

UNIVERSIDAD DE TARAPACA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



APUNTES DE CLASES:

**“PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL
RECIÉN NACIDO DURANTE EL PERÍODO
INMEDIATO Y EN PUERICULTURA”**

ASIGNATURA: NEONATOLOGÍA FISIOLÓGICA

ACADÉMICA: JESSICA MORENO GARCÉS

ARICA – CHILE

2023

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
CONTROL DE SIGNOS VITALES	4
ASEO MATINAL DEL RECIEN NACIDO.....	7
ASEO DE CAVIDADES	9
ASEO OCULAR	9
ASEO CAVIDAD AUDITIVA	10
ASEO CAVIDAD BUCAL.....	11
ASEO CAVIDADES NASALES	11
ASEO UMBILICAL	12
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO	13
RECEPCIÓN EN SALA DE PARTOS (CONTACTO PIEL A PIEL)	13
SECCIÓN Y LIGADURA DE CORDÓN UMBILICAL	15
IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	16
PROFILAXIS UMBILICAL	17
PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA.....	18
TOMA DE TEMPERATURA	19
ANTROPOMETRÍA.....	21
<i>Circunferencia o perímetro craneano:</i>	21
<i>Peso:</i>	21
<i>Talla:</i>	21
PROFILAXIS OCULAR	22
VACUNACIÓN CONTRA VIRUS HEPATITIS B (VHB).....	23
ASEO CUTÁNEO.....	24
VESTIMENTA DEL RN	26
DESINFECCIÓN TERMINAL DE LA UNIDAD.....	26
PROCEDIMIENTOS SEGÚN NECESIDAD	27
ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	27
ASPIRACIÓN GÁSTRICA.....	29
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE.....	30
TOMA DE MUESTRA VENOSA POR MICROMETODO.....	31
PUNCIONES DE CAPILARES ARTERIALIZADOS	32
VACUNACION BCG	34
CADENA DE FRIO	37
CONCLUSIÓN.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41

INTRODUCCIÓN

Los procesos requieren ser estandarizados con recomendaciones basadas en evidencia, tales como: atención del RN en sala de partos, examen físico neonatal inmediato, promoción de la salud y prevención primaria (profilaxis e inmunizaciones), vigilancia de la transición (hipoglicemia, hipotermia, ictericia, alimentación, deposiciones, diuresis, favorecer el vínculo y apego). Desde el nacimiento se debe favorecer la permanencia del RN con su madre y durante su estadía en el recinto hospitalario, en la primera hora de vida se definen importantes procesos fisiológicos y afectivos en el contacto con su madre.

La evaluación del recién nacido (RN) debe comenzar tan pronto como se produce el nacimiento, previo al pinzamiento y corte del cordón umbilical. Según esta evaluación se continuará en contacto con su madre o en cuna radiante idealmente en el mismo pabellón. Durante el periodo de adaptación inicial la vigilancia del inicio de la respiración espontánea, su mantención y eficacia y la termorregulación resultan fundamentales, pudiendo realizarse sin inconvenientes en contacto de su madre.

El cuidado del RN en el período puerperal debe fomentar el desarrollo de un vínculo de apego con el máximo nivel de seguridad entre la madre y su recién nacido, entregar asistencia profesional a la madre, identificar oportunamente complicaciones maternas y neonatales, y aplicar medidas preventivas. Se recomienda mantener una observación intra-hospitalaria por al menos 40 horas extendiendo en prematuros o RN bajo peso por al menos 60 horas.

CONTROL DE SIGNOS VITALES

- Objetivo:** - Evaluar el estado cardiorrespiratorio y termorregulación del RN.
- Pesquisar posibles alteraciones de manera oportuna

Material:

- Bandeja con fonendoscopio
- Termómetro digital
- Tórulas limpias
- Reloj segundero
- Bolsa de desechos

Procedimiento:

1. Lavado de manos clínico según norma.
2. Preparación de material.
3. Sin tocar al niño para evitar estimularlo se controlará la frecuencia respiratoria por un minuto, observando los movimientos respiratorios con el recién nacido en reposo, se puede colocar la mano suavemente sobre el pecho y memorizar N° de respiraciones.
4. Descubrir el tórax del RN, colocar el estetoscopio tibio sobre el quinto espacio intercostal en la línea media clavicular lado izquierdo y controle la frecuencia cardíaca durante un minuto, memorizar frecuencia cardíaca.
5. Controlar la temperatura axilar, soltando las sabanillas o ropa del RN dejando buen acceso a la axila. Encender termómetro digital, colocaren el hueco axilar previo secado de la piel en forma paralela al tronco del RN, esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que termino la medición.
6. Es importante mantener el brazo del niño inmovilizado,

- para que la temperatura obtenida sea fidedigna.
7. Retire el termómetro, lea la temperatura y déjelo en área sucia.
 8. Si la temperatura axilar está alterada se debe controlar temperatura rectal, colocarse guantes de procedimiento.
 9. Retirar el pañal, limpiando la región genital si esta con deposiciones, retirar guantes y lave sus manos, colocar pañal limpio
 10. Colocar al RN decúbito dorsal, lateralizar ligeramente.
 11. Sostener las extremidades inferiores flectadas suavemente, encender termómetro e introducir el bulbo en el ano, esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que terminó la medición.
 12. Retirar el termómetro, lea temperatura y dejarlo en el área sucia.
 13. Vista al recién nacido, luego retirar y ordenar material.
 14. Lavar termómetro y estetoscopio con agua corriente, limpiar con alcohol y guardar.
 15. Realizar lavado clínico de manos y realice anotaciones.

Consideraciones:

- El control de signos vitales generalmente se realiza en forma simultánea.
- Realizar el procedimiento antes de la atención para no alterar la frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca.
- Se recomienda utilizar termómetro y fonendoscopio individuales, si no se cuenta con ellos realizar desinfección de estos entre paciente y paciente.
- La temperatura rectal solo se medirá en atención inmediata para verificar termorregulación y permeabilidad anal y por indicación profesional.
- Durante el control, siempre inmovilizar al RN y mantener el termómetro en la mano del operador para evitar accidentes.
- El uso de termómetros de mercurio, debe excluirse de los

hospitales, por el riesgo tóxico de los vapores de mercurio.

- No exponer al RN a enfriamientos innecesarios.

