



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Emmanuel Cornelio Vázquez

Nombre del tema: Atención del recién nacido

Parcial: 2 parcial

Nombre de la materia: Enfermería del niño y adolescente

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcázar Velazco

Nombre de la licenciatura: Licenciatura en enfermería

Cuatrimestre: Quinto Cuatrimestre

ATENCION DEL RECIEN NACIDO

Cordón umbilical

Cuando el bebé nace, se corta el cordón umbilical y queda un muñón. El muñón debe secarse y caer cuando el bebé tiene de 5 a 15 días de edad. Mantenga el muñón limpio con gasas y agua solamente. Bañe también el resto de su bebé con esponja. No lo ponga en una tina con agua hasta que el muñón haya caído.

Deje que el cordón se caiga de manera natural. No trate de halarlo, ni siquiera si sólo pende de un hilo.

Vigile el muñón del cordón umbilical por si hay infección. Esto no ocurre con frecuencia, pero si pasa, la infección puede diseminarse con rapidez.



Aseo del recién nacido

Limpiar el cordón con una gasa mojada en alcohol de 70. Secar la zona y algo muy importante, no dejar gasa adherida alrededor.

Observar el color, el olor y si hubiera humedad.

Vigilar si hubiese secreción lagrimal espesa. Limpiar los ojos tres veces al día con suero fisiológico.

Mantener las mucosas nasales húmedas, aplicando 2-3 veces al día unas gotas de suero fisiológico. No hacerlo a presión.

Bañar a diario sólo con agua, incluida la cabeza. Secar por presión.

Dos veces por semana, diluir en el baño un gel sencillo y apropiado también para la cabeza.

Aplicar después del baño una loción hidratante hipoalérgica.

Las toallitas húmedas deben usarse lo menos posible y nada en cara y manos.

Los conductos auditivos no se limpian, tan sólo el pabellón auditivo pero no el conducto.



Postura

La posición decúbito prono tiene muchas ventajas para los recién nacidos prematuros, sin embargo, existe el riesgo de sufrir anomalías posturales y está asociada, durante el sueño, al Síndrome de Muerte Súbita Infantil. Esta postura facilita la oxigenación y disminuye el reflujo gastroesofágico, pero, debido al riesgo existente debe reforzarse con la monitorización de signos vitales. La correcta colocación de esta posición es con las rodillas dobladas debajo de las caderas; brazos flexionados, con las manos cerca de la boca, para facilitar la succión y con almohadilla escapular debajo de los hombros, ubicando el extremo de la almohada a la altura de la línea media mamilar, con los brazos alrededor, para evitar la retracción de los hombros y facilitar la pro tracción.

ATENCION DEL RN MECONIADO

Oxigenoterapia

- Vigilar el flujo de litro de oxígeno
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante a través de un sistema calificado y humidificado



El ambiente térmico que se genere será neutral. Mantener la temperatura corporal del neonato para evitar la hipotermia.

Se harán exámenes de laboratorio como, radiografías de tórax, bioquímicas, hemogramas, hemocultivos en caso de sospecha de infección, ecocardiografías además de gasometrías arteriales de forma seriada ya que con éstas se detecta las hipoxemias y retención de CO2.

La hemodinámica se debe monitorizar, la tensión arterial se hará mediante método invasivo. En casos de necesitar un FiO₂ 0.4 o para medir el pH, se recomienda la cateterización de la arteria umbilical.

Administración de expansores del volumen y medicación vasoactiva.

Se puede requerir una pseudoanalgesia con fentanilo.

Dependiendo de la estabilidad hemodinámica y la función respiratoria se dará alimentación enteral. Si no se puede, se alimentará vía parenteral.

Se puede reducir el empeoramiento del SDR administrando surfactante.

Registrar de forma horaria con el test de Silverman-Anderson, ya que si hay una aspiración pulmonar de meconio el niño se agrava a las 36 horas.

Para aquellos casos en el que se dude de aspiración meconial, el

Patrón respiratorio ineficaz R/C el síndrome de aspiración meconial M/P alteraciones en la profundidad respiratoria, bradipnea, disnea, aleteo nasal

- Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede
 - Realizar fisioterapia torácica, si está indicado
 - Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión
 - Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos
 - Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios
- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de la barbilla o empuje de mandíbula, si procede
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible



Realizar un flujograma de atención inmediata del recién nacido

