

# ENFERMERÍA

---

## CUIDADOS DEL NIÑO ENFERMO.

**Ángeles Rojo Ferrer.**

Coordinadora: **Ana Parro Moreno**



## **1 Cuidados del recién nacido enfermo.**

- 1.1** Recién nacido pretérmino.
  - 1.1.1** Características morfológicas.
  - 1.1.2** Características funcionales.
- 1.2** Recién nacido posttérmino (RNPT).
- 1.3** Exploración física del recién nacido.
  - 1.3.1** Cráneo.
  - 1.3.2** Tórax.
  - 1.3.3** Columna.
  - 1.3.4** Abdomen.
  - 1.3.5** Genitales.
  - 1.3.6** Extremidades.
  - 1.3.7** Piel.
- 1.4** Problemas relacionados con la alimentación.
  - 1.4.1** Alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV).

## **2 Urgencias pediátricas.**

- 2.1** Fiebre.
- 2.2** Deshidratación (DH).
- 2.3** Convulsiones.
- 2.4** Distrés Respiratorio.
  - 2.4.1** Distrés respiratorio en el neonato.
  - 2.4.2** Síndrome de dificultad respiratoria por aspiración de meconio.
  - 2.4.3** Enfermedad de membrana hialina.
- 2.5** Patología respiratoria del lactante y del niño mayor.
  - 2.5.1** Bronquiolitis.
- 2.6** Muerte súbita de lactante.
- 2.7** Trastorno del lenguaje.
- 2.8** Bioética y recién nacido.

## **3 Bibliografía.**

# 1. Cuidados del recién nacido enfermo

No todos los recién nacidos nacen a término ni con el peso adecuado, tampoco se adaptan de la misma manera a la vida extrauterina, y además muchos nacen con diferentes patologías. En este tema vamos a intentar conocer el papel de la enfermera cuando se encuentra con este tipo de pacientes.

Para realizar la **clasificación de los recién nacidos** se toman como referencia la edad gestacional y el peso. (Imagen 1).