VALORES NORMALES DE SIGNOS VITALES EN RN

Frecuencia cardíaca	Frec. respiratoria	T° axilar	T° rectal
90 a 160 lat x min	40 a 60 resp x min	36,5 a 37° C	0,3 a 0,5 °C > a la axilar

VALORES NORMALES DE PRESIÓN ARTERIAL EN EL RN

Peso de nacimiento	Hora Presión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		1.001 a 2.000 g	Sistólica	49	49	51	52	53	52	52	52	51	51
Diastólica	26		27	28	29	31	31	31	31	31	30	29	30
media	35		36	37	39	40	40	39	39	38	37	37	38
2.001 a 3.000 g	Sistólica	59	57	60	60	61	58	64	60	63	61	60	59
	Diastólica	32	32	32	32	33	34	37	34	38	35	35	35
	Media	43	41	43	43	44	43	45	43	44	44	43	42
Más de 3.000 g	Sistólica	70	67	65	65	66	66	67	67	68	70	66	66
	Diastólica	44	41	39	41	40	41	41	41	44	43	41	41
	Media	53	51	50	50	51	50	50	51	53	54	51	50

Extraído de Tapia, 2008. Kitterman JZ, Phibbs RH, Tooley WH, 1969.

Evalúe su aprendizaje:

1.- Suponga que al realizar control de la T° axilar el recién nacido presenta una T° de 36,4°C ¿Cuál sería su conducta? Fundamente su respuesta.

2.- Mencione orden en el cual se deben controlar los signos vitales en el RN, justificando el por qué.

3.- ¿Cuál es la razón por la que se debe controlar FR durante un minuto?

ASEO MATINAL DEL RECIEN NACIDO

Objetivo:

- Proporcionar atención individual, aseo y confort al RN, favoreciendo su Termorregulación.
- Observar características de la piel.
- Estimular la circulación.
- Educar a la madre respecto de los cuidados que le debe proporcionar a su RN

Material:

- Tórulas grandes humedecidas con agua tibia
- Tórula con alcohol al 70%
- Bolsa para desechos
- Guantes de procedimiento
- Ropa limpia del RN que incluya: gorro, botines, camisita, pañal bambino, pañal desechable, pilucho, baby crest.
- Ropa limpia para la cuna: 2 sabanillas, 1 colcha

Procedimiento:

1. Verificar identificación del RN.
2. Reunir material a utilizar.
3. Realizar lavado clínico de manos según norma.
4. Reunir la ropa y el material necesario y dejarlo en la parte superior de la cuna (área limpia).
5. Preparar tórulas grandes de algodón embebidas en agua tibia (4 o más) y una tórula embebida en alcohol, dejar sobre área limpia.
6. Verificar la temperatura del RN antes de iniciar procedimiento, el RN debe estar termorregulando.
7. Ubicar bolsa para desechos en el área sucia de la cuna.
8. Alivianar de ropa al RN, dejar ropa sucia en área correspondiente.
9. Proceder al aseo de cefalo a caudal siguiendo el siguiente orden:
 - Con la primera tórula limpiar: ojos, cara, zona retroauricular, cabeza,

cuello

- Con la segunda tórula limpiar: manos, brazos, axilas, tórax
- Con la tercera tórula limpiar: espalda, abdomen, pies, espacios interdigitales y piernas de distal a proximal.

10. Realizar aseo umbilical, con tórula de algodón embebida de alcohol al 70% comenzando por la base del cordón ascendiendo por el muñón y eliminar.
11. Postura de guantes de procedimiento.
12. Dividir la cuarta tórula en tres y se limpia la zona genital; dos de las tórulas se utilizan para limpiar las zonas laterales y la tercera para limpiar el centro, siempre con un movimiento de adelante hacia atrás. En RN masculino limpiar prepucio y escroto (sin forzar prepucio) y en RN femenino separar labios mayores y menores, limpiar de adelante hacia atrás terminando en zona anal, sin devolverse.
13. Eliminar las tórulas donde corresponden, cubrir al RN, retirar la bolsa condesechos y ropa sucia eliminando en receptáculo respectivo, retirar guantes usados y realizar lavado de manos según norma.
14. Colocar pañal desechable limpio al RN.
15. Vestir al RN.
16. Educar a la madre durante el procedimiento.
17. Acomodar al RN nacido en su cuna o dejar junto a su madre.
18. Retirar el material y realizar registros correspondientes.

Consideraciones:

- El procedimiento se realizará posterior al control de signos vitales y en forma previa a la alimentación del RN.
- El procedimiento se realizará siempre y cuando el RN se encuentre regulando temperatura.
- En RN con hipotermia se diferirá el aseo y solo se realizará

la muda, abrigando al RN e informando.

- Considerar que en la cuna se distinguen dos áreas: el área limpia en la parte superior y el área sucia en la parte inferior cercana a los pies.
- El procedimiento debe ser realizado en forma rápida para evitar pérdidas de calor.
- Para este procedimiento se utilizará el número de tómulas que sean necesarias para dejar el RN bien aseado.
- Consignar si se encuentran lesiones en la piel y las características de estas en hoja de enfermería.
- Este procedimiento se debe realizar al menos una vez al día, a todos los RN, se educará a la madre para que posteriormente ella pueda realizarlo en casa.
- Considerar realizar en conjunto con el control de signos vitales y el cambio de ropa de la cuna, para minimizar el estímulo del RN y optimizar la atención.
- Masajear puntos de apoyo durante el procedimiento y cambiar de posición al RN.
- Siempre el aseo genital se realizará con guantes de procedimiento.

Evalúe su aprendizaje:

- 1.- Podría mencionar alguna otra consideración a tener en cuenta al momento de realizar el aseo matinal del RN.
- 2.- Fundamente el hecho de realizar CSV previo a la atención.
- 3.- Del mismo modo fundamente por qué el aseo matinal debe realizarse previo a la alimentación.

ASEO DE CAVIDADES

ASEO OCULAR

Objetivos: - Prevenir infecciones

- Eliminar secreciones.

Material:

- Tórulas de algodón
- Agua bidestilada o SF
- Bolsa de desechos
- Guantes de procedimiento

Procedimiento:

1. Realizar lavado de manos clínico según norma.
2. Humedecer dos o más tórulas de algodón con agua.
3. Limpiar con una tórula, deslizándola sin presionar por el surco entre los párpados, desde el ángulo interno al externo del ojo.
4. Elimine la tórula de algodón sucio; repita si es necesario.
5. Una vez terminado con un ojo, realice lo mismo con el otro ojo con nuevas tórulas limpias.
6. En caso de presencia de secreción, comenzar por el ojo más limpio hasta terminar y luego continuar con el más sucio, limpiando desde el ángulo externo hacia el interno.

ASEO CAVIDAD AUDITIVA

Objetivo: - Eliminar secreciones del canal auditivo interno.

