



Una guía para la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) y la sala de cuidados especiales para recién nacidos (SCN)

CÓMO VIVIR Y APRENDER JUNTOS



La unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés) y la sala de cuidados especiales para recién nacidos (SCN, por sus siglas en inglés) proveen atención para bebés prematuros, que están gravemente enfermos o que tienen otras afecciones que requieren atención especial. Puede ser una experiencia abrumadora cuando su bebé necesita permanecer en la NICU o SCN. El entusiasmo que siente acerca del nacimiento de su nuevo bebé puede cambiar a miedo por el futuro muy rápidamente. También puede sentir enojo o incertidumbre acerca de si algo está realmente mal con su bebé. Todas estas emociones son normales. Sin embargo, saber qué esperar puede ayudar a equilibrar estos sentimientos y hacer que sienta menos miedo.

Esperamos que este folleto, junto con el asesoramiento de los cuidadores de su bebé, la ayuden a responder muchas de las preguntas que pueda tener sobre la atención y los servicios que brinda la NICU o la SCN.



Contenido:

EL PERSONAL A CARGO DE SU BEBÉ..... 4

PROBLEMAS COMUNES CON LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS O ENFERMOS..... 7

Problemas respiratorios	7
Problemas gastrointestinales	8
Problemas cerebrales	8
Problemas del corazón	8
Problemas de los ojos	9
Infecciones	9
Ictericia.....	10

LA RUTINA EN LA NICU Y SCN 11

Las visitas a su bebé	11
Acariciar y tomar en brazos a su bebé	12

MONITORES Y EQUIPO 13

Monitores	13
Cuna térmica o incubadora (isolette).....	14
Equipos de respiración.....	15
Tubos torácicos.....	15
Equipos para terapia IV	16
Lámparas de fototerapia (bililights)	18

ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y EXÁMENES 19

Medicamentos	19
Nutrición y alimentación	20
Cuidado de la piel.....	22
Pruebas de laboratorio	23
Transfusiones de sangre	23
Estudios de imágenes	23

PREPARACIÓN PARA EL REGRESO A CASA 24

Criterios para el alta médica	24
Alojamiento conjunto.....	25
Prevención del RSV y otras enfermedades respiratorias.....	26
Uso del equipo en el hogar.....	26
Qué hacer y no hacer para que su bebé duerma seguro	27
Asientos infantiles (asientos de seguridad para bebés).....	28

GLOSARIO DE TÉRMINOS..... 29

CUÁNDO LLAMAR AL MÉDICO 35



Nota: Ya que el uso de él/ella o el/la puede ser confuso, este folleto alterna las referencias al género del bebé.

Encuentre los detalles en línea en:

- intermountainhealthcare.org/services/womens-health/women-and-newborn-care/newborn-intensive-care-unit/
- intermountainhealthcare.org/services/womens-health/women-and-newborn-care/special-care-nursery/
- [Facebook.com/IntermountainMoms](https://www.facebook.com/IntermountainMoms)

El personal a cargo de su bebé

Su bebé será atendido por un equipo bien entrenado y diversamente calificado, quienes con gusto responderán a sus preguntas en cualquier momento. Sin embargo, en un principio puede ser difícil saber quién es quién y qué papel desempeñan en el cuidado de su recién nacido. Las siguientes páginas describen algunas de las personas que estarán a cargo de la atención de su bebé.



El equipo de personal que atiende a su bebé es dirigido por un neonatólogo, un doctor entrenado especialmente para atender a los recién nacidos prematuros o enfermos.