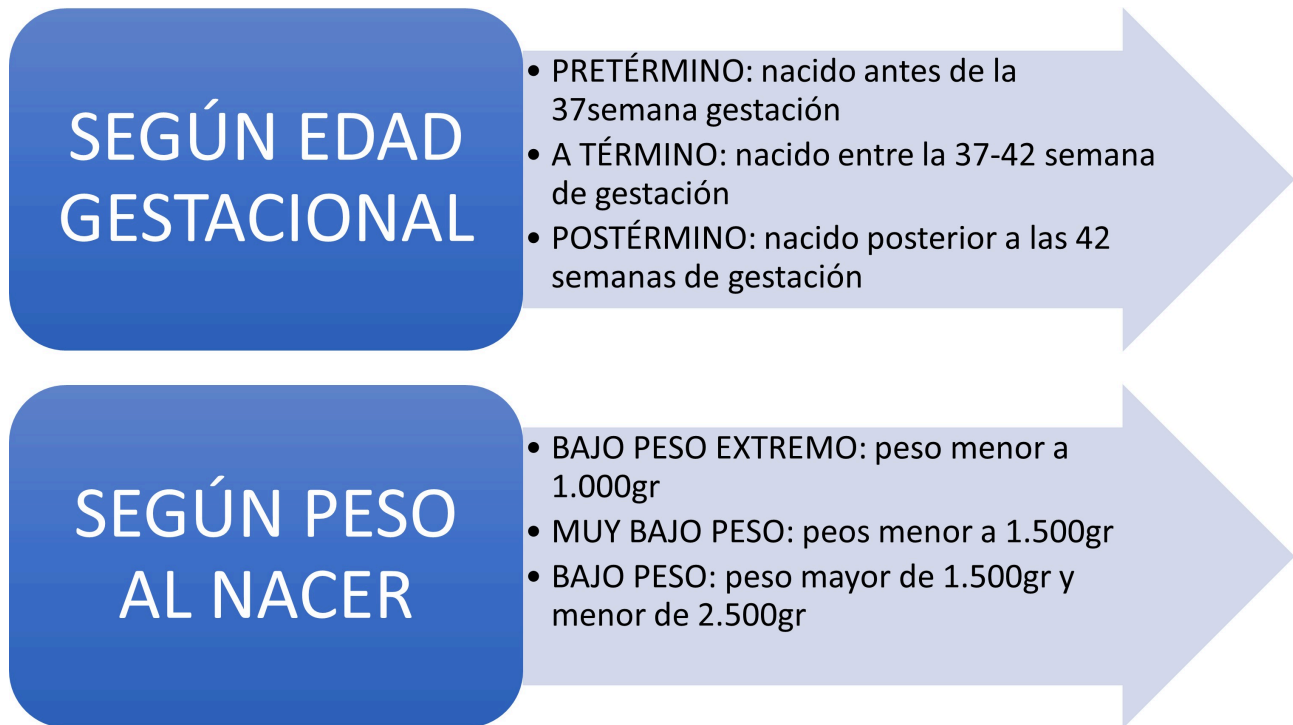


Imagen 1. Clasificación del Recién Nacido. Fuente: Elaboración propia.

## 1.1. Recién nacido pretérmino

Aunque más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los últimos 20 años, han aumentado las tasas de nacimientos prematuros. Ello puede explicarse, entre otros factores: por una mejora de los métodos de evaluación; el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos contra la infertilidad, que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples; y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término.

La edad gestacional tiene clara relación con el curso evolutivo posterior; de ahí, la necesidad de estandarizar la terminología médica relacionada con la maduración neonatal más con la edad gestacional (EG) que con el peso al nacimiento. Esto nos permitirá establecer mejor la vulnerabilidad de estos niños y adecuar los cuidados que precisan.

Consideramos niño prematuro según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nacido antes de la semana 37 de gestación.

### 1.1.1. Características morfológicas

- ↗ **DELGADEZ:** escasos depósitos grasos.
- ↗ **PIEL LISA Y BRILLANTE.**
- ↗ **LANUGO ABUNDANTE:** vello por todo el cuerpo.
- ↗ **CARTÍLAGO PABELLÓN AURICULAR:** blando y flexible.
- ↗ **SURCOS PLANTARES Y PALMARES:** escasos.
- ↗ **HUESOS:** blandos.
- ↗ **NIÑOS:** pocas arrugas en escroto y testículos no descendidos.
- ↗ **NIÑAS:** labios menores y clítoris prominentes, y no recubiertos por labios mayores.
- ↗ **EXTREMIDADES:** en extensión. Hipotonía.

### 1.1.2. Características funcionales

- ↗ **INMADUREZ CARDIOVASCULAR:** la perfusión de los órganos puede estar alterada, por lo que pueden aparecer complicaciones renales. Intestinales como la enterocolitis necrotizante, etc...
- ↗ **INMADUREZ PULMONAR:** el déficit de surfactante puede desencadenar la enfermedad de la membrana hialina.
- ↗ **INMADUREZ DIGESTIVA:** mala tolerancia a la alimentación, siendo necesaria en ocasiones la alimentación parenteral.
- ↗ **INMADUREZ NEUROLÓGICA:** riesgo de hemorragias intracraneales.
- ↗ **INMADUREZ RENAL:** riesgo de deshidratación o hipervolemia.
- ↗ **INMADUREZ ENDOCRINA:** alteración de las glándulas suprarrenales y del tiroides.
- ↗ **INMADUREZ HEMATOLOGICA:** de forma tardía puede aparecer anemia por déficit y eritropoyetina.
- ↗ **INMADUREZ DE LA PIEL:** tendencia a la hipotermia. Mayor riesgo de infecciones por falta de estrato corneo protector.
- ↗ **INMADUREZ INMUNOLÓGICA:** las inmunoglobulinas que presentan son las que atravesaron la placenta durante la gestación (IgG).