Material:

- Tórulas de algodón en forma alargada
- Agua bidestilada o suero fisiológico
- Bolsa de desechos
- Guantes de procedimiento

Procedimiento:

1. Realizar lavado clínico de manos según norma.
2. Traccionar el pabellón auditivo suavemente hacia arriba y atrás, y limpiar con la tórula húmeda. Primero la parte interna y luego la

parte externa.

3. Repetir el procedimiento las veces que sea necesario y luego continuar con el otro oído.

ASEO CAVIDAD BUCAL

Objetivos: - Eliminar secreciones.

- Prevenir infecciones.
- Mantener mucosas húmedas.

Material:

- Tórulas de algodón estéril
- Agua bidestilada
- Depósito de desecho
- Miel de bórax (optativo)
- Guantes de procedimiento

Procedimiento:

1. Realizar lavado de manos clínico según norma.
2. Limpiar con tórula con agua la encía y cara interior de la mejilla, empezar en la zona media de la encía superior, terminar en la zona media de la encía inferior. Repetir el procedimiento en el otro lado.
3. Limpiar con una nueva tórula, el paladar y con otra tórula la lengua.
4. En caso necesario humedecer las mucosas y labios con miel de bórax.

ASEO CAVIDADES NASALES

Objetivo: - Mantener vía aérea superior permeable.

Material: Tórulas de algodón alargadas; suero fisiológico o agua bidestilada; depósito de desecho.

Procedimiento:

1. Realizar lavado de manos clínico según norma.
2. Introducir la tórula humedecida; realizar movimientos rotatorios y retirar.
3. Repetir las veces que sea necesario.
4. Registrar actividades.

ASEO UMBILICAL

Objetivo: - Prevenir infecciones.

- Eliminar secreciones para favorecer la momificación.

Material: Tórulas de algodón, Alcohol 70°, bolsa de desecho.

Procedimiento:

1. Realizar lavado de manos clínico según norma.
2. Tomar el cordón con una tórula con alcohol puro y traccionar suavemente el cordón observando la presencia de secreciones.
3. Limpiar con otra tórula de algodón embebida en alcohol puro la zona de inserción del muñón umbilical, continuar con las paredes y terminar en porción distal con un movimiento rotatorio.
4. Eliminar tórulas y repetir si es necesario.
5. Registrar características del muñón umbilical y actividad realizada.

Consideraciones:

-El cordón siempre debe quedar fuera del panal para evitar humedad y contaminación.

-Realizar aseo del cordón a todos los RN en cada muda hasta que este se desprenda.

-Retirar clamp con cordón momificado y antes del alta, de acuerdo a norma local

-Durante el procedimiento se debe observar, registrar e informar la presencia de infección en el muñón.

Evalúe su aprendizaje:

1.- Suponga que el RN presenta secreción ocular bilateral en abundante cantidad de aspecto purulento y debe tomar una muestra para cultivo ¿Cuál sería el procedimiento y por qué?

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Definición

- Es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer y que involucra un conjunto de procedimientos que se realizan inmediatamente después del nacimiento.

Objetivos

- Proveer una atención y cuidado integral al RN en el momento del nacimiento y en el período de transición del RN
- Garantizar las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina.
- Detección de malformaciones congénitas
- Atención oportuna al RN que requiere reanimación
- Favorecer la termorregulación
- Identificar al recién nacido
- Favorecer vínculo afectivo madre, hijo(a) padre

RECEPCIÓN EN SALA DE PARTOS (CONTACTO PIEL A PIEL)

Objetivos

- Favorecer el vínculo afectivo entre la madre, padre y su hijo/a
- Fomentar la lactancia materna

Materiales

- Paquete de RN: 1 compresa, 1 delantal, 3 sábanas
- Guantes estériles

- Gorro
- Mascarilla

Procedimiento

1. Previo lavado quirúrgico de manos el/la profesional procederá a vestirse con ropa estéril
2. La matrona/ón que atiende el parto coloca al RN directamente sobre el abdomen de la madre, se procede a secar con compresa estéril de la cabeza a los pies y cubrir con paño precalentado estéril
3. Se solicita a la madre que acaricie a su hijo/a.
4. Se procede a la sección del cordón umbilical al minuto de vida
5. Luego se procede a la aplicación del test de Apgar
6. Matrona/ón coloca al recién nacido en contacto piel a piel con su madre por un tiempo mínimo de 30 minutos, luego del cual se traslada a la sala de atención inmediata (SAI) donde debe ser colocado en cuna calefaccionada sobre sabanillas precalentadas, en decúbito dorsal y semi Trendelemburg con la cabeza cerca del operador, retirar sabanilla que lo envuelve para dejar sobre sabanillas tibias
7. Continuar la atención según técnica.

Consideraciones

- Informar previamente a la madre del procedimiento y aclarar sus aprensiones, si las tuviera
- Evaluar condiciones de la madre y grado de aceptabilidad
- Temperatura de la sala de partos entre 24 – 26°C
- El/la profesional debe observar constantemente al RN supervisando el período de transición
- El RN no debe tener antecedentes, ni clínica sugerente de patología
- Disponer de equipos de reanimación y personal capacitado
- Uso de gorro de algodón.
- Se requiere de una iluminación adecuada

- Mantener vigilancia y adecuada observación clínica por el equipo profesional, NO delegar esta responsabilidad en los padres
- La postura en prono tiene riesgos, se debe evitar (obstrucción de la vía aérea)
- Ayudar a establecer la lactancia antes de la hora de vida
- Se realizará contacto precoz en RN vigoroso (respira o llora, buen tonomuscular y FC > 100 lpm)

SECCIÓN Y LIGADURA DE CORDÓN UMBILICAL

Objetivo

- Separar al RN de su madre después del nacimiento, sin riesgo de sangramiento posterior

Materiales

- Equipo de ligadura de cordón (contenedor metálico, pinza Kelly, pinza Kocher, tijera)
- Clamp o hulito (anillo de látex) o cordonete estéril (según realidad local)
- Guantes estériles
- Gorro, mascarilla
- Delantal estéril (durante el parto)

Procedimiento

1. Lavado de manos quirúrgico si es en el parto y clínico si es diferida
2. Poner guantes estériles
3. Insertar hulito en la pinza Kelly o Kocher, deslizar hacia atrás, hasta el término del ángulo de la pinza
4. Colocar la pinza con hilitos en el cordón umbilical más o menos a 3 cm de la base y paralela a la pinza con la que lo entregó la matrona de parto
5. Cortar el cordón entre ambas pinzas protegiendo en todo momento el abdomen del RN
6. Con la mano libre tomar con la otra pinza Kocher el hulito y desplazarlo suavemente hacia el cordón, evitando que se aloje

bruscamente en la base, para ello hacer control con el dedo índice de la mano que sujeta la pinza que contiene los hilitos.

