

Animate a publicar

El comienzo de un nuevo año editorial hace siempre crecer nuestras expectativas de logros y cambios.

Entendiendo que son años complejos, muchos de nosotros sentimos que enfermería está logrando un cambio de paradigma, de la mano de generaciones con experiencia que desean transmitir a los nuevos profesionales la importancia de la excelencia en los cuidados.

La escritura es un medio perfecto para lograr esa transmisión de conocimiento derribando a través de ella las grandes distancias o las dificultades de tiempo o espacio. Cuando uno escribe comunica además, sentimientos, emociones, y todo aquello que hace que podamos trascender a nuestra profesión. Es en definitiva algo que puede servirnos para ser ante los demás lo que somos ante nosotros mismos en la UCIN. Nos permite comparar y compartir.

La información científica se modifica constantemente haciendo que lo que teníamos como cierto ayer, hoy no lo sea y pierda vigencia y valor, esto hace imperioso mantenerse actualizado frente a los mayores desafíos que se presentan en la práctica clínica, los avances tecnológicos, la gestión de los cuidados, requiriendo esto un fuerte liderazgo, que logre un equipo motivado comprometido y responsable.

Por todo esto es importante para cada uno de nosotros y para nuestra profesión poder escribir y publicar. Contar y transmitir nuestra experiencia a través de artículos, investigaciones o actualizaciones nos permite trascender al trabajo cotidiano. Lo vivido con una familia en el ámbito del servicio, alguna patología en particular puede ser de mucha utilidad para otro colega en cualquier lugar del país.

El mundo globalizado impone la creación de redes y enfermería no está ajena a ello. La revista "Enfermería Neonatal" puede ser el medio para unir a todos los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de neonatología del país. Cuando se forma una red se generan sinergias que da como resultado mucho más que la suma de las partes. Las necesidades son muchas pero comunes a todos los que cuidamos recién nacidos, y lo que para algunos es un problema hoy, puede ser una solución ya encontrada para otros. Las mejores soluciones son las que surgen de un proceso de creación colectiva ya que contempla más aspectos.

Les reiteramos el pedido, que nos acerquen todo lo que consideren que debe y puede ser compartido con el resto de los colegas; descuenten que recibirán toda la ayuda necesaria en el proceso entre la idea de lo que quieren escribir y lo que salga publicado.

Esperamos su contacto a revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar y visiten nuestra página www.fundasamin.org.ar.

Comité editorial

Gestión y práctica de la Enfermería Neonatal (II Parte)

Lic. Liliana Corimayo¹, Enf. Carmen Vilca²

En esta segunda parte del artículo “Gestión y práctica de la Enfermería neonatal”, se comentará la sistemática utilizada para evaluar algunos Indicadores de calidad en la Unidad de neonatología de nuestro hospital en el año 2010.

Cuando se habla de calidad se hace referencia al logro de resultados esperados. En el Modelo de gestión centrado en el paciente, los resultados se miden en función de indicadores que permiten evaluar la actividad técnico asistencial, los resultados de salud, así como también la satisfacción del mismo con los servicios recibidos.

En nuestra institución la cultura de la calidad se comenzó a instalar desde sus inicios, en el año 2001 y la enfermería fue adquiriendo práctica en la definición de indicadores que permitieran valorar su accionar en el proceso de atención, como así también los resultados en el paciente.

Si bien dentro del proceso asistencial hospitalario todos los integrantes del equipo de salud realizan sus aportes para lograr resultados institucionales preestablecidos, la enfermería por las características de sus servicios participa activamente dentro de ese proceso con actividades propias y delegadas.

La identificación y evaluación de esas actividades es muy importante porque permite definir más claramente su accionar dentro del equipo de salud, responsabilizarse de ello y valorar su aporte como profesión.

En la Unidad de Neonatología, la práctica en la evaluación de indicadores ha permitido adquirir importantes aprendizajes.

Ellos son:

- a. La satisfacción del usuario
- b. El pase de guardia
- c. Los registros de enfermería

a. Satisfacción del usuario: Este es un indicador que se evalúa institucionalmente desde el año 2001, los resultados generales siempre han sido altamente satisfactorio (superiores al 95%). La dirección de enfermería propuso a partir del año 2008 evaluar este indicador por Unidad, con ítems específicos de la atención de enfermería. La Unidad de neonatología propuso la evaluación de los siguientes ítems:

1. Recepción inmediata al ingreso a la unidad
2. Identificación del personal de enfermería
3. Información proporcionada por el personal de enfermería
4. Atención diaria de enfermería
5. Aclaración de dudas por parte de enfermería
6. Trato del personal de enfermería

7. Recomendaciones al alta por parte del personal de enfermería.
8. Sugerencias de mejora

Los mismos fueron incluidos en una encuesta, realizada de forma anónima a las madres de los niños hospitalizados en la unidad de neonatología. Los resultados obtenidos en el año 2010 alcanzaron un grado de satisfacción del 92%, el cual estuvo por debajo del estándar definido (> 95%).

Del análisis de la información obtenida, surgieron como ítems a mejorar: “Atención diaria de enfermería” y “Recomendaciones al alta por parte del personal de enfermería”. Estos dos ítems no alcanzaron en el período un porcentaje de satisfacción superior al 90%, sin embargo el “Trato del personal de enfermería” fue altamente satisfactorio durante todo el período, alcanzando un promedio del 98% de satisfacción.

b. Pase de Guardia: Una de las características básicas de la atención de enfermería es la continuidad en el cuidado. Se encuentra expresado en la misión de la Dirección de Enfermería de esta manera:

“Nuestra Misión, es gestionar y brindar cuidados de enfermería oportunos, seguros y continuos a las personas que se atienden en esta institución, respetando la dignidad humana y los principios éticos, haciendo el mejor uso de los recursos disponibles y fomentando la capacitación permanente del personal”.

En concordancia con esta misión, la Unidad de neonatología fue pionera en la institución en lo que respecta a la protocolización del pase de guardia y la evaluación de su cumplimiento. El protocolo de Pase de Guardia incluye una Guía para la transmisión de la información de cada paciente durante la entrega de guardia. El cumplimiento de la misma es evaluado mediante observación directa del Pase de Guardia, utilizando como instrumento la Hoja Cotejo elaborada en función de la Guía del Pase de Guardia, que incluye los siguientes ítems:

1. Presentación del recién nacido(RN) por su nombre
2. Valoración general de su estado
3. Síntesis de su evolución en las últimas 24 h.
4. Valoración de la termorregulación
5. Valoración de la oxigenación
6. Valoración de la alimentación
7. Valoración de la eliminación
8. Informe sobre accesos vasculares
9. Indicaciones de enfermería
10. Informe sobre estudios realizados y pendientes
11. Informe sobre motivos y características de ingreso (si procede)
12. Informe sobre cuidados prequirúrgicos (si procede)

1- Supervisora de Docencia e Investigación del Hospital Público Materno Infantil, Salta, correo electrónico: lilicorimayo@yahoo.com.ar

2- Supervisora de la Unidad de Enfermería de Neonatología, Salta.

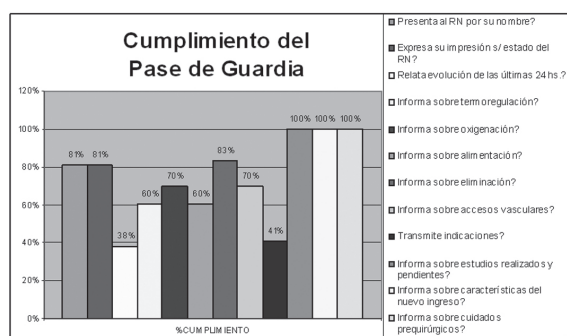


Gráfico 1: Cumplimiento de la guía de pase de guardia. Primer semestre, Año 2010. Fuente: Datos recabados en la Unidad de Neonatología HPMI, Salta 2010

Esta evaluación corresponde al primer semestre del año 2010 y el porcentaje de cumplimiento alcanzado fue del 68% para un estándar de: > al 60%. Cabe acotar que el estándar se va definiendo en base a resultados obtenidos en períodos anteriores. Se pretende ir superando los resultados alcanzados.

Si bien el resultado en este período fue satisfactorio, no se puede dejar de reconocer que hay ítems para mejorar y ellos son: Evolución de las últimas 24 horas (38%), Termorregulación (60%), Alimentación (60%), e Indicaciones de enfermería (41%).

c. Registros de Enfermería: La mejora de los registros de enfermería ha sido una preocupación permanente de la Dirección de Enfermería. Desde el año 2002 al 2006 la evaluación de los registros se centró en el cumplimiento de indicadores básicos:

- Identificación de la Hoja de Registro (Apellido y nombre del paciente, N° de H.C. y N° de Unidad de Internación).
- Firma y aclaración de la persona que realiza el registro
- Fecha y hora del registro
- Letra legible.

Estos indicadores eran auditados por el Comité de Historias Clínica y sus resultados no eran totalmente satisfactorios.

En el año 2006, la Dirección de Enfermería le dio un fuerte impulso a la mejora de los registros de enfermería. Las unidades realizaron un análisis crítico de sus formularios de registros y propusieron las modificaciones que consideraron pertinentes con la finalidad de que los registros de enfermería sean documentos fiables desde el punto de vista asistencial, estadístico, docente, de investigación y legal.

En la Unidad de Neonatología se propusieron modificaciones tendientes a reforzar la valoración de enfermería desde una visión integral y a complementar datos que no estaban presentes en el registro anterior. Se agregó un espacio destinado

al registro de alteraciones identificadas en el RN a nivel de piel, abdomen y sistema neurológico, y otros dos espacios para registro del sitio de entrada del catéter central y la presencia de visitas. La evaluación del llenado del nuevo registro se realizó de manera retrospectiva, tomando al azar las H.C. de RN hospitalizados en la Unidad. Esta evaluación arrojó los siguientes resultados:

		Cumplimiento
1.	Apellido del RN	100
2.	N° unidad	99
3.	N° de H.C.	92
4.	Fecha de registro	95
5.	Horario de control	99
6.	Signos vitales	94
7.	Ingresos / Egresos	85
8.	Acciones enf. y novedades	91
9.	Firma y aclaración	57
10.	Letra legible	73
11.	Identificación de alteraciones	51
12.	Sitio de inserción del catéter central	78
13.	Presencia o no de visitas	72

Tabla 1: Evaluación de registros de enfermería. Unidad de neonatología. HPMI. Primer semestre, 2010

En la [tabla 1](#) se muestra que de los trece ítems evaluados, los diez primeros corresponden a datos básicos y los últimos tres a los datos nuevos incorporados al Registro de enfermería. En conjunto se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 83%, para un estándar de > 80%.