Médicos

- Un **neonatólogo**: es un médico especialmente capacitado en medicina de cuidados intensivos neonatales quien dirige un equipo de proveedores de atención en la NICU o SCN. (Usted puede escuchar que a su neonatólogo se lo llame **médico tratante**). Todas las decisiones importantes relacionadas con su niño son evaluadas primero por este médico. Su neonatólogo puede consultar con cirujanos y con otros médicos con especialidad en otras áreas.
- Su **pediatra**: es un médico que se especializa en la atención de bebés y niños y supervisa la atención de su bebé en el hospital. Usted se pondrá en contacto con su pediatra para recibir atención (que no sea de emergencia) después de regresar a su hogar.
- **Médicos en capacitación**: además del neonatólogo y pediatra, un grupo de médicos en capacitación puede también cuidar de su bebé. Este grupo incluye becarios neonatales, residentes, pasantes y estudiantes de medicina. Los **becarios** son médicos que están realizando una capacitación en una especialidad en el cuidado intensivo neonatal y los **residentes** son médicos en su segundo o tercer año de la capacitación en la especialidad de pediatría. Los **pasantes** son médicos en su primer año de capacitación después de graduarse de la escuela de medicina, y trabajan con los residentes y becarios para adquirir experiencia. Los **estudiantes de medicina** de cuarto año trabajan directamente bajo la supervisión del médico tratante, los residentes, los becarios y los pasantes, y pueden trabajar con su niño bebé como parte de su capacitación.
- **Director médico**: la persona que supervisa todos los neonatólogos y médicos en capacitación. Si usted tiene un problema que no puede solucionarse al hablar con su médico, pida hablar con el director médico.

Enfermeras de práctica avanzada

Profesionales especializadas en neonatos (NNP, por sus siglas en inglés) y los asistentes médicos (PA por sus siglas en inglés): Estos proveedores trabajan en la NICU o SCN y cuentan con capacitación avanzada en la atención de bebés recién nacidos, especialmente bebés que están enfermos, son prematuros o presentan un alto riesgo de sufrir complicaciones. Los NNP y PA trabajan de cerca con los médicos de su bebé.

Enfermeras

- **Enfermera diplomadas (RN, por sus siglas en inglés):** estos proveedores, que en general se denominan personal de enfermería, son los cuidadores que verá con más frecuencia durante la estadía de su bebé en la NICU y SCN. Han sido especialmente capacitadas para cuidar de bebés como el suyo y brindan la atención que el médico de su bebé indica. El personal de enfermería observa de cerca a su bebé y, por lo general, cuenta con la información más reciente del progreso de su bebé. Pueden responder muchas de sus preguntas y mostrarle qué atención puede darle usted a su bebé cuando lo visita en el hospital.
- Una **enfermera a cargo** (que a veces se denomina **coordinadora de turno**): Esta enfermera tiene la misma capacitación especial en la atención de niños que las enfermeras diplomadas, y supervisa la atención de enfermería durante un turno de trabajo en particular en la NICU o SCN. Ellas asignan tareas de cuidado a las enfermeras diplomadas y ayudan a resolver problemas. La enfermera a cargo también coordina el flujo de pacientes que ingresa o sale de la unidad.
- **Directores de enfermería y gerentes de enfermería:** Estos profesionales supervisan a todas las enfermeras y a los empleados de la NICU o SCN. Si usted tiene un problema que no puede resolverse hablando con otro personal de enfermería, pida hablar con el director de enfermería.

Otros profesionales de la salud

Además de los médicos y del personal de enfermería, existe una variedad de profesionales especializados que están involucrados en la atención de su bebé.

- **Técnico de atención al paciente (PCT, por sus siglas en inglés):** Bajo la supervisión de una enfermera, un PCT se ocupa de las necesidades básicas de su bebé e informa sobre su condición a la enfermera.
- **Empleados de la unidad o coordinadores de la unidad de salud:** Estos asistentes que se encuentran en la atención al público de la NICU o SCN son responsables de responder a preguntas generales y de seleccionar a los visitantes, y pueden ser un a fuente valiosa de información acerca de sus recursos en la NICU o SCN.
- **Trabajadores sociales médicos:** Estos profesionales están capacitados para escuchar sus inquietudes y pueden ayudar a organizar el alojamiento, el seguro y la atención médica en el hogar. También pueden proveer apoyo a las familias afligidas.
- **Terapeutas respiratorios:** Estos profesionales de la atención de la salud están capacitados en la atención de los pulmones de su bebé. Ellos trabajan con bebés con problemas respiratorios y ayudan a manejar el equipo que le ayuda a respirar a su bebé.
- **Farmacéutico:** Este es un profesional que se especializa en la preparación y la entrega de medicamentos.