7. Alojarse el primer hilito y en caso de requerir uno adicional, dejarlo junto al anterior
8. Retirar la pinza Kelly o Kocher y observar si hay sangramiento
9. Se verifica la existencia de los tres vasos umbilicales y se procede a la profilaxis del cordón
10. Proceder a limpiar el cordón en el siguiente orden: zona de vasos sanguíneos, bordes y alrededor de la base
11. En caso de utilizar clamp, éste se coloca directamente a 3 cm de la base del cordón, el resto del procedimiento es similar al de la ligadura con hilito

Consideraciones

- En recién nacidos vivos se seccionará el cordón umbilical cuando éste deje de latir
- Observar características anatómicas de los vasos umbilicales y gelatina de Wharton, hematomas u otros una vez seccionado el cordón
- Verificar la presencia de desgarros o ruptura de vasos sanguíneos; si esto sucediera reforzar con otro clamp
- En recién nacidos hijos de madre con factor Rh (-), con meconio espeso, con depresión neonatal, seccionará en forma inmediata

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Objetivo

- Identificar al recién nacido desde su nacimiento para prevenir la ocurrencia de eventos no deseados

Materiales

S

- Un brazalete de RN

Procedimiento

1. El/la matrn/a de atencin inmediata es responsable de confeccionar el brazalete del RN con los datos de la madre y verificarlos previo a su instalacin
2. Una vez completo los datos, proceder a colocarlo directo a la piel en la extremidad superior izquierda por consenso nacional (muñeca derecha segn norma local en hospital Arica) inmediatamente despus de producido el nacimiento, antes que el RN sea separado de su madre, durante el contacto piel a piel
3. El/la matrn/a debe leer el brazalete de identificacin completo a la madre verificando la informacin
4. El brazalete deber contener nombre completo de la madre (2 nombres, 2 apellidos), fecha, hora y sexo
5. Informar a la madre que el RN debe permanecer con el brazalete durante toda su estadía en la maternidad

Consideraciones

- El brazalete debe ser escrito con letra clara y legible
- Si el brazalete se sale, deber ser reemplazado por uno nuevo

PROFILAXIS UMBILICAL

Objetivo

- Realizar desinfeccin del cordn umbilical con el fin de prevenir infecciones

Materiales

- Tómulas de algodn estéril
- Alcohol puro 70%
- Guantes estériles
- Bolsa de desecho

Procedimiento

1. Realizar lavado clnico de manos
2. Humedecer una tómula de algodn con alcohol al 70%

3. Limpiar el cordón umbilical primero la zona de vasos sanguíneos, luego los bordes del cordón y finalmente la base
4. Desechar tórula en bolsa de desechos

Consideraciones

- Se realiza profilaxis a todos los recién nacidos vivos.
- Se realizará la profilaxis con alcohol puro al 70%.
- Todo el material a utilizar durante el procedimiento deberá ser estéril.
- Observar y registrar las características del cordón umbilical (número de vasos, características de la gelatina de Wharton, otros).

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA

Objetivo

- Prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K

Materiales

- 1 ampolla de vitamina K 10 mg = 1 ml
- Jeringa de 1cc (tuberculina) desechable con aguja N° 25
- 2 tórulas de algodón estériles
- Alcohol puro 70%
- Bolsa de desechos
- Recipiente para material corto punzante

Procedimiento

1. Verificar dosis de vitamina K según peso del recién nacido y cargar la jeringa de tuberculina con la dosis correspondiente.
2. Embeber una tórula con alcohol al 70%
3. Inmovilizar la pierna a puncionar (con la mano menos diestra) a la altura de la rodilla y con pulgar e índice hacer pequeño cojinete a la altura del tercio mediorborde externo o lateral del muslo.
4. Pincelar zona con una tórula con alcohol al 70%.
5. Puncionar en ángulo de 90°, aspirar con suavidad, si fluye sangre,

retirar levemente y volver a aspirar, si no fluye sangre introducir lentamente el medicamento

6. Retirar aguja, presionar sitio de punción con tórula seca
7. Desechar aguja en caja de material corto punzante
8. Desechar material sucio en bolsa de desechos
9. Registrar en ficha clínica del recién nacido

Dosis de vitamina K

- 0,5 mg (0,05 cc) en RN con peso < 2.000 gr.
- 1 mg (0,1 cc) en RN con peso > 2.000 gr.

Consideraciones

- La vitamina k se debe proteger de la luz para evitar su inactivación.
- NUNCA SOLTAR LA PIERNA DEL RN durante el procedimiento para evitar traumatismo.
- La profilaxis será diferida frente a una situación de reanimación del recién nacido y se realizará una vez compensado el niño/a.
- Las profilaxis se deben realizar posterior al contacto precoz materno.
- Las profilaxis se deben realizar a todos los recién nacidos en la sala de atención inmediata.

TOMA DE TEMPERATURA

Objetivo

- Verificar termorregulación y permeabilidad anal

Materiales

- Termómetro digital

Procedimiento

- Colocar al RN en posición de Sims e introducir el bulbo del termómetro por el ano, manteniendo al RN semi inmovilizado.
- Esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que la medición ha finalizado.
- Retirar el termómetro, leer la temperatura y dejar en área sucia.

- Registrar temperatura en ficha clínica del RN.

Consideraciones

- Durante el control, siempre inmovilizar al niño/a y mantener el termómetro en la mano del operador para evitar accidentes.
- El uso de termómetros de mercurio, debe ser excluido de los hospitales, por el riesgo de toxicidad de los vapores de mercurio.

ANTROPOMETRÍA

Objetivo

- Realizar medición de peso, talla y perímetro craneano del recién nacido para evaluar el crecimiento con la finalidad de determinar situaciones de normalidad o desviación de ésta.

Materiales

- Balanza
- Podómetro o cartabón
- Cinta métrica flexible
- Pañal o sabanilla
- Solución desinfectante

Procedimiento

Circunferencia o perímetro craneano:

1. Con el RN en posición decúbito dorsal.
2. Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza pasando por la prominencia occipital hasta la prominencia frontal por encima del reborde ciliar.
3. Leer la medición obtenida y registrar en ficha clínica del recién nacido.

Peso:

1. Verificar que la balanza se encuentre limpia y calibrada.
2. Previamente pesar un pañal para luego descontar del peso; si la balanza es digital coloque el pañal de tela y calibre a cero.
3. Tomar al RN desnudo y colocar en la balanza sobre el pañal.
4. Cubrir al RN con la sabanilla y protegerlo con la mano izquierda sin tocarlo.
5. Verificar peso moviendo el fiel de la balanza hasta lograr su total equilibrio; si es digital sólo leer el peso.
6. Registrar medida obtenida en ficha clínica.