De los ítems básicos se observa que Firma y aclaración y Letra legible son los que obtuvieron menor porcentaje de cumplimiento. Esto es coincidente con lo que ocurre en el resto de las Unidades del Hospital. Solamente las que se han iniciado en el uso de registros informatizados ha eliminado esta dificultad.

Los nuevos ítems incorporados, presentan un bajo porcentaje de cumplimiento. Considerando que los mismos son de fundamental importancia para el RN, se deberán analizar las causas y buscar estrategias para mejorar los resultados obtenidos.

Conclusión:

El conocimiento de la evolución de indicadores de procesos y resultados jerarquiza la función de enfermería dentro del equipo de salud, permite valorar el trabajo bien realizado y corregir lo que no se hace bien. El personal del nivel operativo, cuando comprende los beneficios de este sistema, deja de sentirse observado en lo particular y comienza a sentirse satisfecho por los logros y responsable de lo que se debe mejorar, para ello es de fundamental importante sociabilizar la información. El personal de conducción cuenta con una herramienta de gran valor que le permite tomar decisiones oportunas en busca de la mejora continua. De esta manera la gestión y la práctica de la enfermería se retroalimentan de manera permanente.

Bibliografía

1. Arroyo Gordo M, Dimensiones éticas en los indicadores de calidad de los cuidados enfermeros. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Ciudad Universitaria. Madrid. 2009.
2. Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness. Don Mills, Ont., Addison- Wesley, 1989.
3. García MP, Eserverri CC, López P, Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia. Rev. Enfermería intensiva 1998, Vol. 9, N° 3, Pág. 102-108.

Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto

Prof. Lic. Rose Mari Soria¹

Introducción

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia.

El rol de los enfermeros como profesionales del cuidado es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y la consolidación de roles de los progenitores, dado que son quienes tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje.

El alojamiento conjunto favorece la generación de un primer espacio de aprendizaje, donde acompañados por los profesionales del equipo de salud, los padres comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado futuro del recién nacido en el hogar.

Las acciones por lo tanto estarán dirigidas a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de sus padres, fomentarles hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas inherentes al autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud.

El vínculo entre la madre y su hijo se comienza a generar desde su concepción, desarrollándose a través de toda la gestación y el apego es un tipo de vinculación estrecha que caracteriza a una relación muy sensible entre la madre y el recién nacido. Las interferencias tales como separación temprana, circunstancias especiales no esperadas o las proyecciones de la madre, pueden alterar esa relación y afectar el desarrollo del neonato a nivel físico, emocional o social y verse reflejadas en su conducta y sus hábitos alimentarios.

Es importante fortalecer la autoestima de los padres para que se sientan capaces de ejercer su paternidad con responsabilidad y autonomía. Hay familias que se sienten cómodas de expresar sus dudas y problemas respecto del cuidado de su hijo y otras que no y una de las habilidades del profesional radica justamente en poder detectar estas características que le permitan brindar cuidado individualizado.

De esta manera, el ámbito del alojamiento conjunto es un espacio de múltiples interacciones donde es más beneficioso observar y acompañar sin interferir en los procesos que naturalmente van desarrollando las familias, ameritando nuestra intervención solamente aquellas circunstancias en las cuales detectamos dificultades, riesgos o conflictos en relación con el cuidado y la crianza.

Las familias, ya sea por experiencias anteriores o por ausencia de ellas, por su propia experiencia como hijos o las vivencias acontecidas en el seno de sus familias tienen un acervo al que

se remiten inexorablemente respecto de las cuestiones de crianza. Todo el espectro de representaciones acerca del cuidado desde el nacimiento está impregnado de las costumbres, pautas culturales, religiosas y sociales y tomen un nuevo significado al momento de ejercer un rol en la crianza de los hijos.

La relevancia de este conjunto de conocimientos previos es tal, que muchas veces los propios protagonistas no alcanzan a objetivar la fuerte influencia de los mismos en la cotidianidad. Es imprescindible que los enfermeros en el ejercicio de su rol de educadores, se interioricen del ideario subyacente en las familias afectadas a su cuidado para ayudarlas a construir su propio modelo de crianza.

A continuación, se abordan aspectos esenciales del cuidado de los padres y el recién nacido, con el propósito de aportar sugerencias fundamentadas acerca de los mismos y brindar una herramienta sencilla y comprensible de enseñanza para utilizar con los padres.

Vínculo

La forma de vincularse los padres con sus hijos es diversa de acuerdo a la cultura, pero en general tiene algunos ribetes similares en cuanto a redundar en la construcción y fortalecimiento de un espacio afectivo para el desarrollo de la personalidad y las cualidades propias del ser humano.

El vínculo primario es el del binomio madre hijo, a partir del cual el nuevo individuo sentará las bases afectivas que sustentarán su proceso madurativo emocional y el establecimiento de sus vínculos futuros. Por ello es fundamental preservarlo, fomentarlo y acompañarlo en la consolidación desde el nacimiento, todas las acciones de los profesionales de la salud realizadas durante el trabajo de parto y el nacimiento tienen que estar orientadas hacia ese objetivo primordial.

El contacto piel a piel inmediato precoz y prolongado es la mejor estrategia para el restablecimiento del vínculo en la vida extrauterina, generando beneficios a corto y mediano plazo para el binomio. El recién nacido regula temperatura rápidamente sobre el cuerpo materno, percibe nuevamente los latidos cardíacos maternos y puede iniciar la succión al pecho en un entorno seguro y comfortable; la madre segrega ocitocina que favorece el alumbramiento, la retracción uterina, disminuye el sangrado y favorece el inicio de la lactancia. Luego del nacimiento el traslado del binomio al alojamiento conjunto, con supervisión de un personal entrenado, permite que continúen en estrecho contacto y se previenen dificultades de identificación.

Durante la internación en la maternidad, es importante fomentar la pronta respuesta de los padres a las manifestaciones del recién nacido en demanda de apego; esto genera sensación de seguridad en relación a la satisfacción de sus necesidades. Fomentar en los padres la observación y el contacto visual en los momentos de vigilia durante el contacto físico en brazos, incluyendo progresivamente estímulos auditivos con el arrullo

1- Coordinadora del Área de Enfermería de FUNDASAMIN, Integrante del Comité Editorial de la Revista de Enfermería Neonatal, Docente de la Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral, correo electrónico: rmsoria@fundasamin.org.ar

y el habla, es una de las acciones prioritarias de enfermería para el cuidado del vínculo.

Alimentación

La alimentación de su hijo es tal vez uno de los aspectos que genera más dudas e inquietudes en los padres y especialmente en los más inexpertos, dado que es difícil percibir con certeza que esta necesidad está satisfactoriamente cubierta en un recién nacido. Si el neonato es activo, irritable o demandante la primera sensación de los padres es que su hijo no está siendo alimentado correctamente.

Es importante guiarlos acerca de algunos aspectos a observar y como actuar en consecuencia, para poder resolver adecuadamente las cuestiones alimentarias y fortalecer su autoestima en relación a la posibilidad de cubrir ésta necesidad básica de su hijo.

Recién nacidos amamantados

Cuando los padres tienen la decisión de amamantar es conveniente ofrecerles pautas claras y sencillas para favorecer la instauración de la lactancia y el amamantamiento eficaz. Los padres necesitan pautas orientadoras en los primeros días para poder organizar el cuidado de sus hijos y la nueva vida familiar.

¿Cómo saber que su hijo está alimentándose correctamente? El peso es una variable que no se mide en el hogar, de manera que observar la conducta y el aspecto general de su hijo es la mejor manera de que los padres puedan saber que está alimentándose correctamente. Es fundamental entonces enseñarles qué aspectos observar:

- **Actitud:** es un signo que informa del estado general del bebé: activo, somnoliento, desinteresado, demandante.
- **Succión:** la succión vigorosa es un signo saludable en un recién nacido y manifiesta su predisposición para alimentarse; la succión es más superficial y rápida al principio de la mamada y luego más profunda y lenta. Presencia de movimiento acompañado de carrillos y sonido al deglutir son signos de estar alimentándose adecuadamente.
- **Humedad de las mucosas:** la humedad de la mucosa de la boca es un signo de buena hidratación.
- **Sueño:** períodos de sueño muy cortos pueden indicar que el recién nacido no se alimenta satisfactoriamente.
- **Llanto:** el llanto débil así como el llanto muy frecuente es un signo de un bebé en malestar y esto en algunas oportunidades puede estar causado por problemas alimentarios.

En el cuadro se presenta una guía para que los padres de recién nacidos amamantados, puedan complementar la observación general y estar alertas ante modificaciones que puedan ser motivo de consulta.

	Día de nacimiento	24 h de vida	48 h de vida	Egreso al hogar
Comidas	0-6 veces	6-8 veces	8-12 veces	mínimo 8 veces
Orina	1-2 veces	4 veces o más	6 veces o más	6-8 veces o más
Deposiciones	0-1 vez	1 vez o más	2 veces o más	4 veces o más

Cuadro 1: Frecuencia estimativa de comidas y eliminación del recién nacido

La demanda de comidas aumenta progresivamente con las horas de vida y en general a las 48 h experimenta un pico máximo que precede a la bajada de leche de la madre, luego de esto el recién nacido experimenta mayor saciedad porque

aumenta el volumen y cambian las características de la leche materna. La observación de la frecuencia en la alimentación y eliminación en el recién nacido es una valiosa herramienta para los padres a la hora de evaluar la alimentación de su hijo.