#### RECUERDA



Los **Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD)** son unas medidas instauradas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCINs) con el fin de disminuir los agentes estresantes para el recién nacido y fomentar la activa participación de los padres en los cuidados de sus hijos, favoreciendo así su desarrollo.

## 1.2. Recién nacido postérmino (RNPT)

Una gestación prolongada que dura más de 42 semanas de gestación (SG), se considera al recién nacido postérmino, el cual presenta una serie de características fisiológicas comunes como:

- ↗ Pelo abundante y grueso.
- ↗ Lanugo y vérmix escaso.
- ↗ Surcos palmares y plantares.
- ↗ Pabellón auricular rígido y poco deformable.

La presencia de oligoamios (disminución del líquido amniótico) y meconio en líquido amniótico en casos de RNPT es frecuente, incrementando el riesgo de compresión del cordón, hipoxia y síndrome de aspiración meconial. Además de aumento en la frecuencia de distocias y traumatismos en el parto.

## 1.3. Exploración física del recién nacido

### 1.3.1. Cráneo

- ⌞ **CRANEOSINOSTOSIS:** cierre precoz de una o varias suturas craneales que produce alteraciones en la forma del cráneo.
- ⌞ **HIDROCEFALIA:** alteración en la circulación del líquido cefalorraquídeo que se manifiesta por una dilatación y un acúmulo de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos cerebrales.
- ⌞ **MICROCEFALIA/MACROCEFALIA:** tamaño craneal de dos o más derivaciones estándar por debajo o por encima de la media, respectivamente.
- ⌞ **PLAGIOCEFALIA:** diferentes tipos de deformidad craneal.
- ⌞ **CAPUT SUCEDANEUM:** se produce por la presión prolongada del occipucio fetal sobre la pelvis materna
- ⌞ **CEFALOHEMATOMA:** se produce por hemorragia subperióstica, asociada a parto traumático con uso de instrumental.

#### RECUERDA



- CAPUT SUCEDANEUM:
- Edema del **tejido subcutáneo**.
  - En el momento del **parto**.
  - **Occipucio**.
  - **Tiene líquido** en la palpación.
  - **No** respeta suturas.
  - **No** fluctúa.
  - **No** calcificación residual.
  - **Se resuelve en unos días**.

#### RECUERDA



- CEFALOHEMATOMA:
- Hemorragia subperióstica.
  - Horas después del parto.
  - Parietal.
  - No se palpa.
  - Sí respeta suturas.
  - Sí fluctúa.
  - Sí calcificación residual.
  - Se resuelve en 2-3 semanas.

### 1.3.2. Tórax

- ⌞ **PECTUS EXCAVATUM:** hundimiento del esternón.
- ⌞ **PECTUS CARINATUM:** el pecho protruye en quilla de barco.
- ⌞ **POLITELIA:** mamilas supernumerarias.

### 1.3.3. Columna

Se deben valorar defectos del cierre del tubo neural (espina bífida) por déficit de folatos en la gestación.

### 1.3.4. Abdomen

- ⌞ **GRANULOMA UMBILICAL:** pequeño nódulo de tejido en el lecho del ombligo, que puede medir hasta 1cm, con superficie lisa e irregular de color rosado.

- ▮ **ONFALITIS:** infección del cordón umbilical, se presenta con eritema, edema y secreción maloliente.
- ▮ **HERNIA UMBILICAL:** defecto del cierre de la fascia abdominal, que permite la protusión del contenido intestinal, a través del anillo umbilical.
- ▮ **ONFALOCELE CONGÉNITO:** evisceración del paquete abdominal con revestimiento peritoneal.
- ▮ **GASTROSQUISIS:** evisceración sin revestimiento peritoneal.

### 1.3.5. Genitales

#### GENITALES MASCULINOS:

- ▮ **TORSIÓN TESTICULAR.**
- ▮ **CRIPTORQUÍDEA:** ausencia de testículos en el canal escrotal, suelen estar en el canal inguinal o en el abdomen.
- ▮ **BALANITIS:** inflamación o infección del glande que cursa con dolor, eritema y dolor.