Talla:

1. Trasladar al RN envuelto en la sabanilla hasta el cartabón.
2. Colocar al RN sobre el podómetro en posición decúbito dorsal.
3. Mantener la cabeza en posición neutra apoyada sobre el extremo izquierdo del

podómetro.

4. Extender las extremidades inferiores bajándole la rodilla con la mano derecha.
5. Leer la medida que se encuentra en el término del talón.
6. Retirar al RN y dejarlo en lugar seguro.
7. Registrar medida en ficha clínica del RN.

Consideraciones

- Este procedimiento está definido en atención inmediata del recién nacido, pero puede aplicarse también en otras situaciones de ser necesario.
- Previo a la atención dejar balanza calibrada y asegurarse que todo el material esté desinfectado.
- Cubrir al RN con pañal tratando de realizar el procedimiento rápidamente para evitar hipotermia.
- Nunca dejar al RN solo en la pesa o cartabón cuando se realiza antropometría.
- Realizar aseo recurrente de balanza, cartabón y huincha con solución desinfectante, entre cada paciente.

PROFILAXIS OCULAR

Objetivo

- Prevenir infección ocular bacteriana mediante la administración de antibiótico oftálmico.

Materiales

- Antibiótico oftálmico (colirio de Cloranfenicol o ungüento de eritromicina)
- Tómulas de algodón estériles
- Agua bidestilada o suero fisiológico
- Bolsa o recipiente de desecho

Procedimiento

1. Realizar lavado clínico de manos.
2. Se realizará aseo ocular, **sólo si es necesario**, en este caso humedecer las tómulas con suero o con agua bidestilada.
3. Con una tómula se limpia un ojo desde el ángulo interno al externo, se elimina la

tórula y se procede igual en el otro ojo.

4. Bajar el párpado inferior del RN e instilar una gota de colirio de cloranfenicol en cada ojo evitando que el frasco toque al RN.
5. Cerrar el frasco, dejar al recién nacido cómodo.
6. En algunos centros es utilizado el ungüento oftálmico (eritromicina); en ese caso, aplicar ungüento a lo largo del saco conjuntival en cada ojo, masajeando los párpados suavemente para diseminar el ungüento.

Consideraciones

- Abrir el ojo del RN sólo si éste no lo hace espontáneamente, para ello se recomienda ensombrecer el lugar para que el RN abra los ojos de forma espontánea
- El frasco de colirio CAF es de uso individual, por lo que se debe desechar al término del procedimiento.
- No tocar al paciente con el gotario del frasco.
- Se recomienda realizar este procedimiento bajo cuna radiante para evitar las pérdidas de calor del RN

VACUNACIÓN CONTRA VIRUS HEPATITIS B (VHB)

Objetivo

- Proteger a la población de RN contra infección por VHB a través de la inmunización.

Materiales

- Ampolla de vacuna “Euvax-B pediátrica”
- Jeringa de tuberculina o 3 cc
- Aguja 23 G
- Tórula de algodón seca
- Riñón o bandeja limpia

Procedimiento

1. Realizar lavado clínico de manos.
2. Retirar del termo el frasco ampolla de la vacuna hepatitis B (monodosis de 0,5 ml).

3. Cargar con la jeringa de tuberculina o de 3 cc y aguja 23 G y extraer la totalidad de la solución.
4. Cambiar la aguja de la jeringa a una 25 G para puncionar.
5. Seleccionar el sitio de punción, muslo vasto externo, tercio medio de la cara anterolateral del muslo.
6. Limpiar zona con tórula seca.
7. Sujetar la zona de inyección con el dedo índice y pulgar.
8. Puncionar con un ángulo de 90° con movimiento rápido y seguro.
9. Administrar la solución de manera rápida y sin aspirar.
10. Realizar presión con algodón seco, en el sitio de punción.

Consideraciones

- Administrar vacuna contra VHB al RN con peso igual o mayor a 2000 gr estable. Durante las 24 horas de nacimiento.
- Si RN pesa < 2000 gr y se encuentra médicamente inestable, no podrá recibir la vacuna hasta lograr un peso > o igual a 2000 gr y/o estabilización parámetros, bajo indicación médica.
- Chequear los correctos.
- Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna.
- Conservar la cadena de frío entre + 2°C y + 8°C.
- Registrar en ficha clínica del recién nacido, carnet de recién nacido y Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).

ASEO CUTÁNEO

Objetivo

- Remover el unto sebáceo, la sangre y otros fluidos o secreciones de la piel, favoreciendo el confort del recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de infecciones.

Materiales

- Tórulas de algodón estériles
- Agua estéril tibia

- Aceite vegetal o vaselina, según norma local
- Guantes de procedimiento
- Bolsa de desechos

Procedimiento

1. Embeber tómulas de algodón con agua y aceite.
2. Dejar tómulas en área limpia de la unidad.
3. Colocar guantes.
4. Realizar el aseo del recién nacido de cefalo a caudal.
5. Limpiar el cuero cabelludo en forma exclusiva con una o más tómulas.
6. Continuar el aseo con la cara, las orejas, el cuello, las manos, los brazos, las axilas, el tórax, los pies, las piernas, los muslos, las nalgas, la zona inguinal, los genitales y la región anal.
7. Eliminar las tómulas sucias en bolsa de desechos.
8. Retirarse los guantes.
9. Vestir y dejar cómodo y seguro al neonato
10. Eliminar bolsa de desechos con material utilizado.
11. Lavarse las manos según técnica.

Consideraciones

- Este procedimiento debe ser realizado bajo fuente de calor radiante.
- El aseo cutáneo se realizará siempre que el niño esté con T° adecuada.
- Se posterga el retiro de unto sebáceo hasta que la condición del recién nacido se estabilice.
- Todo el material a utilizar deberá ser estéril y de uso individual.
- Utilizar el número de tómulas necesarias para asegurar una limpieza eficaz de la piel.
- Usar agua tibia o colocar las tómulas bajo calor radiante.
- Observar y registrar integridad y características de la piel.