Es de utilidad ofrecer a los padres recomendaciones generales para amamantar al recién nacido:

- Utilizar una posición cómoda recordando cambiarla periódicamente para favorecer el drenado del pecho y liberar la zona de presión de la boca del bebé en la aréola.
- Observar la posición del bebé y adhesión de la boca al pecho.
- Permitir que el bebé tome de un pecho hasta quedar satisfecho y cuando realice una pausa prolongada ofrecerle el segundo pecho; puede que en esa instancia el recién nacido se encuentre satisfecho y ya no quiera continuar succionando. Progresivamente la mayoría de los bebés comienzan a tomar del segundo pecho. La posibilidad de ofrecer alternativamente uno y otro pecho previene la congestión mamaria.
- Dar la posibilidad que el bebé decida cuando finalizar la mamada, dado que se separa del pecho o disminuye notoriamente el interés en la succión.
- Modificar ligeramente la posición del recién nacido al finalizar la mamada, facilita que si hay aire en el tracto digestivo pueda movilizarse y salir al exterior. No es beneficioso percutir ni mover vigorosamente al bebé para forzar este proceso, si con la maniobra habitual no hay eructo es porque el bebé no tiene aire para eliminar.
- Ofrecer el pecho a libre demanda del bebé durante el día y la noche.

Recién nacidos alimentados con fórmula

Los padres de los recién nacidos que se alimentan con fórmula necesitan ser entrenados en la preparación y administración correcta de la misma y también en la valoración de la eficacia de la alimentación de sus hijos. Respecto de la orientación para la observación del recién nacido, pueden utilizarse las mismas pautas ofrecidas a los padres de los recién nacidos amamantados, con algunas variantes que surgen de las diferencias existentes entre la alimentación natural y la artificial.

Los recién nacidos alimentados con fórmula pueden presentar en forma habitual todas o algunas de las siguientes manifestaciones:

- Períodos de sueño más largos ocasionados por mayor saciedad dado que la fórmula permanece más tiempo en el estómago y el tiempo de vaciamiento gástrico es mayor. La leche materna es rápidamente digerida y evacuada del estómago y provoca despertares más frecuentes del recién nacido.
- Deposiciones menos frecuentes y más consistentes relacionadas con el tiempo de vaciamiento gástrico y la ausencia en la fórmula de flora bacteriana como el factor bifidus.

Cuidados en el fraccionamiento de fórmula líquida:

- Verificar integridad del envase y fecha de vencimiento.
- Abrir el envase según indicaciones del fabricante.
- En el caso del envase de cartón hermético verter el contenido en un biberón estéril, rotular y cerrar. Es importante reforzar este aspecto a los padres para prevenir contaminación de la fórmula con elementos

provenientes del contacto de la lámina interna de aluminio del envase con el aire. El envase está diseñado para conservar el líquido mientras está herméticamente cerrado no una vez abierto, por otra parte un envase abierto predispone a proliferación de gérmenes en el producto.

- Fraccionar las porciones con el volumen para cada toma o bien extraer el volumen cada vez previo lavado de manos.
- Conservar en la heladera durante las 24 h posteriores a la apertura del envase y luego descartar.

Cuidados en la preparación de fórmulas en polvo:

- Verificar fecha de vencimiento del envase.
- Alistar todos los utensilios: biberones, tetinas, tapas.
- Preferentemente preparar el volumen para 24 h evitando la manipulación excesiva del contenido del envase y anticipándose al momento de demanda del recién nacido.
- Lavado de manos previo a la preparación.
- Usar biberones con tetinas y tapas previamente esterilizados.
- Realizar la preparación según indicación médica o instrucciones del envase.
- Utilizar agua calentada a 70°C y enfriada.
- Colocar en un biberón estéril la cantidad de agua necesaria para la dilución (ejemplo: 100 cc, 200 cc).
- Agregar el polvo con la medida que trae el envase para tal fin, cargando la medida al ras (ejemplo: tres medidas rasas, seis medidas rasas).
- Tapar el biberón con tapa y agitar para homogeneizar.
- Rotular con fecha y hora.
- Guardar en la heladera, no congelar ni colocar en el freezer.
- Utilizar la fórmula dentro de las 24 h de preparada.
- Cada vez que va a alimentar al bebé retirar un biberón con fórmula y verter en otro biberón estéril la cantidad correspondiente a la toma.
- Refrigerar rápidamente el resto de la preparación.
- Lavar los biberones con agua y detergente, cepillar el interior del envase y enjuagar generosamente.
- Dejar secar por escurrimiento o con un paño limpio exclusivo para tal fin.
- Esterilizar los biberones una vez al día para garantizar el número necesario para las 24 h.

Se pueden ofrecer distintas alternativas en cuanto a la esterilización en el hogar y depende en todos los casos de los recursos de la familia. Hay disponibles en el mercado esterilizadores para microondas, pastillas desinfectantes para diluir en agua, esterilizadores eléctricos y sigue siendo efectiva para el hogar la opción de esterilización por ebullición. Los diferentes métodos de esterilización son específicos para determinados materiales y favorecen la duración y utilidad de los mismos de manera que para la elección del método hay que seguir las instrucciones del fabricante.

Es necesario que los profesionales que están afectados al cuidado de familias conozcan el funcionamiento, así como las ventajas y desventajas de los accesorios disponibles en el mercado para el cuidado del recién nacido, la alimentación artificial o la lactancia de manera de poder asesorar a los padres respecto de la necesidad real, el uso, el cuidado y la prevención de riesgos. De igual modo, es imperioso desarrollar habilidad para generar estrategias que permitan el reemplazo eficaz y seguro de dichos elementos, cuando las familias no cuentan con los recursos suficientes para adquirirlos.

Cuidados en la administración de fórmula

La cantidad está estipulada según indicación médica para garantizar un volumen mínimo y un volumen máximo, es uno de los aspectos a definir antes del egreso al hogar, de manera que los padres tengan un marco de referencia flexible. De acuerdo a la experiencia de los padres puede resultar poco segura esta pauta y entonces dividirles el volumen total de las 24 h en un número de tomas determinado los ayuda a manejarse correctamente.

Las características del bebé orientarán respecto de ofrecer periódicamente o respetar la demanda y para ello es fundamental la observación de los padres y el conocimiento que adquieran de su hijo día tras día.

Respecto de los elementos para administrar la fórmula, hay en el mercado gran variedad de biberones y tetinas; resultando difícil para los padres la correcta elección de alguno de ellos. Para asesorarlos al respecto resulta útil conocer la disponibilidad del mercado local. Un aspecto fundamental es la regulación del flujo de salida de líquido, que se logra mediante las roscas para tetina con cuatro posiciones o el número de orificios de la tetina que varía de uno a cuatro. Para un recién nacido se comienza con uno o dos orificios o la tetina en posición uno, se avanza en la medida que aumenta el volumen a administrar y la capacidad del bebé de manejar efectivamente ese volumen.

Durante la alimentación con fórmula, el recién nacido debe permanecer sostenido en brazos, en un ángulo de treinta grados, evitando el decúbito dorsal en plano completamente horizontal. La posición para alimentar con biberón reviste importancia en la prevención de infecciones del oído ocasionadas por el contacto del líquido que puede filtrarse durante la deglución.

Si bien los recién nacidos amamantados en muchas oportunidades lo hacen acostados junto a su madre, la leche materna en contacto con el oído no produce infecciones por el contenido inmunológico de la misma.

Concientizar a los padres acerca de la importancia de los cuidados en la preparación y administración de fórmulas los ayuda a prevenir riesgos y complicaciones que con frecuencia se presentan como consecuencia de un manejo inadecuado.

Temperatura

Los recién nacidos sanos y de término suelen regular la temperatura rápidamente en el período de transición, a pesar que en los neonatos los mecanismos de ganancia y pérdida de calor tengan limitaciones para contribuir a la termorregulación, la mayoría de ellos logra desempeñar satisfactoriamente ésta función vital.

Los padres deben recibir información acerca de los cuidados a implementar en la cotidianeidad para favorecer la termorregulación de su hijo así como las acciones a realizar en el caso que se presenten dificultades con éste aspecto.

Enseñarles a los padres a tomar la temperatura a su hijo y los límites de normalidad de la misma es una alternativa para prevenir riesgos en el bienestar del recién nacido, es importante tener en cuenta que los padres cuenten con el recurso del termómetro en el hogar y que puedan realizar una lectura certera evitando intervenciones derivadas de apreciaciones erróneas.

Respecto de los límites de normalidad es apropiado que los padres comprendan que tanto el límite inferior como el límite

superior no son la situación ideal para permanecer el recién nacido, de manera que en esas instancias implementar medidas sencillas contribuye a que su hijo modifique el parámetro y si no se logra el objetivo en corto tiempo, es motivo de consulta inmediata. En la educación a los padres sobre cuidados para la termorregulación es importante poner énfasis en:

- Mantener una temperatura ambiente alrededor de los 23°C.
- Evitar el exceso de abrigo al bebé.
- No apoyarlo sobre superficies frías.
- Evitar el contacto del recién nacido con las corrientes de aire, así como su exposición directa a calefactores, acondicionadores de aire o ventiladores.
- Realizar el baño del recién nacido preferentemente en el lugar más cálido de la casa, con corto tiempo de inmersión y secado rápido y vigoroso.
- Si está frío al tacto, o el control de temperatura con termómetro está por debajo del límite inferior recomendado, desvestirlo y colocarlo sobre el cuerpo materno o paterno en contacto piel a piel hasta que se recupere. Controlarlo nuevamente a los 15 minutos de contacto para ver la tendencia.
- Si está caliente al tacto, o el control con termómetro está por encima del límite superior recomendado, desabrigarlo y controlarlo en quince minutos para ver la tendencia. El baño puede facilitar la pérdida de calor en esa situación.
- Si en cualquiera de estas dos circunstancias antes mencionadas, el recién nacido no recupera la temperatura a valores dentro de la normalidad al cabo de una hora, es motivo de consulta.

Higiene

La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort.

El cambio de pañal es recomendable realizarlo frecuentemente de manera de proteger y preservar la integridad de la piel. Es habitual que los padres tengan dudas acerca del momento oportuno para hacerlo en relación con el momento de la alimentación y es preciso explicarles las ventajas y desventajas en cualquiera de las instancias ([Ver Cuadro 1](#)).

Antes de alimentar el cambio de pañal conjuntamente con la higiene del cordón estimula el alerta activo del recién nacido, constituye entonces una estrategia útil para los bebés que no demandan alimento espontáneamente o muy somnolientos.