#### GENITALES FEMENINOS:

- ▮ **SINEQUIA:** o adherencia de los labios menores que impide la evacuación de las secreciones vaginales.
- ▮ **HIDROMETROCOLPOS:** imperforación del himen.

### 1.3.6. Extremidades

- ▮ **LUXACIÓN (DISPLASIA) CONGÉNITA DE CADERA:** presente o provocada en el parto. Se debe valorar la asimetría de las caderas con **MANIOBRA DE ORTOLANI** (reducción de una cadera previamente luxada) y **MANIOBRA DE BARLOW** (luxación de una cadera reducida, luxable o displásica).
  - ▮ **FACTORES DE RIESGO:** antecedentes familiares, parto nalgas, sexo femenino.
  - ▮ **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:** ecografía y radiografía en proyección de Von Rosen.
  - ▮ **TRATAMIENTO:** Dispositivo de posicionamiento no quirúrgico o Arnés de Pavlik, Yeso y Cirugía.
- ▮ **SINDACTILIA:** fusión de los dedos.
- ▮ **POLIDACTILIA:** presencia de dedos accesorios.
- ▮ **CLINODACTILIA:** incurvación de los dedos.
- ▮ **AGENESIA:** falta de algún dedo.
- ▮ **MICROMELIA:** acortamiento de algún miembro.
- ▮ **PARÁLISIS BRAQUIAL:** se resuelve en pocos días.
- ▮ **FRACTURA DE CLAVÍCULA:** se suele resolver en pocos días.

### 1.3.7. Piel

#### ICTERICIA

La ictericia clínica es un concepto que hace referencia a la coloración amarillenta de piel y mucosas, ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina.

Ante un caso de ictericia, se debe realizar una historia clínica adecuada y exploración física completa:

- ▮ **Anamnesis:** edad materna, existencia de diabetes gestacional, medicaciones maternas (oxitocina), raza, edad gestacional, momento de aparición, ictericia neonatal en hermanos, antecedentes neonatales (policitemia, riesgo infeccioso), tipo de alimentación, pérdida de peso. Antecedentes de hematomas (cefalohematomas o caput hemorrágico) o fracturas (callo de fractura en clavícula). Eliminación de meconio. Presencia de coluria/acolia.
- ▮ **Exploración física:** coloración de piel y mucosas. Estado general, reactividad a estímulos y despistaje de signos de infección. Extravasación de sangre o callos de fractura. Existencia de masas abdominales o hepatoesplenomegalia. Signos de onfalitis. Signos de hipotiroidismo.

Por hiperbilirrubinemia se entiende la elevación de bilirrubina por encima de 5 mg/dl<sup>(1)</sup>. Es muy común en el recién nacido (RN) y, para algunos autores, alrededor del 60% de los RN a término y el 80% de los RN pretérmino desarrollarán ictericia en la primera semana de vida<sup>(2)</sup>. Piel y mucosas amarillentas por acumulación de bilirrubina indirecta.

- ▮ **Fisiológica:** cuando aparece después de las primeras 24 horas y se resuelve espontáneamente.
- ▮ **Patológica:** Si aparece antes de las 24 horas y se prolonga más de una semana.
- ▮ **Tratamiento:** Fototerapia y/o exanguinotransfusión.

### ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO POR ISOINMUNIZACIÓN

La exposición materna a los antígenos extraños de los hematíes fetales causa la producción de anticuerpos IgG maternos, que destruyen los hematíes fetales, fundamentalmente, en el bazo (macrófagos y linfocitos k y Nk) (10). El antígeno más frecuentemente implicado es el antígeno D; así como, los antígenos A y B. Si el resultado de la prueba de Coombs es positivo, es necesario identificar el anticuerpo frente a un amplio grupo de antígenos eritrocitarios o frente a los hematíes paternos. Debido a la administración profiláctica de inmunoglobulina anti D en las madres Rh negativas, los casos de enfermedad hemolítica por Rh son hoy en día casos residuales, siendo la causa más frecuente, las isoinmunizaciones frente a los antígenos A o B. Además, existen otros tipos de antígenos (E, C, c, Kell, Duffy, etc.), responsables de un porcentaje no despreciable de anemia hemolítica isoinmune.