VESTIMENTA DEL RN

Materiales

- 1 muda completa

Procedimiento

1. Previo a la atención dejar muda precalentándose en el siguiente orden: gorrito, calcetines, pañal desechable, camisa, pilucho, babycrest, todo esto envuelto en el pañal de tela y chal
2. Al término de la atención inmediata colocar la ropa al recién nacido en el mismo orden comenzando por los polos
3. Terminado de vestir al RN, se lleva donde su madre verificando los datos con el brazalete
4. Colocar RN al pecho para favorecer termorregulación y lactancia materna

DESINFECCIÓN TERMINAL DE LA UNIDAD

Materiales

- 1 lavatorio con agua con detergente y cloro
- Paño de limpieza
- Bolsas negras
- Guantes de procedimiento

Procedimiento

1. Previo lavado de manos colocarse guantes de procedimiento y retirar todo el material usado en la atención, dejarlo en área de lavado
2. La ropa se deja en una bolsa negra
3. Se prepara una solución de detergente con cloro o desinfectante usado en la unidad
4. Se procede a limpiar por arrastre todas las superficies incluyendo cuna calefaccionada (apagada), podómetro, pesa y otras superficies
5. Se enjuaga posteriormente las mismas áreas e idealmente se deja ventilar por media hora
6. Se procede a dejar armado todos los equipos de atención incluyendo aspiración, paquete de ropa estéril, bandeja limpia con termómetro, jeringa

desechable de 1 cc, tómulas estériles, etc.

PROCEDIMIENTOS SEGÚN NECESIDAD: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARÍNGEAS Y GÁSTRICAS

Objetivo

- Permeabilizar vía aérea superior, en caso de nacer deprimido y detectar la presencia de secreciones.

Materiales

- Sistema de aspiración central
- Silicona y frasco de aspiración
- Sondas de aspiración n° 8, 10, 12, 14 French
- Ampollas de agua bidestilada o suero fisiológico
- Guantes de procedimientos o estériles

Características sondas

- Punta redondeada atraumática
- Orificios laterales y orificio terminal
- Válvula de control de succión
- El conector es de polietileno
- Miden aprox. 50 cms.

ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA

Procedimiento

1. Reunir el material
2. Seleccionar sonda según peso del recién nacido
3. Realizar lavado de manos clínico
4. Conectar silicona y frasco a fuente central de aspiración
5. Regular la presión de aspiración (80 – 100 mm Hg o 8 – 10 cm de agua)
6. Abrir la ampolla de agua
7. Colocarse guantes (guantes estériles si es la primera aspiración, con el objeto de evitar la colonización inmediata del recién nacido)
8. Conectar sonda de aspiración estéril al extremo de la silicona
9. Introducir la sonda primero en la cavidad bucal y luego a las fosas nasales sin

ocluid, sin forzar el paso más allá de las zonas donde se encuentre resistencia, retirar lentamente aspirando continuamente ocluyendo la válvula de control de aspiración.

10. Repetir procedimiento si es necesario
11. Con el fin de evitar la obstrucción de la sonda por el contenido espeso de las secreciones, se debe aspirar intermitentemente agua estéril (ampolla)
12. Terminado el procedimiento aspirar agua para lavar la silicona, cortar la aspiración
13. Eliminar material según norma local
14. Retirarse los guantes
15. Lavarse las manos
16. Registrar cantidad y características de las secreciones en ficha de RN

Consideraciones

- Este procedimiento NO debe ser realizado de manera rutinaria
- Material debe estar estéril
- Sonda apropiada según peso estimado del RN, n° 6 RNpreT, n° 8 – 10 RNT, si lo que se aspira es meconio sonda grueso calibre n° 12 – 14 French
- Presión de aspiración RNpreT 80 mmHg, RNT 100 mmHg
- Se introduce la sonda primero en la cavidad bucal y luego faringe, fosas nasales, estómago si procede
- Se debe evitar obstrucción de la sonda aspirando en forma intermitente agua estéril
- Los frascos de aspiración deben ser lavados cada vez que se utilizan
- La goma de silicona cada 12 o 24 horas según norma local

ASPIRACIÓN GÁSTRICA

Procedimiento

1. El operador debe colocarse guantes estériles, tomar la sonda y sin tomar contacto con la piel del RN medir desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y desde ahí hasta el apéndice xifoides, realizar una marca hasta este punto sosteniendo con el dedo índice y pulgar de la mano izquierda (o menos diestra) y con la mano derecha introducir la sonda lentamente en dirección arriba y atrás hasta la marca
2. Una vez en la cavidad gástrica se ocluye el control de presión de aspiración de la sonda y se retira lentamente, manteniendo una aspiración continua, la aspiración debe ser breve por el riesgo de bradicardia, apnea, etc.
3. Observar calidad y cantidad de secreciones

Consideraciones

- Debe efectuarse aspiración gástrica una vez que el RN ha establecido oportunamente la respiración
- Al igual que la aspiración orofaríngea el tamaño adecuado de la sonda y presión de aspiración según corresponda
- No se recomienda de rutina el paso de una sonda al estómago para descartar atresia esofágica, por riesgo de lesiones de la mucosa esofágica y gástrica e incluso perforaciones
- Regular presión de aspiración previo al procedimiento
- No se debe aspirar en forma intermitente
- Suspender el procedimiento si el recién nacido presenta cianosis, bradicardia, apneas
- Para la obtención de contenido gástrico para cultivo y PMN se utilizará una sonda nelaton y jeringa de 10 cc y el contenido será depositado en frasco estéril

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

I. Desarrollo

1. Defina atención inmediata
2. En relación a aspiración de secreciones orofaríngeas, indique N° de sonda según EG, secuencia de aspiración y consideraciones.
3. ¿En qué casos se realiza sección precoz de cordón?
4. El brazalete de identificación del RN debe contener:
5. ¿Por qué es importante el contacto precoz del RN con su madre?
6. De acuerdo al ABC de la reanimación, señale cómo se prepara para recibir un RN
7. Señale manejo inmediato en situaciones especiales:
 - a) Gastrosquisis
 - b) Hernia Diafragmática Congénita
 - c) Mielomeningocele
 - d) Hijo madre Rh (-)
 - e) RNTPEG/GEG ó hijo madre diabética
 - f) Antecedente de sección precoz de cordón
 - g) Sospecha de infección ovular
 - h) Hijo madre VIH (+)

II. Aplicación

1. ¿Por qué es importante tener una rutina organizada para verificar la presencia y el funcionamiento de los insumos y el equipo de reanimación antes del nacimiento?
2. A partir de la lectura del caso clínico “Eventos adversos durante la transición conjunta”, realice una breve conclusión.
3. Señale medidas que adopta en atención inmediata para prevenir pérdidas de calor en el RN.

TOMA DE MUESTRA VENOSA POR MICROMETODO

INDICACIONES: Extracción de muestra sanguínea para exámenes realizados por micrométodo (bilirrubina, glicemia, hematocrito, pruebas cruzadas, dextro, Fenilquetonuria (PKU), Hipotiroidismo congénito (HC), etc.)