Otra posibilidad es realizar el cambio de pañales luego de alimentar dado que por las características del sistema digestivo de los recién nacidos, suelen tener deposiciones mientras se alimentan o inmediatamente después de hacerlo. Cuando el cambio de pañal y la higiene de cordón se realizan luego de la alimentación, hay posibilidades de que el recién nacido regurgite de manera que hay que preparar a los padres para que ante la posible ocurrencia de este evento no se alarmen, alentándolos a que movilicen al bebé en forma lenta y lateralicen la cabeza del niño en caso de regurgitación. La higiene de los genitales se realiza de acuerdo a las pautas generales de cuidado de la piel que se detallan en este mismo apartado; es importante recomendar la higiene por arrastre. Enfatizar a los padres que en el caso de las niñas realizar la higiene genital de arriba hacia abajo evita la contaminación de la vagina y la uretra con gérmenes del tracto intestinal; en el caso de los varones realizar la higiene sin movilizar el prepucio pero limpiando cuidadosa-

mente la zona del meato uretral. Al cerrar el pañal dejar fuera el muñón umbilical y evitar ajustar en exceso las cintas adhesivas para no comprimir el abdomen. La elección del tipo de pañales dependerá del recurso económico familiar; es aconsejable que si son descartables sean sin perfume y evaluar que las zonas elastizadas no lesionen la piel. Si se usan pañales de tela fijarlos con nudo o una banda adhesiva, desaconsejar el uso de alfileres para la fijación y el uso de lavandina para el enjuague de los pañales. Respecto de la selección del tamaño adecuado para cada recién nacido los pañales descartables suelen venir identificados en el paquete de acuerdo al peso del bebé; es importante verificar que al colocarlo y cerrarlo el borde superior no exceda la línea del ombligo para mantener el muñón umbilical al exterior y para evitar comprimir la parrilla costal comprometiendo la mecánica respiratoria.

El cuidado del cordón en el hogar es una actividad que los padres realizarán cada vez que cambien el pañal de su hijo. Para poder realizarlo en forma correcta tienen que conocer todos los aspectos relacionados con la evolución normal del mismo, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar.

Hay que explicar a los padres que la higiene habitual del cordón umbilical es importante para evitar que se infecte, que no produce dolor en el recién nacido porque es tejido sin terminaciones nerviosas y el malestar del bebé durante el procedimiento se relaciona con el contacto del líquido frío en la piel circundante.

La higiene se realiza limpiando el cordón con gasa estéril humedecida en alcohol al 70%, tomándolo desde la punta del muñón o desde el clamp, frotando con movimiento ascendente desde la base hacia arriba en el trayecto de todo el muñón umbilical. Es importante traccionar suavemente del muñón para que en la base la piel se separe del mismo y permita la correcta limpieza por arrastre, para eliminar las secreciones y la humedad.

El muñón umbilical, con el correr de los días va modificando su aspecto reseccándose y endureciéndose hasta caerse; este proceso lleva entre ocho y catorce días. Una vez que se produce la caída hay que continuar con iguales cuidados en el ombligo hasta que cicatrice completamente. El olor fétido, rubor y calor alrededor del cordón o la persistencia del muñón más allá de los 14 días de vida son motivo de consulta inmediata.

Es importante que los padres tengan claridad acerca de cuestiones cotidianas que pueden generarles dudas acerca de si contribuyen o retrasan la caída del cordón. Una Revisión de la Base Cochrane de 2008, evidencia que el baño del recién nacido, no perjudica la normal involución del tejido del muñón umbilical si se procede al secado cuidadoso luego del mismo ni predispone a infecciones si se lleva a cabo con medidas de higiene adecuadas.

De igual modo, la evidencia muestra que la higiene con alcohol es beneficiosa para prevenir infecciones, pero no acelera directamente el proceso de secado ni caída del cordón y recomienda tener en cuenta el entorno socio económico y nivel de escolaridad de la madre, a la hora de elegir una forma de cuidado del cordón.

Los recién nacidos sanos tienen mecanismos que aseguran que sus cavidades permanezcan limpias siempre y cuando no se encuentren cursando algún proceso que produzca secre-

ciones. El estrato ciliar del epitelio que tapiza las coanas y el conducto auditivo es muy denso y por lo tanto no es totalmente eficaz en su función de barrido; tiene un gran número de células caliciformes que favorecen a la producción de moco.

Es importante educar a los padres al respecto dado que introducir elementos tales como torundas de algodón prensado u otro tipo de elementos para la limpieza de los orificios puede provocar lesión de la mucosa y mayor producción de secreciones por reacción irritativa de la misma.

El baño del recién nacido es uno de los momentos más gratificantes y esperados por los padres, de manera que hay que animarlos a realizarlo en forma adecuada y segura.

Es un cuidado de confort e higiene que puede realizarse diariamente pero que no es estrictamente imprescindible. El recién nacido aún no transpira con eliminación de sustancias sebáceas, ni realiza actividades donde pueda ensuciarse, de manera que no existe una necesidad de frecuencia diaria de baño por lo menos en el primer mes de vida. Para que puedan llevarlo a cabo en forma adecuada es importante que cuiden algunos aspectos tales como:

- La temperatura ambiente: reforzar todas las recomendaciones antes mencionadas para cuidar la termorregulación y sugerir realizarlo en el lugar y horario más cálido de la casa.
- Preparar todos los elementos que vaya a necesitar para no tener que desplazarse ni dejar solo al recién nacido en ninguna instancia del procedimiento.
- Constatar la temperatura del agua con el antebrazo para que sea agradable, evitando así quemaduras por excesivo calor o enfriamiento del recién nacido por baja temperatura.
- Utilizar el baño de arrastre bajo chorro de agua o de inmersión en recipiente de uso exclusivo para el baño del bebé.
- Para bañar al bebé por arrastre sostenerlo apoyando el tórax sobre el antebrazo, fijándolo a la altura de las axilas y utilizando la otra mano para masajear la piel y separar pliegues.
- Para bañar al bebé de inmersión preparar el agua en el recipiente y sumergirlo lentamente, sostenerlo con una mano firme en la nuca y la otra bajo la zona glútea, una vez que esté sumergido hasta el tórax y apoyado sobre el fondo, liberar la mano que sostiene la zona glútea para proceder a masajear la piel y separar los pliegues.
- Al realizar baño por inmersión, higienizar antes y fuera de la bañera los genitales si es necesario, para evitar contaminar el agua con deposiciones.

Corte de uñas

Las uñas son anexos de la piel y como tales se han constituido embriológicamente en forma conjunta. Al nacer se observan frágiles y al cabo de los primeros días de vida comienzan a quebrarse o cortarse en hebras, dejando asperezas que pueden autolesionar al recién nacido.

No es recomendable el corte de uñas en esta instancia, porque se corta parte de la piel a la que están adheridas y puede producirse infección. Es factible tomar alguna medida para evitar los rasguños, protegiendo las manos con los puños de la ropa o corrigiendo las asperezas con una lima suave.

Recomendaciones generales para el cuidado de la piel del recién nacido

- El agua es el único líquido para la higiene que no daña la piel del recién nacido.

- Para higienizar los genitales utilice lavado con agua tibia por arrastre o con algodón humedecido. El óleo calórico es una sustancia apta para aplicar en la zona genital del recién nacido en forma eventual cuando no cuente con disponibilidad de agua para la higiene; el uso rutinario y continuo del mismo no se recomienda dado que, bajo la capa oleosa residual que permanece en la piel luego de su aplicación, pueden proliferar gérmenes.
- Aplicar cremas, aceites o talcos sobre la piel del recién nacido puede generar reacciones graves por contacto, de manera que su uso está desaconsejado. Los productos a base de alcohol se absorben fácilmente por la alta permeabilidad de la piel y resultan tóxicos para el neonato; se recomienda no utilizar perfumes, colonias ni lociones.
- En caso de usar jabones elegir los que no contienen colorantes, perfumes y con pH neutro.
- Lavar el cabello con agua sola o utilizar el mismo jabón neutro que para el cuerpo.
- Los productos de higiene instantánea que hay disponibles en el mercado, como las toallitas humedecidas, no son recomendables para la piel del recién nacido. Reserve su uso para luego del primer mes de vida, como alternativa cuando no dispone de agua para la higiene (ej: salidas, viajes).

El corte de cabello en el recién nacido es una cuestión estética que plantean algunas familias. Esta práctica no es recomendable dado que implica una agresión a la piel del cuero cabelludo que permanece muy sensibilizado luego del parto. El cabello contribuye a la termorregulación, protegiendo la cabeza que es una zona de alta vascularización y amplia superficie corporal.

Eliminación

El recién nacido normal una vez que comienza a eliminar orina tiene una diuresis variable que los padres pueden evaluar de manera sencilla de acuerdo a sus características y frecuencia (ver frecuencia de micción según días de vida en el cuadro 1 en el ítem correspondiente a alimentación).

La orina del recién nacido es inicialmente concentrada y pueden visualizarse en el pañal manchas color ladrillo que denotan la presencia de uratos. Esta situación es normal en las primeras 48-72 h de vida y mejora espontáneamente con la bajada de leche de la madre, cuando el neonato comienza a incorporar mayor volumen de líquido, a partir de esa instancia la orina se observa diluida.

Las deposiciones evolucionan desde el nacimiento hasta que se instala la lactancia materna, alrededor de las tres semanas pos nacimiento.

El meconio se acumula en el intestino del feto durante la vida intrauterina; luego del nacimiento es la primera deposición del neonato, de color verde oscuro negruzco, consistencia espesa pegajosa. Está compuesto por agua, lípidos, proteínas, precursores del colesterol, ácidos grasos libres, productos de la deglución del líquido amniótico, células epiteliales, bilis y secreciones intestinales. Su eliminación en condiciones normales comienza luego del nacimiento dentro de las primeras 24 – 36 h y permanece hasta que se elimina totalmente y comienzan las deposiciones de transición coincidentemente con el principio de la bajada de la leche materna y los cambios en el sistema digestivo que esto provoca en el recién nacido.

Las deposiciones de transición tienen un color amarillo dorado, aspecto líquido desagregado y un olor ácido característico, suelen ser frecuentes y explosivas como consecuencia del proceso fermentativo de la leche materna. Esto en muchas ocasiones genera la presencia de gases en el intestino causando malestar y dolor cólico. Es importante manifestarle a los padres que esta etapa es parte del proceso madurativo normal del intestino de un recién nacido que se resuelve espontáneamente cuando aparecen las deposiciones definitivas, no se medica y puede mejorarse con medidas de confort como el posicionamiento.