No dude en hacer cualquier pregunta al personal a cargo del cuidado de su bebé. Usted necesita conocerlos, confiar en ellos y trabajar junto con ellos en el cuidado de su bebé.

- **Equipo de desarrollo:** Este grupo puede incluir fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del lenguaje que pueden ayudar a su bebé con los problemas de movimiento, alimentación y otros problemas del desarrollo.
- **Dietista nutriólogo certificado (RDN, según sus siglas en inglés):** Esta persona es un profesional de la atención médica con conocimiento especial sobre los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo adecuados de un bebé.
- **Asesora en lactancia:** Este proveedor de atención médica cuenta con capacitación avanzada y certificación en el manejo de la lactancia. En la NICU y SCN, la asesora en lactancia está disponible para ayudar a las madres en período de lactancia a establecer y mantener un suministro de leche (mediante extracción de leche con sacaleches) hasta que el bebé esté listo para lactar. La asesora luego ayuda a las madres con la práctica real de la lactancia.
- **Coordinadores de apoyo para padres:** Son miembros del personal que en algún momento tuvieron un bebé que recibió atención en la NICU o SCN. Ellos pueden proveer información, sugerencias prácticas y apoyo emocional. También pueden coordinar los horarios de visita de hermanos y los almuerzos de los padres.
- **Administradores de casos** (también conocidos como **coordinadores de alta**): Estos miembros del personal pueden ayudarle a planificar su regreso al hogar. Ellos le ayudan a comprender el equipo que llevará a su hogar y toda atención domiciliaria o apoyo por parte de un centro de atención para pacientes terminales que pueda necesitar. También pueden ayudar con su seguro.
- **Clero:** Representantes de varias religiones pueden brindarle apoyo durante este momento.
- **Otros profesionales:** Este grupo puede incluir un especialista en audición, especialista en el cuidado de heridas, especialista **enterostomal** (alguien que ayuda a cuidar a un bebé que necesita una colostomía) o unidad de expertos en asientos de automóviles.



Es natural sentirse ansioso respecto a la cantidad de personas responsables de la salud y atención de su bebé. Pero siéntase seguro, en este momento, el personal de la NICU y SCN es precisamente el grupo de personas que usted quiere para su hijo. Cada uno tiene un trabajo especializado que hacer, y trabajan en equipo para proporcionarle una atención completa para su bebé. Y, por supuesto, USTED se encuentra en el centro de este equipo. Con el tiempo, es posible que todos se sientan como parte de una amplia familia.

Problemas comunes en los recién nacidos prematuros o enfermos

Las enfermedades que con más frecuencia afectan a los recién nacidos prematuros o enfermos involucran a sus pulmones, tracto gastrointestinal, cerebro, corazón y ojos. Si su bebé tiene estas u otras enfermedades, el personal a cargo de su cuidado discutirá con usted en detalle los riesgos y la atención que se preparará.

Problemas respiratorios

Muchos bebés prematuros tienen problemas para respirar. Esto se debe a que sus pulmones no están tan desarrollados como los de un bebé a término. En la NICU o SCN, muchos bebés deben ser colocados en un **ventilador**, una máquina para ayudarles a respirar.