CONTAINDICACIONES:

- Infección local y/o hematoma en sitio de punción.

SITIOS DE PUNCION:

- Plexo venoso del dorso de las manos y pies.
- Fosa antecubital: vena basílica, cefálica y mediana.

EQUIPO:

- Capilares para exámenes
- Plasticina
- Alcohol puro 70°
- Tómulas de algodón
- Agujas N° 23 - 25 – 27G
- Guantes de procedimientos
- Caja de desechos y otra de eliminación de cortopunzante

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos y reunir el material.
2. Seleccionar vena a puncionar
3. Preparar sitio de punción limpiando zona de la piel con agua y jabón
4. Aseptizar zona de la piel con alcohol puro, dejar actuar
5. Ponerse guantes.
6. Tomar mano o pie del RN haciendo ligadura con los dedos índice y medio.
7. Puncionar con aguja elegida según calibre del vaso con bisel hacia

- arriba unavez que se visualizan vasos ingurgitados.
8. Realizada la punción fluirá sangre lentamente llenando la cabeza de la aguja, de este sitio se toma la muestra en capilares.
 9. Terminado de extraer la sangre dejar capilares en la Plasticina.
 10. Para la obtenci3n de muestra para PKU-TSH dejar caer libremente 5 gotas en papel filtro.
 11. Retirar aguja, desechar en cortopunzante y hacer hemostasia con t3rula seca.
 12. Sellar capilares con plasticina en un extremo y enviar a laboratorio con ordende examen.
 13. Retirarse guantes
 14. Realizar lavado de manos
 15. Realizar registros correspondientes

IMPORTANTE:

- En caso de hemoglucotest se verifica que la banda recolectora de sangre corresponda a la que se est  usando; luego se coloca la gota de sangre y se espera a que informe el resultado.
- En caso de tomar PKU y HC solo usar alcohol puro para aseptizar la piel y dejar caer las gotas de sangre sobre el papel secante.

PUNCIONES DE CAPILARES ARTERIOLIZADOS

INDICACIONES: Extracci3n de muestra sanguínea para exámenes realizados pormicrom todo (bilirrubina, glicemias, hematocrito, pruebas cruzadas).

CONTRAINDICACIONES:

- RN edematoso.
- Infecciones en el sitio de punci3n.

- Presencia de hematoma en el sitio de punción.
- Evidencia de vasoconstricción periférica o cianosis.

SITIOS DE PUNCIÓN:

- Porciones laterales de la superficie plantar del talón.
- Caras laterales de las falanges distales de la mano (dedo anular, medio e índice).

EQUIPO:

- Lanceta
- Tórula con jabón y tóruas con agua
- Tórula con alcohol puro
- Bolsa de desecho
- Guantes de procedimientos
- Cajas de eliminación de cortopunzante

TECNICA:

1. Lavarse las manos y reunir el material.
2. Limpiar el sitio de punción con tórula con jabón, luego agua, y luego alcohol.
3. Colocarse guantes.
4. Puncionar con una lanceta que alcance una profundidad de 2 a 2,4 mm o menos cuando se puncionan los dedos de la mano; realizar un movimiento continuo en dirección perpendicular al sitio de punción. Mantener la extremidad al mismo nivel del resto del cuerpo o más bajo durante la extracción.
5. Eliminar la primera gota de sangre limpiando con algodón, ya que ésta contiene gran cantidad de líquido intersticial que puede alterar la muestra.
6. Permitir que la sangre fluya libremente a través de la incisión sin necesidad de compresión.

7. Tomar la sangre del centro de la gota que se forma espontáneamente.
8. Terminada la toma de la muestra, comprimir el sitio de punción con una tórula seca hasta completar la hemostasia.
9. Retirarse guantes, enviar examen a laboratorio para su análisis.
10. Para la extracción de gases en sangre se realiza en la misma forma pero tomando las siguientes precauciones: evitar burbujas de aire en el capilar, sellar por un lado el capilar.

PRECAUCIONES:

- Nunca se debe puncionar la curvatura posterior del talón.
- No se debe utilizar sitios previamente puncionados que pudieran estar infectados.

COMPLICACIONES:

- Infecciones (tejidos blandos o huesos subyacentes)
- Osteocondritis
- Osteomielitis
- Celulitis (formación de abscesos).

VACUNACION BCG

Vacuna: Es un preparado biológico destinado a provocar una inmunidad de tipo activa específica. Suele provocar una verdadera enfermedad pero siempre de carácter leve, y puede estar constituida por elementos vivos, muertos o toxinas atenuadas.

Vacuna BCG: Es una vacuna liofilizada constituida por una suspensión de bacilo Calmette-Guerin (bacilo de tuberculosis bovina atenuada en medio de papa biliada) y diluida en líquido de Santón al 25%. Está envasado en ampollas de vacunas desecadas, y debe ser diluida con 1 ml. de suero

fisiológico.

Objetivo: Inmunizar contra la tuberculosis a todos los recién nacidos.

Indicación: niños con un peso mayor a 2.000 gramos y que no presenten síndrome de inmunodeficiencia.

- No se vacuna a:
 - Hijo de madre con TBC activa
 - Hijo de madre VIH + hasta tener autorización de infectología
 - Lesiones de piel en sitio de punción: infección, dermatosis, etc.

Dosis: 0,05 cc

Vía de administración: Rigurosamente INTRADÉRMICA

Equipo: Bandeja que contenga jeringas desechables de 1 cc.; agujas G27 o G25 desechables; una aguja desechable G21 para preparar; jeringa desechable de 2 o 3cc; riñón estéril; tómulas de algodón estéril; caja de desecho; ampollas de vacuna y suero.

Vía de administración: Intradérmica.

Procedimiento:

Preparación:

- 1.- Lavado de manos antes y después de puncionar.
- 2.- Revisar bandeja con equipo de vacunación y temperatura del termo de vacunación (2 - 8 grados C). Verificar fecha de vencimiento de las vacunas y anotar número de lote en registro correspondiente.
- 3.- Retirar cubierta plástica de la ampolla del suero y aspirar con la jeringa de 2 cc y la aguja G21.
- 4.- Agregue el disolvente salino a la ampolla de la vacuna, disuelva el contenido aspirando el contenido varias veces por las paredes para homogenizar la muestra con movimientos suaves.
- 5.- Cargue las jeringas de 1 cc con la dosis necesaria (0.05 cc) considerando

excedente para la aguja y coloque la aguja G25 con el bisel de la aguja en relación con la escala graduada, de acuerdo al número de niños a vacunar.

6.- Deje las jeringas en el termo a medida que realiza la carga, tapar el termo una vez finalizado el total de dosis.