Las deposiciones definitivas se presentan en etapa de lactancia instalada; son heces más consistentes y pastosas; la frecuencia de eliminación es menor que las deposiciones de transición pero variable de un recién nacido a otro dado que comienza a definirse un patrón de eliminación individual.

Estas deposiciones permanecen hasta que se incorpora la alimentación complementaria.

El ritmo evacuatorio de los bebés amamantados es un signo de que están recibiendo adecuadamente el pecho y por las características de la leche materna tienen escasa tendencia al estreñimiento o alteraciones evacuatorias. En los bebés alimentados con fórmula hay que controlar la frecuencia y estar atento a las modificaciones del patrón evacuatorio dado que puede sugerir necesidad de cambios de concentración, volumen o tipo de fórmula, previa revisión de la técnica de preparación y administración.

Sueño

El sueño del recién nacido ocupa entre dieciocho y veinte horas de las veinticuatro del día, durante el mismo es necesario establecer algunas medidas de protección para preservar la salud y el descanso del bebé.

Los cuidados para el sueño del recién nacido, están orientados a prevenir eventos de riesgo de vida asociados al sueño como el síndrome de muerte súbita del lactante y se basan en las características anatómicas fisiológicas del sistema respiratorio y la capacidad de respuesta del sistema nervioso.

El tono muscular del cuello del recién nacido es mínimo lo que lo hace incompetente para el sostén de la cabeza, lo cual es una pauta madurativa completamente normal en esta etapa de la vida.

Las estructuras de los órganos ubicados en el cuello están conformadas por cartílago escasamente consolidado por lo tanto tienen poca estabilidad y son fácilmente colapsables ante cambios mínimos de posición del cuello. La forma de preservar dichas estructuras en un plano seguro, es el decúbito dorsal sobre una base firme.

Un recién nacido sano neurológicamente, en decúbito dorsal, tiene posibilidad de respuesta lateralizando la cabeza ante la situación de vómito evitando la bronco aspiración.

Los ambientes que no son excesivamente cálidos, así como la lactancia materna favorecen los despertares frecuentes del recién nacido y esto constituye en sí mismo un factor protector frente a eventos adversos relacionados con el sueño.

Recomendaciones para el sueño seguro

- La temperatura del ambiente no debe superar los 23°C.
- No fumar en el ámbito donde vive o duerme un recién nacido.

- La posición correcta para dormir el recién nacido es decúbito dorsal.
- La superficie de la cuna donde se apoye al recién nacido debe ser rígida evitando que el cochón se hunda.
- No usar almohada.
- Acostar al recién nacido con los pies apoyados en el fondo de la cuna de manera que no pueda desplazarse más allá.
- Evitar el exceso de abrigo al recién nacido.
- Cubrir con la ropa hasta la altura de las axilas dejando los brazos por fuera de la misma.
- Retirar de la cuna juguetes, almohadones y cualquier objeto que pueda caer sobre el recién nacido obstruyendo la vía aérea.
- Lactancia materna.
- Ofrecer chupete una vez instalada la lactancia.

Observando los cuidados descritos anteriormente la familia puede dormir mientras lo hace el recién nacido minimizando los riesgos de accidentes durante el sueño.

Prevención de accidentes

En la etapa neonatal los accidentes dependen de las medidas precautorias del cuidador dado que los neonatos no deambulan y tienen limitado desplazamiento por esta misma razón las medidas de seguridad en el hogar son más sencillas de implementar. Es conveniente trabajar con los padres desde la internación conjunta en la forma segura de realizar los procedimientos habituales de cuidado de su hijo.

- El sitio más seguro de permanencia de un recién nacido es en brazos de su cuidador o en la cuna. Evite colocarlo en mesadas, camas u otras superficies y de ser así permanezca junto a él.
- Es desaconsejable realizar otras actividades con el recién nacido en brazos como cocinar, planchar o beber líquidos calientes.
- No es aconsejable dejar al recién nacido a cargo de otros menores.
- Los recién nacidos no deben permanecer con las mascotas sin supervisión de un adulto.
- Alejar la cuna de los recién nacidos de fuentes directas de calor o frío.
- Constatar siempre la temperatura del agua a utilizar para la higiene del recién nacido con la cara interna del antebrazo que es una zona sensible.
- Antes de higienizar o cambiar al recién nacido preparar todos los elementos que necesarios al alcance de la mano para no tener que trasladarse a buscarlos.
- Durante el baño sostener al recién nacido por debajo de las axilas con la cabeza apoyada sobre el antebrazo; de esta manera se garantiza que no se deslice bajo el agua; realizar el resto de las maniobras con la mano hábil.
- Al retirar de la bañadera o pileta apoyarlo en una toalla sobre una superficie cercana y envolverlo rápidamente para secarlo.
- Desestimar el uso de cordones, cintas ni cadenas en el cuello, brazos o piernas del recién nacido, dado que pueden ceñirse y obstruir la entrada de aire o la circulación.
- Los alfileres o prendedores con punzante en la ropa del recién nacido pueden causar lesiones por lo cual no son elementos seguros para usar.
- La administración de líquidos, alimentos (miel, azúcar), tisanas u otras sustancias está completamente desaconsejada. Los medicamentos requieren indicación precisa del pediatra para su administración y receta

emitida por el profesional.

- La forma segura para que los recién nacidos viajen en automóvil, es en el asiento trasero en silla para tal fin, con sistema de fijación o porta bebé fijado con cinturones de seguridad. Para la eventualidad de tener que trasladarse en forma inminente y no contar con la silla, el recién nacido viaja en el asiento trasero en brazos del cuidador. Es importante vigilar la posición del cuello para evitar obstrucción de la vía aérea por hiperextensión o flexión. La silla de viaje debe fijarse en la parte posterior del asiento delantero del acompañante, posicionada de manera tal, que el bebé quede enfrentado hacia la luneta trasera del vehículo. Los recién nacidos no deben permanecer solos en el vehículo.
- Implementar todas las medidas para el cuidado del sueño seguro que se detallan en el ítem anterior

Signos de alarma

Los padres como cuidadores primarios necesitan orientación respecto de cuando consultar en forma inmediata para resolver oportunamente situaciones emergentes o hacerlo en forma telefónica o programada evitando así los riesgos de salidas precipitadas y de potenciales intervenciones diagnósticas innecesarias.

Al egreso al hogar, los padres deben conocer los aspectos a observar y vigilar en su hijo recién nacido que amerite concurrir rápidamente al centro de atención más cercano.

Signos del recién nacido ante los cuales los padres deben consultar inmediatamente:

- Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal (color azulado, violáceo o palidez).
- Dificultad para respirar.
- Temperatura axilar fuera del límite de normalidad pautado.
- Rechazo del alimento.
- Ausencia de deposiciones por más de 72 h.
- Ausencia de orina por más de 18 h.
- Rodete enrojecido en la zona del cordón umbilical.
- Olor fétido en el cordón umbilical.
- Coloración amarillenta de piel y/o conjuntivas oculares.
- Letargo.
- Llanto incoercible.

Control de niño sano

El control del niño sano tiene como principales objetivos evaluar el crecimiento y desarrollo del mismo, la adaptación de los padres en su rol de cuidadores principales y la detección de riesgos potenciales en cualquiera de los aspectos relevantes a la salud integral del niño.

El cronograma de consultas programadas para un recién nacido es individualizado y depende de un conjunto de factores que incluyen los antecedentes perinatales, el peso y la edad gestacional, la situación de salud del binomio al momento del alta, el entorno familiar y la accesibilidad a los servicios de salud.

En general dentro de la primera semana de vida es apropiado generar un encuentro entre los padres y el pediatra de cabecera, a fin de evaluar la marcha del binomio en los primeros días, detectar dificultades potenciales y comenzar el plan de seguimiento.

Hay situaciones puntuales donde los recién nacidos y su familia requieren de un control a las 24 - 48 h luego del egreso

por ejemplo:

- control de la evolución del color en presencia de ictericia incipiente,
- control de peso si egresó con un porcentaje de descenso cercano al 10%,
- control de técnica de alimentación por dificultades puntuales detectadas en la internación conjunta,
- evaluar situación materna en función de la lactancia si egresó sin bajada de leche.

Durante el primer mes de vida es recomendable el control del recién nacido en forma semanal, quincenal durante el segundo mes y mensual a partir del tercer mes y hasta el sexto mes de vida.

En la medida que los padres y el pediatra generen una relación de confianza y se afiancen mutuamente en el rol, el cronograma sugerido de consultas se ajustará de acuerdo a las necesidades de la familia y la evaluación del profesional.

Visitas y salidas

Los recién nacidos cubren todas sus necesidades afectivas en estrecha vinculación con sus padres y no es imperioso para su inserción en el entorno otro tipo de vinculaciones.

Quienes disfrutan de los beneficios de socializar a su hijo recién nacido con otras personas son los padres, de manera que, trabajar con ellos todo lo relacionado a un manejo criterioso de las actividades sociales con su hijo, es un capítulo importante en la educación para el egreso al hogar con vistas a la prevención y protección de la salud del recién nacido.

La presencia de muchas personas en el ámbito del recién nacido predispone a excesivo ruido, manipulación y riesgo de infecciones, máxime en época invernal. Los padres deben regular esta afluencia ejerciendo su rol con el convencimiento de estar velando por la salud y el bienestar de su hijo; para ello es importante brindarles algunas pautas que les permitan estar alertas e implementar medidas preventivas y de cuidado en el hogar.

Una charla amena exponiendo las razones de la limitación es tranquilizadora y razonable para familiares y amigos, y a la vez posiciona muy bien a los padres sobre todo cuando es su primera experiencia parental.

Hay situaciones donde la colaboración por parte de familiares o amigos es necesaria para los padres. Para que resulte ser útil y beneficiosa la ayuda externa debe estar orientada a cuidar a los padres realizando para ellos actividades tales como limpieza, trámites, preparación de alimentos, acondicionamiento de ropa, de manera de facilitar que el cuidado directo del recién nacido siga estando a cargo de los padres.

En época invernal el riesgo de las infecciones respiratorias se incrementa y a pesar de tener escasa sintomatología en los adultos o niños mayores, pueden ser altamente nocivas para el recién nacido que tiene un sistema inmunológico vulnerable y una vía aérea que lo predispone a la obstrucción.

En época estival las infecciones que por contacto pueden generar procesos gastrointestinales son las más frecuentes.