**Ictericia por incompatibilidad Rh:** la enfermedad hemolítica por Rh no suele afectar al primer embarazo y sí al segundo y posteriores embarazos (anticuerpos IgG).

**Enfermedad hemolítica ABO del RN:** se produce por la reacción de los anticuerpos maternos, antiA o antiB, frente al antígeno A o B de los hematíes del feto o del recién nacido. Se suele producir en los casos en los que la madre es grupo O, siendo el neonato grupo A o B; ya que, estas madres producen anticuerpos IgG que pasan a la placenta. Este tipo de incompatibilidad puede afectar al primer embarazo. No suele existir enfermedad fetal y, en general, son formas moderadas, pero pueden presentarse como formas graves, en particular, de forma familiar.

#### RECUERDA



##### **NO ES PATOLÓGICO, se resuelve espontáneamente.**

**ACROCIANOSIS:** Cianosis localizada en manos y pies, debido al periodo de adaptación circulatoria y frecuente las primeras 24 horas.

**CUTIS MARMORATA:** Piel reticulada por inestabilidad vascular.

**FENÓMENO DE ARLEQUIN:** Parte del cuerpo apoyada rosada y resto pálida por inestabilidad motora.

**PLÉTORA:** Rojo intenso de la piel que aumenta con el llanto por poliglibulia.

**VÉRMIUM CASEOSA:** Grasa blanquecina que protege y recubre la piel, con función bactericida.

**LANUGO:** Vello fino del cuerpo que desaparece a las pocas semanas.

**MILLIUM FACIAL:** Papilas blanquecinas sebáceas en nariz, mentón, frente y mejillas.

**ERITEMA TÓXICO:** Pápulas puntiformes blancas sobre base eritematosa, en cara, tronco y extremidades. Inicio a las 48-72 horas de vida, en forma de "huevo frito".

**MANCHA MONGÓLICA O DE BALTZ:** Mancha azul en sacro, nalgas.

## 1.4. Problemas relacionados con la alimentación

### 1.4.1. Alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV)

La proteína más alérgica es la b-lactoglobulina, después la sigue la cafeína. Las manifestaciones de la alergia pueden ser desde una urticaria, tos, edema de glotis, hipotensión, vómitos, diarrea heces con sangre...

Los pacientes con alergia a la leche de vaca, recibirán con lactancia artificial leche hidrolizada, y la lactancia materna no está en ningún momento contraindicada.

	ALERGIA PLV	INTOLERANCIA LECHE VACA
PROCESO INMUNOLÓGICO	Sí	NO
CLÍNICA	Síntomas inmediatos	Síntomas digestivos
ANTECEDENTES FAMILIARES	Sí	No
TRATAMIENTO	Retirada leche vaca al niño y a la madre con lactancia materna	Retirada leche vaca al niño y a la madre con lactancia materna

**Tabla 1.** Comparativa entre Alergia PLV e Intolerancia leche de vaca. Fuente: Elaboración propia.

## 2. Urgencias pediátricas

### 2.1. Fiebre

#### RECUERDA



HIPOTERMIA: <36°C.  
FEBRÍCULA: 37-38°C.  
FIEBRE MODERADA: 38-39°C.  
FIEBRE ELEVADA: 39-40°C.  
HIPERPIREXIA: >40°C.

**FIEBRE SIN FOCO:** sin que el lactante presente cuadro catarral evidente, taquipnea o proceso diarreico.

**FIEBRE DE CORTA DURACIÓN:** presentando foco, frecuentemente asociado a enfermedades virales del tracto respiratorio superior, aunque en ocasiones podrían ser por bacterias (otitis, amigdalitis)

**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO:** proceso febril de al menos 14 días de duración en el cual la anamnesis, exploración no son capaces de establecer el origen del proceso.

#### CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL SÍNDROME FEBRIL

Signos de hipoperfusión tisular (cianosis, palidez), exantema petequial generalizado, afectación del nivel de conciencia, signos de insuficiencia respiratoria.

#### ESCALAS GRAVEDAD FIEBRE:

ESCALA DE GRAVEDAD DE YIOS.

ESCALA DE GRAVEDAD DE YALE o de McCarthy.

## 2.2. Deshidratación (DH)

La deshidratación aguda (DA) es una alteración del balance hidroelectrolítico del organismo ocasionada por disminución del aporte de líquidos, aumento en las pérdidas corporales o ambas simultáneamente, pudiendo generar un compromiso de las funciones del cuerpo.

	LACTANTES	NIÑOS MAYORES
DH LEVE	<5%	<3%
DH MODERADA	5-10%	3-7%
DH GRAVE	>10%	>7%

**Tabla 2.** Cálculo de la pérdida porcentual de peso. Fuente: Elaboración propia.

### RECUERDA



Cuando no se dispone de un peso fiable se pueden aplicar escalas como la de **Fortin y Parent**.

## 2.3. Convulsiones

Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría, en el recién nacido la causa más frecuente es la encefalopatía hipóxico-isquémica, y en el lactante la fiebre.

## 2.4. Distrés respiratorio

### 2.4.1. Distrés respiratorio en el neonato

Los recién nacidos con problemas respiratorios presentan una serie de signos que no indican la causa del problema. La intensidad de los signos indicará la gravedad del paciente: taquipnea, retracción esternal, quejido respiratorio, aleteo nasal.

### RECUERDA



Para valorar la dificultad respiratoria existe el test de **Silverman-Andersen**.

### 2.4.2. Síndrome de dificultad respiratoria por aspiración de meconio

Complicación frecuente con consecuencias a veces grave de la asfixia perinatal, frecuente en recién nacidos a término o postérmino.

La asfixia intrauterina estimula la motilidad gastrointestinal y la relajación del esfínter anal, provocando el paso de meconio al líquido amniótico.

### 2.4.3. Enfermedad de membrana hialina

Cuadro de dificultad respiratoria en el recién nacido pretérmino, por falta de surfactante pulmonar, lo que ocasiona un colapso alveolar, produciendo una atelectasia progresiva, y a una hipoxia creciente.

## 2.5. Patología respiratoria del lactante y del niño mayor

### 2.5.1. Bronquiolitis

Infección vírica aguda del tracto respiratorio inferior que afecta a lactantes o niños pequeños.