7.- Retire aguja del frasco ampolla de vacuna BCG y elimine en cortopunzante.

8.- Registre hora de reconstitución y lote de vacuna BCG.

Administración:

1.- Abrir el termo y retirar jeringa cargada e informar a la madre el procedimiento a realizar.

2.- Verifique la identificación del RN

3.- Descubra el hombro izquierdo e inmovilice el cuerpo y los brazos con una mantilla, sujetándolo firmemente para realizar la punción.

4.- Estirar suavemente la piel, introduzca la aguja con el bisel hacia arriba en las capas superficiales de la piel en la cara exterior del brazo a 2 dedos del vértice del hombro del RN.

5.- Con lentitud inyecte la dosis completa formando una pápula.

6.- Retire la aguja suavemente, deseche en cortopunzante y la jeringa en receptáculo especial.

7.- Deje cómodo al recién nacido.

8.- Registrar la técnica en los registros correspondientes; libros de vacuna, carne de vacuna, ficha clínica y en el registro nacional de inmunizaciones (RNI).

9.- Informe a la madre de las características de la evolución de la vacuna.

Precauciones de la técnica:

- No usar antiséptico porque tiñe la piel y no se puede apreciar la reacción y lo que espere, ANULARA SU EFECTO.

- La aguja se introduce 2 mm, si es más profundo se altera la reacción esperada.

- El bisel debe verse a través de la piel.
- No se debe aspirar, porque la dermis carece de vasos sanguíneos.
- La dosis debe ser exacta (0,05 ml). Una cantidad menor no garantiza efectividad y una mayor trae complicaciones. Por ningún motivo guiarse por el tamaño de la pápula.
- Al inyectar el líquido debe empujarse el émbolo con el dedo pulgar para evitar perforarla pápula.
- El diluyente de la vacuna no debe ser reemplazado.
- No agitar vigorosamente la vacuna una vez reconstituida para evitar destrucción de los bacilos.
- Una vez reconstituida dura 4 horas.

Evolución de la vacuna: En las primeras 24 hrs puede producirse en el sitio de la inyección una reacción local de algunos milímetros de diámetro (máculo-pápulo con punteado amarillo); esta inflamación pasa rápidamente. Entre la segunda y cuarta semana se forma un nódulo del tamaño de una lenteja o un poco mayor, que a menudo se reblandece en el centro y suele dar salida por algunos días o semanas, a una pequeña cantidad de pus. En este caso la úlcera cura en un número variable de días, dejando una cicatriz. Para los efectos podría decirse, si un niño no tiene cicatriz se considera NO VACUNADO, y debe hacerse un test para cuantificar si efectivamente ese niño fue inmunizado; no se vuelve a vacunar sin tomar este examen (PPD).

CADENA DE FRIO

Se denomina cadena de frío al proceso de conservación, manejo y distribución de las vacunas. En general se considera que la cadena de frío tiene tres niveles:

A.- CENTRAL: A nivel nacional o central, con sus depósitos de vacunación y cuartosfríos. Es el primer eslabón de la cadena.

B.- REGIONAL: Localizados en las provincias, estados o gobernaciones con refrigeradores y congeladores.

C.- LOCAL: Ubicados en centros de salud, hospitales, postas rurales, etc., con refrigeradores y termos.

CONSERVACION DEL FRIO: El espacio libre del congelador debe llenarse con el número de paquetes de hielo que puedan congelarse en un periodo de 24 hrs., cuidando de que la temperatura interna del refrigerador no exceda en ningún momento los +10 C. La colocación de botellas de plástico llenas de aguas en los estantes inferiores del refrigerador ayuda a estabilizar la temperatura interna más rápidamente después de abrir la puerta. Las pruebas realizadas a una temperatura ambiente de + 43° C, confirmaron que un refrigerador tardaba 120 min en recuperar la temperatura

interna de + 10°C cuando no se usaban botellas de agua, pero solo 52 min cuando se usaban las botellas.

Los paquetes se congelan más rápidamente cuando se colocan de costado, que cuando se apilan.

Los paquetes de hielo y las botellas de agua deben guardar entre sí una distancia de 2,5 a 5 cm. y estar situados a idéntica distancia de las paredes del refrigerador para que el aire circule.

Utilice de preferencia botellas de plástico flexible llenas de agua. Durante cortes de electricidad, estos paquetes o botellas permiten mantener el frío estable hasta por seis horas a altitud de sierras, siempre y cuando el refrigerador en este lapso de emergencia no se abra (es conveniente sellar con tela adhesiva la puerta).

VERIFICACION DE LA TEMPERATURA:

Es fundamental verificar la temperatura en la zona central del refrigerador, idealmente cada 12 hrs. Para esta operación puede utilizarse un termómetro de vidrio tipo varilla que deberá colocarse en el estante central.

RECIPIENTES DE REFRIGERACION DE VACUNAS:

Los termos se utilizan para el transporte y conservación de pequeñas cantidades de vacuna.

Para el transporte y conservación de cantidades mayores de vacuna se utiliza la caja fría.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los recién nacidos (RN) son capaces de realizar una transición posnatal normal en forma espontánea. El personal de salud que atiende al recién nacido en el momento del nacimiento, debe disponer de los conocimientos y la experiencia suficientemente acreditados para reconocer una posible situación de riesgo en el momento del parto y el nacimiento, para establecer los mecanismos necesarios para su tratamiento.

Los recién nacidos, aunque no presenten patología requieren una serie de cuidados y procedimientos de rutina, así como una valoración cuidadosa de su estado general y la puesta en marcha de medidas que garanticen la correcta transición a la vida extrauterina.

El presente Apunte de Procedimientos, permitirá fortalecer el cuidado de la salud del recién nacido durante la atención inmediata al nacer, el período de transición (primeras horas de vida), atención en la Unidad de Puerperio y previo a ser dado de alta con su madre del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías Clínicas de Neonatología. Servicio de Neonatología Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Broussé, 2020
2. Norma Técnica para la atención integral del recién nacido. Subsecretaría de Salud Pública, Chile, Minsal 2016.
3. Guías Nacionales de Neonatología 2005. DIPRECE.
4. Tapia, José Luis; González, Alvaro. Neonatología. Tercera Edición. Ed. Mediterráneo. 2008.
5. Riquelme, Elisa; Novoa, José. Manual de Procedimientos y Cuidados de Enfermería Neonatal. Ed. Mediterráneo, 2004.
6. Támez, R; Silva, M. "Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal".
7. Fernández, P. "Manual de enfermería neonatal cuidados y procedimientos". Ed. Mediterráneo, 2009.