Recomendaciones para padres en relación al manejo de las visitas en el hogar

- Limitar las visitas al círculo afectivo mínimo.
- Evitar un número de más de dos personas en simultáneo en contacto con el recién nacido.
- Todas las visitas se lavarán las manos con agua y jabón común al ingreso al hogar.
- No interrumpir el sueño del recién nacido.
- Alimentar al recién nacido y cubrir sus necesidades básicas de acuerdo a su demanda y sin interferencias.
- Las personas con procesos respiratorios en curso no pueden ingresar al hogar donde hay un recién nacido.
- Evitar que diversas personas tengan en brazos al recién nacido.
- Evitar que besen al recién nacido, estornuden y/o tosan cerca del mismo.

Respecto de las salidas:

- Limitar las salidas a las mínimas indispensables; ejemplo: control médico.
- Elegir de preferencia los lugares al aire libre en horarios de temperatura agradable.
- No exponer al recién nacido al sol directo.
- Evitar las corrientes de aire.
- Evitar los espacios cerrados con mucha afluencia de público: shopping, supermercado, espectáculos públicos, reuniones sociales.
- Evitar los lugares donde se fuma o hay mucha contaminación ambiental

Inmunizaciones

El calendario de inmunizaciones es de cumplimiento obligatorio para la adecuada protección del niño, razón por la cual el Estado asume el control, la administración y el costo de la ejecución del mismo.

Es fundamental educar a los padres respecto de la importancia de las inmunizar a su hijo en tiempo y forma así como alentarlos a manifestar las inquietudes que puedan tener al respecto.

El recién nacido de acuerdo a la legislación vigente debe recibir al nacer 1ª dosis de vacuna anti hepatitis B y completar con las dosis siguientes al mes y al sexto mes de vida, según calendario nacional oficial de vacunaciones (Ver Cuadro 2). La vacuna BCG puede recibirla antes de cumplir los veintiocho días de vida excepto que egrese a un entorno de riesgo donde haya presencia de individuos con TBC activa.

El motivo por el cual algunas maternidades optan por vacunar precozmente a los recién nacidos con BCG, es cumplir con la cobertura en caso que la población tenga limitada accesibilidad luego del alta.

Cuidados de los padres en el alojamiento conjunto

Durante la estadía en la maternidad los padres, al igual que su hijo recién nacido necesitan ser cuidados, tal cual lo postulan los principios del cuidado centrado en la familia. Para que sus necesidades se vean satisfechas y las posibles complica-

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LA REPÚBLICA ARGENTINA 2011

2º semestre del 2011

Edad	BCG (1)	Hepatitis B (HB) (2)	Neumococo Conjugada	Pentavalente (DPT-HB-HB) (3)	Cuádruple (DPT-HB) (4)	Sabin (OPV) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Gripe	Hepatitis A (HA) (7)	Triple bacteriana Celular (DPT) (8)	Triple bacteriana Acelular (dTap) (9)	Doble bacteriana (dT) (10)	VPH (11)	Doble viral (SR) (12)	Fiebre Amarilla (FA) (13)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) (14)
Recién nacido	Única dosis [A]	1ª dosis [B]														
2 meses			1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis										
4 meses			2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis										
6 meses				3ª dosis		3ª dosis										
12 meses			3ª dosis [C]				1ª dosis	Dosis Anual [D]	Única dosis						Única dosis	
18 meses					1º Refuerzo	4ª dosis										
24 meses																
5-6 años (Ingreso escolar)						Refuerzo	2ª dosis			2º Refuerzo						
11 años		Iniciar o completar esquema [E]					Iniciar o completar esquema [E]				Refuerzo		3 dosis (sólo niñas) [F]			
A partir de los 15 años																Única dosis
16 años												Refuerzo [G]				
Cada 10 años												Refuerzo			Refuerzo	
Embarazadas								Dosis Anual								
Puerperio								Dosis Anual [G]						Única dosis [H]		
Personal de Salud		3ª dosis						Dosis Anual			1 dosis [I]					

(Consultar al médico acerca de las vacunas que deben recibir los niños que comenzaron su vacunación según el calendario anterior)

[A] Antes de egresar de la maternidad.

[B] En las primeras 12 horas de vida.

[C] Si no hubiera recibido el esquema completo. Aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los 6 meses de la primera.

[D] Previene la meningitis, neumonía y sepsis por neumococo.

[E] Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una de Triple viral más una dosis de Doble viral.

[F] Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

[G] Madres de niños menores a 6 meses deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.

[H] Se indica a personal de Salud que atiende niños menores de 1 año.

[I] Los que comenzaron el plan dTap les corresponderá este refuerzo a los 21 años.

[J] La vacuna contra el VPH está indicada solamente para niñas de 11 años. Aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los 6 meses de la primera.

(1) BCG Tuberculosis (formas invasivas)

(2) HB Hepatitis B

(3) DPT-HB-Hib: (Pentavalente) difteria, tétanos, Tos convulsa, Hep B, Haemophilus influenzae b.

(4) DPT-Hib: (Cuádruple) difteria, tétanos, Tos convulsa, Haemophilus influenzae b.

(5) OPV: (Sabin) vacuna para poliomielitis oral.

(6) SRP: (Triple viral) sarampión, rubéola, paperas.

(7) HA (Hepatitis A).

(8) DPT: (Triple bacteriana) difteria, tétanos, Tos convulsa.

(9) dTap (Triple bacteriana acelular).

(10) dt (Doble bacteriana) difteria, tétanos.

(11) VPH: vacuna contra el virus del papiloma humano.

(12) SR: (Doble viral) sarampión, rubéola.

(13) FA: (Fiebre amarilla) una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

(14) FHA: (Fiebre hemorrágica argentina) una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

VACUNARSE ES SER SOLIDARIO:
te protege contra muchas enfermedades
a vos y a quienes te rodean.



ARGENTINA
Con vos, siempre.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Más información
www.msal.gov.ar
vacunas@msal.gov.ar
0800-222-1002

ciones puedan detectarse y se resuelvan precozmente, es imprescindible la presencia, en el área de alojamiento conjunto, de enfermeros comprometidos y capacitados en su rol.

La anticipación ante signos de alarma y la canalización oportuna de inquietudes facilita el diagnóstico y la resolución de problemas en tiempo y forma. Esto favorece la confianza de los padres en el equipo de salud y promueve una adecuada comunicación entre los padres y Enfermería. Al momento de los profesionales relacionarse con las familias y sus hijos, hay algunos aspectos importantes a tener presentes:

- Conocer los antecedentes perinatales.
- Presentarse y explicitar la franja horaria en la que estaremos a cargo.
- Llamar al recién nacido por su nombre.
- Incentivar el vínculo.
- Fomentar la observación de las señales de su hijo.
- Incluirlos en todas las actividades relacionadas con el cuidado de su hijo.
- Utilizar lenguaje acorde para facilitar la comprensión
- Favorecer en todas las oportunidades el aprendizaje incidental.
- Enseñar acerca de cuidados básicos, signos de alarma y resolución de problemas frecuentes.
- Valorar la comprensión y apropiación de las pautas de cuidado ofrecidas.

- Capitalizar experiencias anteriores de los padres.
- Detectar referentes cercanos para generar marco de contención.
- Citarlos para el seguimiento o referirlos a un prestador habitual.
- Fortalecer su autoestima como padres.
- Despejar toda inquietud referente a su hijo en tiempo y forma.
- Facilitar material escrito sobre aspectos relevantes de fácil comprensión.
- Solicitar colaboración a otros integrantes del equipo interdisciplinario de áreas específicas (psicólogos, asistentes sociales).

Los enfermeros del área materno infantil, estamos presentes en un momento de alto tenor emocional para la familia, como es el nacimiento de un hijo. Esto constituye un privilegio y conlleva la responsabilidad profesional inherente al cuidado de esa familia en situación vulnerable poniendo en juego todo el conocimiento y las habilidades para promover un vínculo saludable, hábitos seguros de crianza y cuidado de salud.

Es una valiosa oportunidad de hacer visible y jerarquizar el rol educador del enfermero ante la comunidad. Desde el punto de vista de sanitario, trabajar en la educación de las familias es una efectiva estrategia de promoción y prevención en salud, que impacta a largo plazo y trasciende en beneficios para la sociedad en su conjunto.

■ Bibliografía

1. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE; Pacifier and Breastfeeding Trial Group. ¿Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? J Pediatr. 2009;155 (3):350-4.
2. Zupan J, Garner P. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2008
3. Fescina RH, Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Abreu M, Camacho V, Schwarcz R. Salud sexual y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP-OPS.Montevideo.2008.
4. Departamento de inocuidad de los alimentos, zoonosis y enfermedades de transmisión alimentaria de la OMS. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: Directrices. OMS. Ginebra. 2007.
5. Grupo asesor para la prevención de infecciones respiratorias de las vías aéreas bajas. Campaña de prevención de las infecciones respiratorias agudas ¿Cómo prevenir las infecciones respiratorias en el bebé? Abboth Argentina.2007. Disponible en: <http://www.respiratoriasbebe.org/descargas.html>.
6. Larguía M, Lomuto C, Gonzáles MA. Guía para transformar las Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién nacido y su familia. 2006.
7. Ladewig P, London M, Moberly S, Olds S; Enfermería maternal y del recién nacido. Mc Graw – Hill – Interamericana. 5ta ed. Madrid. 2006.
8. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Preparación integral para la maternidad. Guías para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Ministerio de Salud de la Nación.2005.
9. Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Weisburd MJ, García O, Galimberti A, Queiruga M. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.
10. Jenik A. Ceriani JM. La alimentación a pecho como factor de prevención para el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: acuerdos y controversias. Arch. Argent. Pediatr 2004;102(4); 277-286.
11. Beccar Varela C. Ayuda profesional para la lactancia. Parallel. Buenos Aires.2003

12. Comisión Asesora de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de la Nación. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. Editorial UNICEF. 2002.
13. Jenik A. Colecho y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: una relación conflictiva. Arch Argent Pediatr 2001; 99(3):228-232.
14. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. Nuevas recomendaciones para la disminución del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Arch. Argent. Pediatr 2000;98(4):239-243.
15. John H. Kennell, MD, and Marshall H. Klaus, PhD. Bonding: recent observations that alter perinatal care. Pediatrics in Review, Volume 19, Number 1, January, 1998
16. Winnicott, D. Los bebés y sus madres. Cap. 4. Barcelona. Paidós. 1998.
17. Brazelton, B., Bertrand, C. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Colección Biblioteca de Psicología Profunda. Buenos Aires. Paidós. 1993.
18. Musen, P.H., Conger, J.J., Kagan, J. Desarrollo de la personalidad en el niño. 3ª ed. Colección Biblioteca Técnica de Psicología. México. Trillas. 1991.
19. Kennell, J., Voos, D., Klaus, M. "Parent Infant Bonding" in Handbook of Infant Development. John Wiley & Sons Ltd. New York. 1979.
20. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, et al: Maternal attachment: Importance of the first postpartum days. N Engl J Med. 1976; 286: 460 – 463.

