el 50-60% son heredadas de sus progenitores y alrededor de un 40% son producidas a lo largo de la vida del RN.

Dentro de las **hipoacusias heredadas de forma genética**, podemos observar varios tipos:

- ❖ Hipoacusia de herencia autosómica dominante: Se trata del 15% de las hipoacusias. Destacamos el síndrome de Treacher Collins y de Waardenburg.
- ❖ Hipoacusia de herencia autosómica recesiva: aquí la incidencia aumenta, siendo el 80% de los casos. Podemos destacar el síndrome de Usher y el síndrome de Pendred.
- ❖ Hipoacusia ligada al cromosoma X: tenemos el síndrome tipo Alport.
- ❖ Hipoacusia mitocondrial: como el síndrome de Kearns-Sayre.

En cuanto a las **adquiridas** después del nacimiento, los factores que las desencadenan pueden ser algunos de los siguientes:

- Traumatismo craneal
- Malformaciones
- Hiperbilirrubinemia
- Infecciones: herpes simple, rubeola, citomegalovirus, sífilis, meningitis bacteriana, paperas, mastoiditis y toxoplasmosis.
- Toxicidad por antibióticos

Dependiendo de la **zona donde afecten**, podemos hablar de diferentes tipos de hipoacusia:

- La hipoacusia bilateral, considerada un trastorno de la audición moderado, tiene una incidencia baja, siendo entre 1 y 2%.
- La hipoacusia unilateral, considerada un trastorno leve, solo afecta a un oído, sin embargo, tiene una incidencia mayor que la bilateral, afectando del 3 al 5% de los RN.
- La hipoacusia neurosensorial, es la de mayor incidencia, es una afección producida en la zona interna del oído, más concretamente en el nervio auditivo, incrementándose los casos hasta alcanzar una incidencia del 5 al 10%.

La OMS clasifica las hipoacusias por su gravedad. Esto se valora a través de los decibelios, medida para identificar el volumen del sonido, con ello, podemos comprobar la capacidad de audición del RN, mediante las llamadas otoemisiones acústicas que se explicarán a continuación.

Dependiendo del grado de intensidad que se pueda percibir, las hipoacusias se clasifican en cuatro tipos:

- Hipoacusia leve: es la hipoacusia que va de los 26 a los 40 dB. Intensidades por debajo de esos decibelios no serían capaz de detectarse.
- Hipoacusia moderada: va de los 41 a los 60 dB.
- Hipoacusia grave: de los 61 a los 80 dB.
- Hipoacusia profunda: sería la hipoacusia por encima de los 81 dB.

Esta detección se consigue a través de las otoemisiones acústicas mencionadas anteriormente, que son capaces de detectar el registro de la fisiología auditiva sin causar ningún tipo de daño al RN.

Se calcula a través de un aparato con una medida matemática, capaz de determinar si existe la patología auditiva o, por el contrario, el oído del bebé se encuentra sano.

Este aparato, se introduce en el oído externo del RN, y consta de dos partes, una, un altavoz que será el que emita el sonido que llegará al oído interno, donde la cóclea recibirá esas ondas sonoras y responderá a través de vibraciones que serán recogidas mediante la otra parte, el micrófono.

Este procedimiento es muy sencillo y su duración no excede los 2 minutos.

4. ALTA HOSPITALARIA

Para realizar el alta hospitalaria, se requiere una estancia determinada para la madre y para el RN, dependiendo del tipo de parto que se haya producido.

Esta estancia proporciona los cuidados necesarios para evitar todo tipo de complicaciones que se pueden presentar para ambos y un control exhaustivo para asegurar una buena calidad de vida en el bebé y en su progenitora.

Generalmente, en ausencia de incidencias, un alta hospitalaria tras un parto vaginal se realiza en torno a los dos días de dar a luz, sin embargo, un parto mediante cesárea, el tiempo se extiende hasta los 3-4 días.