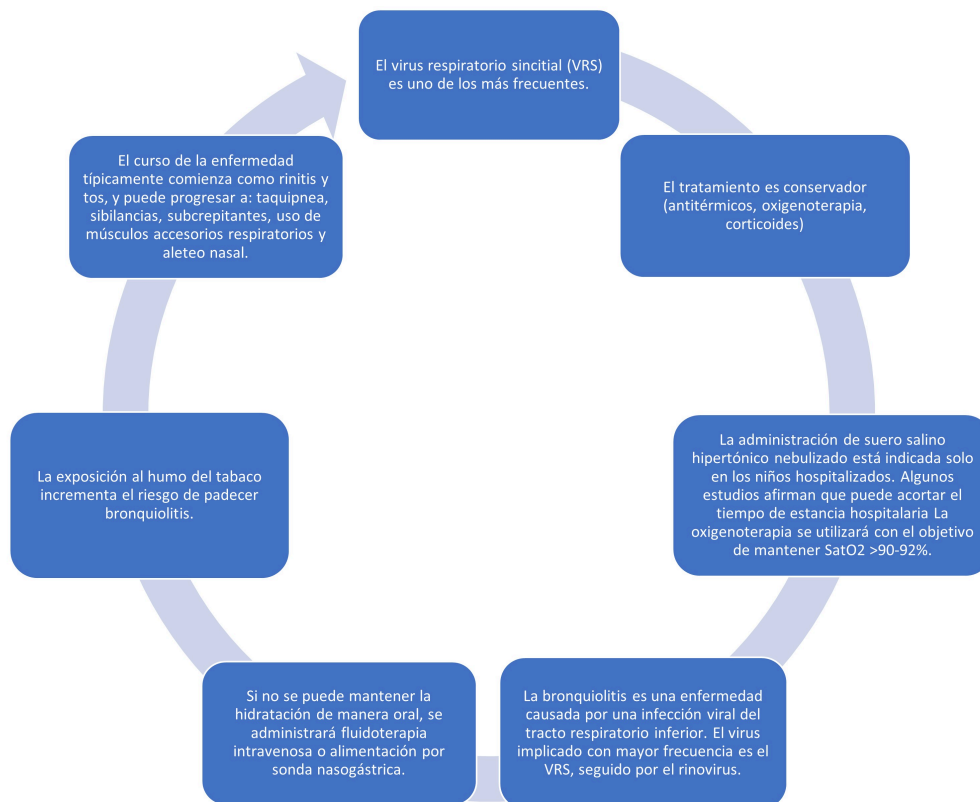


Imagen 2. Bronquiolitis. Fuente: Elaboración propia

## 2.6. Muerte súbita de lactante

Muerte repentina e inesperada del niño menor de un año de edad, que aparentemente no tiene ninguna patología previa. Se confirma muerte súbita tras la autopsia. El fallecimiento se produce por una parada respiratoria, que tiene origen en la inmadurez del sistema nervioso y la función cardiorrespiratoria.

#### Factores de riesgo:

- ▮ Edad: el 90% se produce entre los 2-4 meses.
- ▮ Sexo: tres de cada cinco casos son varones.
- ▮ Horario: mientras duermen.
- ▮ Estación: meses fríos.
- ▮ Antecedentes familiares: con hermanos.
- ▮ Lactancia: más frecuente en lactancia artificial.

- ▮ Factores ambientales: nivel socioeconómico bajo, áreas urbanas, mucho calor.
- ▮ Antecedentes de apnea.
- ▮ **Recomendaciones:**
  - ▮ Dormir boca arriba.
  - ▮ Superficie rígida para dormir.
  - ▮ No abrigar mucho.
  - ▮ No fumar ni fumar en entorno.
  - ▮ Lactancia materna.

## 2.7. Trastorno del lenguaje

---

Los trastornos del lenguaje agrupan el conjunto de problemas que interfieren en la comunicación verbal a causa del desarrollo ineficiente de cualquier mecanismo implicado en el lenguaje, sin olvidar que la repercusión no se limita al intercambio de información, sino que también incide en el aprendizaje, el razonamiento, la interacción social, las emociones y la calidad de vida.

La investigación sobre el lenguaje y sus alteraciones se inició con el estudio de las lesiones cerebrales en personas adultas, donde se pudieron observar patrones clínicos relativamente estables y semiológicamente diferenciados, por ejemplo: afasias expresivas, agnosias verbales, alexias, etc. En estas lesiones fue posible intuir una relación causal entre la localización de la lesión y el tipo de disfunción del lenguaje.

En edades infantiles la situación es muy distinta. Los niños, como es obvio, pueden sufrir las mismas lesiones que el adulto, pero, aparte de ser menos frecuentes, inciden en un cerebro en fase evolutiva, lo cual condiciona diferencias respecto a los problemas del lenguaje del adulto. Sin embargo, no es un objetivo de esta revisión el abordaje de las lesiones adquiridas durante la infancia.

La **adquisición del lenguaje** se inicia en las últimas semanas de gestación, cuando el feto percibe a través del líquido amniótico los sonidos que emite la madre. De este modo, un bebé recién nacido es capaz de discriminar entre los fonemas de la madre y los de las otras personas, al igual que entre los sonidos del habla de la lengua materna y los de otra lengua.

Durante el primer mes se irá adquiriendo mayor versatilidad discriminativa para los sonidos que más se repiten. El mecanismo operativo es el uso de inferencias estadísticamente significativas, algo tan elemental como que lo que más se escucha, más se recuerda.