Hiperglucemia en los recién nacidos prematuros: qué sabemos, qué hacemos

Decaro MH, Vain NE, Hyperglycaemia in preterm neonates: what to know, what to do, Early Hum Dev. 2011 Mar; 87 Suppl 1:S19-22. Epub 2011 Jan 26.

Comentado por la Lic. Guillermina Chattás¹

Resumen

La hiperglucemia neonatal es una complicación frecuente en los recién nacidos de muy bajo peso. Las causas mas frecuentes incluyen administración de altas concentraciones de glucosa, situaciones de estrés y sepsis, enterocolitis necrotizante, tratamientos quirúrgicos, y la administración de drogas como drogas vasoactivas y metilxantinas. La definición apropiada no es conocida. La hiperglucemia está asociada al incremento de la mortalidad y mayor morbilidad asociada. Hay insuficientes estudios randomizados que ayuden a decidir a que recién nacidos hay que tratar y no hay suficientes datos sobre la farmacocinética de la insulina en estos pacientes tan vulnerables.

Comentario

El artículo se refiere a un problema muy frecuente entre los recién nacidos prematuros que reciben infusiones endovenosas de glucosa durante la primera semana de vida: la hiperglucemia. Existen muchas controversias acerca del adecuado manejo de esta entidad, y de evaluar sus consecuencias a largo plazo.

La hiperglucemia se puede definir desde distintas perspectivas: desde una perspectiva puramente estadística, teniendo solo en cuenta el valor numérico de la glucemia y desde una perspectiva clínica-funcional.

Desde el punto de vista estadístico, la hiperglucemia puede definirse con un valor de glucemia mayor a 125 -150 mg % en recién nacidos de término. Existen variaciones si la muestra se toma en sangre entera o en plasma. Si la muestra se toma en sangre entera el valor considerado como hiperglucemia es 15% mayor a que si es tomado en plasma.

Desde el punto de vista clínico-funcional se considera a la hiperglucemia como una respuesta fisiológica para mantener el metabolismo cerebral en situación de estrés. En esos casos se administra insulina cuando el recién nacido presenta glucosuria con diuresis osmótica y deshidratación. En general este cuadro se presenta cuando los valores son mayores a 180 mg %.

La causa mas frecuente de hiperglucemia se presenta en RNPT de muy bajo peso cuando se administra glucosa en exceso.

Frecuentemente estos recién nacidos también pueden presentar hiperglucemia por presentar sepsis, enterocolitis necrotizante, hemorragias cerebral y en el posoperatorio secundario a estrés. Frecuentemente es un signo prodromico de infección a candida y aparece 2-3 días antes de otros signos clínicos.

La incidencia varía en la literatura entre 20 y 80%.

La fisiopatología de la hiperglucemia es compleja y se presenta una conjunción de factores interrelacionados como inmadurez hepática y pancreática, incremento de catecolaminas, estrés, uso de drogas como inotrópicos, xantinas y corticoides. El recién nacido pretérmino, ante la hiperglucemia secreta pro-insulina. Los tejidos del RNPT son más resistentes a la insulina favoreciendo la aparición de esta entidad.

No existen niveles operacionales dados por la literatura para actuar ante la hiperglucemia, como sucede con la hipoglucemia.

La necesidad de glucosa en un RNPT estable es de 6 mg/kg/minuto con un adicional de 3 mg/kg/minuto de proteínas. La administración de glucosa a un flujo entre 6 a 8 mg/kg/minuto puede ocasionar glucosuria, pero sin presentar diuresis osmótica y poliuria.

El nivel de glucosa que produce o dispara la diuresis osmótica no se conoce.

El estudio Nirture, publicado en el año 2008 no demostró beneficios ni diferencias significativas en reducir la mortalidad y morbilidades mayores en los niños tratados con insulina vs. cuidado estándar. Los recién nacidos que recibían insulina profiláctica podían ser sometidos a flujos mas altos de glucosa y tenían mejor curva de crecimiento, pero presentaban mayor incidencia de hipoglucemia.

En el año 2009, la revisión de Cochrane no encuentra evidencia que el tratamiento de la hiperglucemia en los recién nacidos de muy bajo peso reduzca mortalidad y morbilidad asociada.

Varios estudios reportan complicaciones de la hiperglucemia tales como incremento de la mortalidad, ROP, hemorragias endocraneanas, enterocolitis necrotizante, y mayor tiempo de hospitalización.

Para el tratamiento de la hiperglucemia la droga de elección es la insulina corriente o cristalina para utilizarla por vía endovenosa. La insulina puede producir hipoglucemia. La farmacocinética en RNPT no se conoce. La información sobre biodisponibilidad y vida media se extrapolan de estudios realizados en adultos y pacientes pediátricos. Las recomendaciones utilizadas para el tratamiento en vademécum neonatales no están realizadas en recién nacidos.

El tratamiento para la hiperglucemia debe ser iniciado cuando se realiza un diagnóstico etológico de las causas intervinientes.

Como enfermeras neonatales siento que tenemos mucha res-

¹ Lic. en enfermería, Comité Ejecutivo Revista Enfermería Neonatal, Coordinadora del Programa de Capacitación en Enfermería Neonatal FUNDASAMIN / UNICEF, modalidad virtual, correo electrónico: gchattas@fundasamin.org.ar

ponsabilidad en relación a la detección y tratamiento de la hiperglucemia.

En primer lugar en la detección del nivel de glucosa en sangre. Si el análisis se realiza en sangre periférica con una tira reactiva, hay muchos factores que pueden modificar los resultados. La zona del talón tiene que estar bien seca antes de punzar, dejando actuar el antiséptico el tiempo correspondiente. La gota no debe recogerse en varias veces con la tira reactiva.

Cuando se hace en dos veces, con más de quince segundos de intervalo puede inducir a error en la medida. La tira reactiva debe tener una gota de sangre que cubra todo el reactivo.

Si la lectura se va a realizar con equipamiento disponible o un reflectómetro es importante leer las instrucciones del fabricante acerca del uso del equipamiento disponible. En general hay que introducir la tira previamente a la extracción. Esperar hasta que el medidor indique el resultado. Anotar el resultado en la hoja de enfermería.

Merece también algunas recomendaciones el tratamiento de las tiras reactivas. Se debe cerrar bien el envase. Utilizar las tiras inmediatamente después de extraídas del envase. Para mantener su en sitio seco y fresco. No almacenar el envase a temperaturas inferiores a $+2^{\circ}\text{C}$ o superiores a $+32^{\circ}\text{C}$. Si el recién nacido se encuentra en ambientes superiores al 80% de humedad las tiras presentan un margen de error considerable. Es por eso que la recomendación es que no se realicen extracciones capilares para la determinación de la glucemia, sino que la sangre obtenida sea venosa o arterial, según los accesos que tenga el recién nacido. Para la conservación de las tiras reactivas la temperatura adecuada es entre 14 y 40°C . Las tiras reactivas cortadas o dobladas dan valores alterados de glucemia. Además es importante controlar la fecha de vencimiento de las mismas. Si la lectura de la tira reactiva es visual con una cartilla de colores el margen de error es mucho más alto, según la percepción del operador. Si en la misma vía de extracción de sangre, se está infundiendo soluciones dextrosada o nutrición parenteral total, el resultado de la glucemia periférica es relativa y debe ser confirmada.

En segundo lugar, las enfermeras tenemos injerencia en el control de la orina, ya sea en la detección de glucosuria como en el ritmo diurético del neonato. Hay que tener en cuenta, en primer lugar el tipo de tiras reactivas que se utilizan. Deben estar almacenadas en un frasco oscuro, y el mismo no debe permanecer abierto para no perder sus propiedades.

Evitar que la tira entre en contacto con el medio ambiente manteniéndola inalterable hasta el momento de la medición. Esperar el tiempo indicado por el fabricante para leer el resultado. Realizar la lectura antes o después del tiempo sugerido por el fabricante ocasiona lecturas erróneas. Por otro lado si el RN tiene pañales con gel, éste modifica el valor de la glucosuria. La materia fecal es un contaminante en la detección de glucosuria. Si el recién nacido está en incubadora con humedad altas en la incubadora entre 80-100% también puede modificar el resultado, ya que los pañales absorben humedad del ambiente. En estos casos es necesario obtener una muestra lo mas recientemente emitida, colocando un trozo de algodón para su recolección delante de los genitales del RNPT. Es posible no encontrar una concordancia exacta entre el resultado determinado de manera visual sobre las tiras y el resultado obtenido por algún método instrumental, esto puede deberse a las diferencias inherentes entre la percepción

del ojo humano y el sistema óptico del instrumento.

El control del ritmo diurético al finalizar el turno de enfermería y no solo en 24 horas, va a permitir la detección de poliuria o diuresis osmótica. El ritmo diurético esperado en un recién nacido es de 1 a 3 ml/kg/ hora, y es por eso que niveles superiores a 3 ml/kg/ hora debe alertar a la enfermera sobre la posibilidad que el recién nacido presente glucosuria e hiperglucemia.

Pero sin duda, cuando la hiperglucemia está acompañada con glucosuria y diuresis osmótica, y merece ser tratada donde nuestro rol es fundamental en la preparación, purgado del circuito y cambio de soluciones con insulina.

La insulina utilizada en recién nacidos por vía endovenosa es la insulina corriente o cristalina, de origen humano. Se presenta en una concentración de 100 U/ml. Para la administración hay que hacer una dilución de manera que obtener una solución con una concentración de 10U/ml. La dosis indicada es de 0,01 a 0,1U/kg hora.