En ocasiones, un alta realizado de forma precoz, tiene una tasa de reingreso hospitalario elevada.

La mayor parte de los reingresos, son causados por casos de ictericia, patología que no se puede observar con exactitud durante las primeras horas de vida del bebé, por lo que antes de realizar el alta, se debe de comprobar mediante un examen por parte del pediatra, todas las características fisiológicas del RN y realizar los procedimientos rutinarios de forma correcta.

La estancia en el hospital, pretende realizar los cuidados necesarios, procedimientos y técnicas para fomentar el cuidado íntegro del RN y de su progenitora, además de fortalecer el vínculo madre-hijo. (21)

También pretende asegurar una instauración de aprendizaje por parte de la madre para llevar a cabo los cuidados necesarios del niño, crear un ambiente apropiado para que pueda crecer de manera saludable en su domicilio con un buen apoyo familiar, aportarle información necesaria para establecer un conocimiento adecuado de las funciones a desarrollar, crearle seguridad para desenvolverse en el día a día, y sobre todo que el RN disponga de una buena alimentación.

Otro de los factores de riesgo que puede conllevar un alta precoz, además de la ictericia, es la deshidratación hipernatrémica neonatal por una inadecuada alimentación mediante lactancia materna.

Existen casos en los que la lactancia no se consigue tan rápidamente y se necesita más tiempo, por lo que con pocos días de ingreso no se realiza un buen proceso de amamantamiento. Para ello, se realizan controles de peso al RN tras el nacimiento y antes de realizar el alta, para comprobar que la pérdida no haya sido mayor del 10% que es lo que se considera normal en los primeros días de vida.

Por último, el alta médica se realiza tras unos exámenes y procedimientos que se le realizan al RN, para valorar su estado fisiológico, además se establecen una serie de **requisitos** que se deben de cumplir:

- Duración: la estancia hospitalaria tras un parto vaginal será de 48 horas, y de 72 a 96 horas si se ha producido por cesárea. Por lo que no se realizará el alta antes del tiempo establecido anteriormente para cada caso.
- Constantes vitales: se debe de realizar un control al menos durante las 12 horas antes de proceder al alta de los siguientes patrones:
 - *Temperatura*: lo ideal es una temperatura entre los 36,5 y 37,4°C.
 - *Frecuencia cardíaca*: entre 100 y 160 lpm.
 - *Frecuencia respiratoria*: por debajo de 60 rpm.
- Exploración médica del RN: por parte del pediatra, para asegurar una ausencia de cualquier patología o anomalía.
- Evaluación del estado de nutrición, hidratación y peso del RN.
- Evaluación tanto de las deposiciones como de las micciones realizadas: deberá realizar micciones de forma frecuente durante las primeras horas y al menos una eliminación de meconio.
- Lactancia: se deben de conseguir al menos dos tomas de forma adecuada, con una buena técnica, consiguiendo un buen agarre y succión por parte del RN.
- Comprobación del Rh del RN.
- Cribado neonatal y otoemisiones

- Aporte de información y pautas: para un adecuado conocimiento por parte de los padres, de las tareas y cuidados a realizar en el día a día del neonato.

Tras esto, se procederá a realizar el informe de alta.

5. ROL DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL PARTO

El papel que desempeña el personal de enfermería hacia la salud mental de la madre durante el proceso del parto tiene gran importancia para asegurar un buen proceso del mismo.

La gestación produce una serie de cambios tanto físicos como psicológicos en la mujer, lo que les crea sentimientos tanto positivos como negativos.

Estos últimos, se agravan en el momento previo al parto, el miedo, la seguridad y el nerviosismo aumenta, y es ahí donde el personal de enfermería tiene una labor de gran importancia.

El apoyo emocional y el acompañamiento de las enfermeras, incluye acciones capaces de solventar y atenuar problemas en la mujer, es una herramienta fundamental para conseguir que un parto se realice de forma exitosa.