Hacia los 6 meses se incorpora la repetición de fonemas (balbuceo) y se progresa hacia un tipo de discurso carente de significados (jerga). En algunos casos, la modulación de la jerga puede simular la cadencia del discurso adulto, lo cual si es persistente y muy elaborado deberá despertar la sospecha de un trastorno del espectro autista (TEA).

Alrededor del primer año, se adquiere la capacidad de articular algunas palabras con significado y, a partir de los 2 años, es habitual emitir frases de dos o tres palabras. Entre los 3 y 5 años, se incrementa el vocabulario y la complejidad de las frases, simultáneamente a la incorporación de las reglas básicas gramaticales y sintácticas.

## 2.8. Bioética y recién nacido

---

La Bioética (de *bios*, vida y *ethos*, ética), en el diccionario de la Real Academia Española se define «la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos». Bioética es un nombre utilizado por vez primera por el médico oncólogo de Wisconsin (USA) Van Rensselaer Potter en su libro: “Bioética: Un Puente al Futuro” en el que propone la siguiente definición: «Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, a la luz de valores y principios morales».

Es precisamente este término un problema que despierta gran interés entre los especialistas que tienen que ver con la salud, que ha demostrado ser capaz de adentrarse en forma general y profunda en aspectos relativos a la conducta de los seres humanos ante la naturaleza y la vida.

Los profesionales de la salud, han tenido que modificar gradualmente su actuar ante el proceso salud-enfermedad; en parte, suscitado al gradual surgimiento de normas bioéticas y por otro lado, por postura demandante que han adoptado los pacientes y/o familiares. También han contribuido otros factores, como son, los amplios recursos de diagnóstico y terapéuticos con que cuenta la medicina actual, que son producto de los avances científicos y tecnológicos de las ciencias médicas; la amplia cobertura de información accesible a la población general acerca de las enfermedades, sus causas y tratamiento. Ahora es imprescindible que la relación enfermera-paciente se establezca mediante un vínculo de confianza y responsabilidad entre ambas partes: quien brinda la atención y quien la recibe; el paciente que demanda acciones para restaurar su salud y la enfermera que deberá responder con decisiones fundadas en conocimientos y pericia, y conforme a normas, estándares y juicios de valor.

La neonatología ha experimentado fundamentalmente en estas últimas décadas un gran desarrollo, basado en la progresiva mejora en los programas en salud al generar protocolos de atención, creación de las Unidades de Cuidado intensivo neonatal, avances farmacológicos, innovaciones tecnológicas, actualización médica continua, entre otros, cuyo impacto se traduce en disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal. Al mismo tiempo trae consigo la necesidad de identificar en la etapa pre y perinatal a los recién nacidos de riesgos, establecer los cuidados especializados y la aplicación de los principios de la bioética imprescindibles en el manejo de esta población tan vulnerable.

## 3. Bibliografía

---

1. Aguilera Albesa S, Orellana Ayala CE. Trastornos del lenguaje. *Pediatr Integral*. 2017; XXI: 15-22.
2. American Academy of Pediatrics. Subcommittee of Hyperbilirubinemia. Clinical practice guideline: management of Hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004; 114: 297-316.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM. N° 2007/05. Actualmente en proceso de actualización.
4. Omeñaca Teres F, Cámara Mendizábal C, Valverde Núñez E. Enfermedad hemolítica del recién nacido. En: *Protocolos de Neonatología*. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. 2008; p. 384-388.
5. Programa Salud Infantil. PrevInfad. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En: *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línea] [actualizado en mayo del 2014, consultado el 20 de abril de 2019]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/actividades-por-edad-rec>.
6. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014; 134(5): e1474–e1502.

7. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. Sociedad Española de Neonatología (SENeo). Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo\\_prematuro\\_tardio.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_prematuro_tardio.pdf).
8. Rodríguez Miguélez JM, Figueras Aloy J. Ictericia neonatal. En: Protocolos de Neonatología. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. 2008; p. 371-373.