- **Síndrome disneico o de dificultad respiratoria (RDS, por sus siglas en inglés):** Es un trastorno respiratorio de los bebés prematuros que en la mayoría de los casos se debe a su incapacidad para producir **surfactante**. El surfactante es la sustancia grasosa que recubre las diminutas bolsas de los pulmones para evitar que se colapsen. Otras causas de dificultad respiratoria pueden ser una infección o la aspiración de **meconio** o líquido hacia el interior de los pulmones.
- **Apnea, bradicardia, y desaturación:** En ocasiones, un bebé prematuro deja de respirar durante cortos períodos de tiempo. A esto se le llama **apnea**. La apnea suele ir acompañada de una frecuencia cardíaca más lenta de lo normal llamada **bradicardia**. La apnea y la bradicardia pueden estar relacionadas con **desaturación**, lo que significa la presencia de niveles bajos de oxígeno en la sangre.
- **Neumotórax:** cuando un bebé tiene dificultad para respirar, una complicación posible es el **neumotórax**. Un neumotórax se produce cuando el aire se escapa de los pulmones y queda atrapado entre los pulmones y la pared torácica. Si la acumulación de aire es significativa, es posible drenarla con una aguja o un tubo. En ocasiones se utilizará un respirador especial. En otros casos, su bebé puede ser simplemente mantenido en observación mientras su cuerpo reabsorbe el aire y repara las fisuras en sus pulmones.
- **Aspiración de meconio:** En ocasiones, los bebés tienen problemas respiratorios ocasionados por la aspiración (inhalación) de **meconio** durante el trabajo de parto (labor) o el durante el parto. (El meconio es el material de color verde oscuro que se encuentra en los intestinos del bebé antes y justo después de nacer, la primera deposición del bebé.) La aspiración leve de meconio usualmente se resuelve sin muchas complicaciones. En otros casos se requiere de un tratamiento exhaustivo para hacer frente a complicaciones como la infección pulmonar, bajos niveles de oxígeno o daño a los pulmones.
- **Hipertensión pulmonar:** La **hipertensión pulmonar** en un recién nacido ocurre cuando los vasos sanguíneos en los pulmones no se abren normalmente después del nacimiento. Esto ocasiona mala circulación en los pulmones y limita la cantidad de oxígeno que entra en el torrente sanguíneo del bebé.



Tener información básica sobre algunas de estas afecciones puede ayudarle a analizar los detalles con el médico de su bebé y el personal de la NICU o SCN.



- **Enfisema intersticial pulmonar (PIE, por sus siglas en inglés):** La presión de un respirador puede causar fuga de aire de los pulmones, lo que crea burbujas de aire pequeñas que quedan atrapadas entre las capas del tejido pulmonar. Esta condición se denomina **enfisema intersticial pulmonar o PIE**. Generalmente, mejora a medida que mejoran los pulmones de su bebé y se reduce la presión de respirador en los pulmones.

Problemas gastrointestinales

Los problemas gastrointestinales (GI) ocurren en el estómago o en los intestinos. En esta sección se analizan dos afecciones que se ven con más frecuencia en la NICU y SCN.

- **Reflujo:** Si el músculo que se encuentra en la entrada del estómago de su bebé no está maduro, puede permitir que los alimentos retrocedan hacia el **esófago** (el tubo que va desde la boca hasta el estómago). Esta enfermedad se llama **reflujo** y puede ocasionar asfixia y un aumento en la apnea y la bradicardia. Generalmente, el manejo de los casos de reflujo leve incluye modificar la posición durante la alimentación y disminuir el tamaño de los alimentos. Si la enfermedad es severa, el tratamiento puede incluir medicamentos.
- **Enterocolitis necrosante (NEC, por sus siglas en inglés):** Una de las emergencias gastrointestinales más frecuentes que se trata en la NICU y la SCN es la enterocolitis **necrosante** o NEC. Es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta a los bebés prematuros pero que también se puede ver en bebés nacidos a término. Con la ECN, el recubrimiento de la pared intestinal muere y el tejido se desprende. En los casos graves, la pared del intestino puede perforarse (romperse) y provocar hinchazón abdominal, heces anormales y mayor apnea y bradicardia (consulte la página 7). El tratamiento varía según la gravedad y el alcance del daño intestinal. También depende de la edad, la salud y los antecedentes médicos de su bebé. Para algunos casos graves de ECN, se puede necesitar cirugía.