Para la madre, el estado de incertidumbre e intranquilidad que experimenta durante la gestación, aumenta en el momento del ingreso hospitalario, el componente emocional se vuelve más vulnerable ya que se encuentran en terreno desconocido, alejados de sus seres queridos, en un proceso que no saben cómo van a experimentarlo y, además, su autonomía e intimidad se ven afectadas. (22)

La relación enfermera-paciente debe ser estrecha, debemos de generar un gran vínculo de confianza, de esta manera podemos garantizar el llegar a saber cada sentimiento que la persona experimente en cada momento.

Esto conlleva una serie de beneficios que influyen de manera positiva en el momento del parto:

- Manejo del dolor: en las contracciones uterinas, la mujer gestante sufre uno de los momentos más dolorosos del parto, sin embargo, el contacto físico que la enfermera le puede aportar, además de las indicaciones a realizar en ese momento y la relajación con técnicas de respiración, hacen que el grado de dolor disminuya y la experiencia sea más comfortable.
- Sensación de bienestar y comodidad: es muy importante crear un ambiente de comodidad y tranquilidad, para ello, la luz de la sala debe ser tenue, evitar ruidos, hablar de forma calmada y tranquila, ofrecer en todo momento recursos para la estabilización de la ansiedad generada, acompañar y, sobre todo, cuidar la intimidad de la persona.

- Confianza y seguridad: la enfermera responsable, debe tener la experiencia y la formación necesaria para llevar todo el proceso. Esto repercute de manera favorable a la gestante. En primer lugar, se establece un fuerte vínculo para proporcionar toda la atención posible, se le explicará como tendrá lugar el proceso transmitiendo la información necesaria y se aclararán todas las dudas que la paciente pueda tener. De esta manera, lo que se consigue es aumentar la confianza y la seguridad de la persona, efecto muy positivo para favorecer el parto.
- Control de constantes vitales tanto de la madre como del bebé: todo lo anterior descrito, ayuda a que la presión arterial disminuya, la frecuencia cardiaca y respiratoria se mantenga en un estado normal, lo que hace que el estado fisiológico tanto de la madre como del bebé sea el adecuado.

A consecuencia de todo ello, podemos observar que, la acción por parte del personal de enfermería en la sala de partos, tiene bastante repercusión. Es capaz de generar grandes beneficios mediante la empatía, el interés y el buen cuidado de la salud mental.

De esta forma se consigue una gran cantidad de ventajas que hacen posible disminuir el tiempo y trabajo para dar a luz, generan un bienestar que ayudan a reducir tanto los problemas físicos como psicológicos en la mujer y hacen que su experiencia sea positiva.

CONCLUSIONES

El recién nacido sano, consta de un organismo totalmente inmaduro, el cual necesita una atención rigurosa en sus primeros días de vida.

Por esta razón, el personal de enfermería encargado de su cuidado, requiere una formación y una experiencia adecuadas para solventar cualquier problema o circunstancia que se pueda plantear, así como asegurar una buena condición fisiológica del bebé y una buena adaptación a la vida extrauterina, realizándole controles y técnicas de carácter rutinario para garantizar de esta manera un buen desarrollo y crecimiento.

Por otro lado, también es el encargado de favorecer un ambiente tranquilo, relajante, sin ruidos, ayudando a la madre a disminuir su ansiedad, calmando su miedo, sobre todo si para ella es su primera vez. La persona a cargo debe transmitir seguridad, proporcionar información necesaria, explicando paso a paso lo que se va a realizar, y, sobre todo, debe de cerciorarse de que los padres tengan una buena formación, sabiendo aplicarla para el cuidado del niño en el momento del alta hospitalaria.