Si bien, la responsabilidad de la indicación de insulina es médica, somos co-responsables cuando administramos una droga mal indicada. La primera intervención de enfermería a realizar es el control de la indicación correcta. La indicación médica debe estar realizada en unidades, indicando además la concentración final por ml. Aceptar indicaciones de dilución en ml, (ej. tomar 1ml llevar a 10 ml y dar 0,5ml) no solo favorece a la aparición de errores, sino que además pone a la enfermera en una posición poco profesional, casi rayando por un técnico que no ejerce pensamiento crítico. Depende de nosotros la posición que ocupemos en el equipo de salud.

Varios autores muestran la absorción de insulina por parte de las tubuladuras de polivinilo y polietileno como un factor que disminuye la biodisponibilidad para el paciente.

Algunos autores recomiendan el uso de albúmina para reducir la absorción en las tubuladuras. Este tratamiento tiene un alto costo, y además como todo hemoderivado tiene riesgos implícitos.

Otra alternativa es la impregnación de las tubuladuras con una solución de insulina de 5 U/ml durante 20 minutos antes de comenzar la infusión. De esta manera se satura la tubuladura con insulina y permite que la solución que se administra le llegue al RN con 100% de biodisponibilidad a las 8 horas de iniciado el tratamiento, comparado con una biodisponibilidad de la insulina a las 24 horas cuando no se realiza este procedimiento. Si ignoramos esta recomendación y en las primeras horas se realizan muchas modificaciones, ocasionan que luego de pasado este periodo el RNPT realice un hipoglucemia. Se necesitan más estudios prospectivos para poder determinar la mejor manera de saturar las tubuladuras. Con la evidencia disponible es recomendable no realizar modificaciones de flujo de la insulina durante las primeras 8 horas de administración, conociendo estas características de la biodisponibilidad de la droga administrada por vía endovenosa.

Los circuitos no deben ser cambiados rutinariamente por esta razón. El CDC recomienda el cambio cada 96 horas. Si el recién nacido se encuentra estable con su glucemia con la administración de insulina, el cambio de circuito va a modificar su estabilidad hasta que las tubuladuras se vuelvan a saturar, es decir hasta las siguientes 8 horas.

La vida media de la insulina es muy corta, 9 minutos en pacientes adultos. Esto determina que no se puede suspender abruptamente el goteo de insulina sino bajar paulatinamente el mismo. Las desconexiones accidentales, la pérdida de la permeabilidad o extravasación de la vía puede causar errores graves en el tratamiento.

Otro aspecto importante y relacionado con la biodisponibilidad de la insulina es realizar la conexión con la guía principal lo mas cercano al paciente, sin utilizar largas tubuladuras o múltiples conexiones o llaves. Si el RN tuviese filtros para bacterias, la infusión de insulina no debe filtrarse ya que los filtros están compuestos por material plástico que disminuye

la biodisponibilidad de la insulina. La administración de insulina debe realizarse en bombas pequeñas de jeringa en donde se pueda realizar cambios de goteos sin administrar grandes volúmenes de líquidos.

Finalizo mi comentario, con las palabras del artículo al que me estoy refiriendo. Son palabras de Edmund Hey, un destacado neonatólogo e investigador: “Las palabras actúan como forma abreviada de nuestros pensamientos: si no los controlamos ellos comienzan a controlarnos. Si hablamos de un nivel específico de glucemia como hiperglucemia, sin saber si es perjudicial y dañina, pronto comenzamos a actuar como si lo fuera”

Reglamento de Publicaciones

^a La revista "Enfermería Neonatal" de la Fundación para la Salud Materno Infantil publicará artículos sobre enfermería neonatal y perinatal considerados de interés por el comité editorial.

^a La revista se edita desde febrero de 2007, en papel y en formato electrónico, difundido a través de la página web de Fundasamin.

^a Todos los artículos enviados para su publicación serán revisados por el Comité Editorial para su evaluación y aprobación.

» Instrucciones

Todos los artículos deben ser inéditos. Podrían publicarse artículos ya publicados en otras revistas - en castellano o traducidos de otros idiomas -, previo consentimiento de autores y editores.

- Se admitirán comentarios de artículos publicados en otras revistas, aunque sólo se podrá citar el resumen del artículo original.

- El artículo remitido deberá ser acompañado por una carta al Comité Editorial, la que debería incluir:

1. Solicitud de revisión por el Comité Editorial.
2. Declaración de que el trabajo es inédito.
3. Declaración de que todos los autores son responsables del contenido del artículo.
4. La dirección, teléfono y correo electrónico de todos los autores.
5. De haber existido financiación externa, aclarar cual fue la fuente. Asimismo, se debe señalar si uno o más de los autores mantiene alguna relación con la compañía comercial cuyo(s) producto(s) fueron empleados o son mencionados en el estudio realizado.

En caso que el artículo sea publicado, todos los autores ceden los derechos de autor a FUNDASAMIN.

Los artículos deben ser enviados preferentemente en archivo electrónico, por correo electrónico a revistaenfermeria@fundasamin.org.ar. De no ser posible, pueden ser remitidos por correo postal a Fundasamin, adjuntando un disco compacto o disquette con el artículo completo.

» Redacción

Los manuscritos deben redactarse con procesador de texto (Microsoft Word o similar), a **doble espacio** (incluyendo los resúmenes, referencias y tablas). Las páginas deben numerarse en su totalidad.

Debe figurar la dirección, teléfono y correo electrónico de todos los autores.

Respetar las reglas del idioma castellano y emplear un estilo apropiado para la transmisión de información científica. Se recomienda enfáticamente revisar cuidadosamente la redacción y estilo antes de enviar el manuscrito.

Se limitará al mínimo posible el uso de siglas y abreviaturas, aceptándose sólo aquellas utilizadas habitualmente. Las palabras que se abrevian con siglas deben redactarse en forma completa en la primera ocasión que se mencionan en el manuscrito, colocando las siglas entre paréntesis. En menciones únicas no se deben emplear siglas, los resúmenes no deben contener siglas, excepto situaciones realmente justificadas.

Cuando se coloquen siglas en tablas, cuadros o figuras, deben aclararse al pie o en el epígrafe, aún cuando ya se hubieran señalado en el texto.

a Bibliografía

Las referencias se citarán consecutivamente, en el mismo orden en que aparecen en el texto, siguiendo el estilo propuesto por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM) en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" Octubre 2001 (www.icmje.org/) y Rev Panam Salud Pública 2004; 15(1):41-57 (en castellano).

Las referencias deben respetar las pautas que constan en los siguientes ejemplos; frente a cualquier dificultad podrán contar con la colaboración del editor.

a. Revistas médicas*

Wood NS, Marlow N, Costeloe K, et al. Neurologic and development disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 2000; 343:378-384.

b. Libros

Bradley EL. Medical and surgical management. 2nd ed. Philadelphia: W B Saunders, 1982; 72-95.

c. Capítulo de un libro

Stanley F, Blair E, Alberman E. How common are the cerebral palsies? In Bax MC, Hart HM, eds. *Cerebral Palsies: epidemiology and casual pathways*. London, United.

d. Artículo de revista publicado en Internet

Moreno-Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos? *Evid Pediatr*. 2006; 2:16. Disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_vol2_numero2.2.htm Consulta: 21 de junio de 2006.

e. Sitios en Internet

OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2005. Washington DC, 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/ib-folleto-2005.pdf> Consulta: 21 de junio de 2006

Tablas, gráfico y figuras: Se ordenarán con números arábigos y llevarán un título en la parte superior, al lado del número y un epígrafe al pie. Deberán presentarse en hojas aparte, una en cada hoja. Las unidades de medida deberán ser referidas en el texto y en las tablas, gráficos y figuras.

Fotografías: En las correspondientes a pacientes, se tomarán las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Se requerirá autorización para ser publicadas. Las de observaciones microscópicas o las de los estudios de imágenes no deberán tener ningún dato que permita identificar al paciente. Si se utilizan ilustraciones de otros autores, publicados o no, deberán adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Las leyendas o texto se escribirán en hoja separada, con la numeración correlativa. En el caso de imágenes digitales, deberán ser legibles e impresas con una resolución no inferior a los 300 dpi, con extensión JPG. De haber dudas, consultar con la oficina editorial.

a Agradecimiento.

Se pueden incluir aquellas personas o instituciones que colaboraron de alguna forma. Deberá guardar un estilo sobrio y se colocará en hoja aparte, luego del texto del manuscrito.

La dirección de la Revista y el Comité Editorial se reservan el derecho de devolver aquellos trabajos que no se ajusten estrictamente a las instrucciones señaladas o que por su temática no se correspondan con el perfil de la revista. Asimismo, en el caso de trabajos aceptados, los editores se reservan el derecho de publicarlos en la versión de papel o sólo en sus páginas electrónicas.

La responsabilidad por el contenido de los trabajos y de los comentarios corresponde exclusivamente a los autores.

Fundasamin es la propietaria de todos los derechos de los artículos publicados, que no podrán ser reproducidos en ningún medio, en forma completa o parcial, sin la correspondiente autorización.

Cualquier duda o dificultad en cuanto a cualquiera de estas indicaciones para remitir artículos para publicar puede ser consultada contactándonos.

Autoridades

Directora

Lic. Ana Quiroga

Comité Ejecutivo

Lic. Guillermina Chattás

Lic. Maria Fernanda Egan

Asesoría Médica

Dra. Norma Rossatto

Dra. Carmen Vecchiarelli

Comité Editorial

Lic. Mónica Barresi

Lic. Norma Erpen

Lic. Andrea Leyton

Lic. Cristina Malerba

Lic. Rose Mari Soria

Lic. Delia Vargas



Presidente

Dr. Luis Prudent

Vicepresidente

Dr. Néstor Vain

Director Ejecutivo

Dr. Edgardo Szyld

Gerente Administrativa

Lic. Carina Silvestre

Coordinadora del Área de Enfermería

Lic. Rose Mari Soria

Asesora del Área de Enfermería

Lic. Ana Quiroga

La Revista de Enfermería Neonatal es propiedad de FUNDASAMIN - Fundación para la Salud Materno Infantil.

Honduras 4160 (C.P. 1180) / C.A.B.A.

Tel.: 4863-4102

Argentina

Dirección electrónica de la revista:
revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar

Publicación sin valor comercial.

Las opiniones vertidas en los artículos Son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente la de la Dirección de la Revista.

Se autoriza la reproducción de los contenidos, a condición de citar la fuente.