Por las razones previamente descritas, la función enfermera en el cuidado tanto del recién nacido como de su progenitora, es imprescindible para llevar a cabo un buen proceso y adaptación a esta nueva situación, además de ser los responsables de la detección de signos de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán AS, Ruiz YR, Jorge SS. Cuidados inmediatos de enfermería al recién nacido a término sano en la sala de partos. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021;2(11 (Noviembre)):3.
2. Marín Soria JL, González de Aledo Castillo JM, Argudo Ramírez A, López Galera RM, Pajares García S, Ribes Rubió A, et al. [Beginnings, evolution and current situation of the Newborn Screening Programs in Spain.]. *Rev Esp Salud Publica*. 23 de febrero de 2021;95:e202102041.
3. Montañez RAC, Prada DCB, Rivas EMC, Aldana MJG, García RMM, Ramírez KSR. Enfermera matrona: beneficios, competencias e intervenciones. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2021;18(2):96-110
4. Millán PA, Novell JF, Laadimat HE, Bagüés MZ, Tomás EI, Liarte LB. Termorregulación en el recién nacido pretérmino:: Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021;2(4):36.
5. Soler TG. El contacto precoz piel con piel en el recién nacido. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*. 2016;(112):19-21.
6. Rodríguez CM, Serrano MÁ del F, Serrano E del F. La importancia del piel con piel inmediato (artículo monográfico). *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021;2(2):64.
7. Funes M del MC, Burugorriá AJ, Garcés PCO, Buila RDB, Tazueco EV. Beneficios del contacto piel con piel. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021;2(10 (Octubre)):243.
8. Gesteiro E, Sánchez-Muniz FJ, Perea Ramos S, Espárrago Rodilla M, Bastida Codina S. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*. 2019;4(3):387-97.
9. Luna MS, Alonso CRP, Mussons FB, Urcelay IE, Conde JRC, López EN. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*. 2009;71(4):349-61.
10. Investigación RS. Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 13 de enero de 2023].
11. Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri A, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Benavente Fernández I, Sánchez Redondo MD, et al. Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 1 de junio de 2019;90(6):401.e1-401.e5.
12. Sanz López E, Sánchez Luna M, Rite Gracia S, Benavente Fernández I, Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri A, et al. Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido. *Anales de Pediatría*. 1 de octubre de 2017;87(4):235.e1-235.e4.

13. Cárdenas-López C, Haua-Navarro K, Suverza-Fernández A, Perichart-Perera O. Mediciones antropométricas en el neonato. Boletín médico del Hospital Infantil de México. junio de 2005;62(3):214-24.
14. Arellano Barriga GV, Salinas Mancheno FA, Páez Burbano GS. Oftalmia neonatal por gonococo causante de ceguera. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional. 2020;5(3):451-64.
15. Araguás Mora DJ, Ariño Rosó M, Minchot Ballarín J, Martínez Giménez A, Martínez Giménez B, Mora Alíns S. Lactancia materna. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(1):129.
16. Reyes Mera MK, Casanova Castillo MM, Guallpa Lema DF, Aguirre Mendoza JG, Santos Briones MA, Ponce Quijije LE. Cuidados del bebe recién nacido sano. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento. 2020;4(1):390-402.
17. Sáenz de Pipaón Marcos M. Lactancia materna. En: Libro blanco de la nutrición infantil en España, 2015, ISBN 978-84-16515-24-0, págs 89-94 [Internet]. Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2015 [citado 20 de febrero de 2023]. p. 89-94.
18. Chacon L. Libro cuidados enfermería puerperio. Academia.edu [citado 25 de marzo de 2023];
19. Castillo MC del, Cienfuegos IS. PRUEBA DEL TALÓN EN RECIÉN NACIDOS: ACTUALIZACIÓN. TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD. 2017;1(2):24-8.
20. Deyanova Alyosheva N, Figueres Castel S, García Hoyo G, Mazón García A, Sallán Ferrer BA, Clavero Ara L. Hipoacusia en recién nacidos: Diagnóstico y tratamiento. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(4):15.
21. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP). 2017;86(5):289-289.
22. Campos Quintero L, Vásquez Truissi ML. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. Revista Colombiana de Enfermería. 2021;20(1):1-13.