Problemas cerebrales

Los bebés prematuros tienen vasos sanguíneos muy frágiles en sus cerebros. Los bebés que nacen antes de la semana 30 de gestación pueden tener sangrado en el cerebro durante el trabajo de parto y el parto o en los primeros días después del nacimiento. Este sangrado, por lo general, ocurre en los **ventrículos llenos de fluido** (espacios del cerebro) o en el tejido del cerebro que rodea los ventrículos. Este tipo de sangrado se llama hemorragia **intraventricular** o HIV, por sus siglas en inglés. La HIV puede afectar, o no, el crecimiento y el desarrollo del cerebro. Los médicos de su bebé analizarán la afección de su bebé con usted.

Problemas del corazón

Un vaso sanguíneo ubicado justo fuera del corazón, que se llama **conducto arterioso**, permite que la sangre rodee a los pulmones mientras su bebé todavía está en el útero. Después del parto, el conducto arterioso debería cerrarse, lo que redirige el flujo de sangre de su bebé a través de los pulmones. Si el conducto arterioso no se cierra, decimos que es **evidente** o está abierto. Un **conducto arterioso evidente (PDA, por sus siglas en inglés)** puede hacer que el corazón y los pulmones de su bebé se esfuerzen y puede necesitar medicamentos para cerrarse. Si su bebé tiene un PDA, sus médicos y enfermeros analizarán esto con usted en más detalle y le brindarán información adicional.

Problemas de los ojos

Los bebés prematuros, así como los bebés que nacen con problemas respiratorios o del sistema nervioso, son más propensos a ciertos problemas de los ojos. Aunque los ojos son uno de los primeros órganos que se desarrollan en el cuerpo, no están completamente desarrollados hasta varias semanas después del nacimiento, incluso en un bebé nacido a término. Es importante que un **oftalmólogo** (un médico entrenado en las enfermedades de los ojos) realice un examen completo de los ojos de su recién nacido durante los primeros meses de vida.

- **La retinopatía del prematuro (ROP, por sus siglas en inglés):** Los bebés prematuros tienen mayor riesgo de presentar problemas con la circulación de la sangre a una parte del ojo llamada la retina. La retina del ojo registra lo que vemos y envía las imágenes al cerebro. Cuando los vasos sanguíneos inmaduros de la retina tienen un desarrollo anormal, la enfermedad se denomina **retinopatía del prematuro** o **ROP**. La RP es a menudo leve y no requiere tratamiento. Sin embargo, los casos más graves pueden conducir a una cicatrización o desprendimiento de la retina y pueden requerir tratamiento. La mayoría de los casos no darán lugar a ceguera. Si su hijo desarrolla ROP, un especialista conversará con usted con más detalle sobre este problema.
- **Problemas de alineación:** Los niños que nacen prematuramente son más propensos a problemas de alineación de los ojos, uno de los cuales se denomina **ojo perezoso** o **ambliopía**. A menudo, la falta de alineación no es evidente hasta que el niño tiene varios meses de edad.



Su recién nacido debe someterse a un examen de los ojos durante los primeros meses de vida.



Infecciones

Los bebés prematuros o los recién nacidos enfermos no luchan de forma satisfactoria contra las infecciones. Es por ello que el personal del hospital hace todo lo que puede para evitar que su bebé se vea expuesto a gérmenes. Sin embargo, incluso con todas las precauciones que se toman, muchos bebés prematuros o bebés enfermos pueden desarrollar 1 o más infecciones graves mientras están en el hospital. (Consulte el recuadro en la página siguiente para obtener consejos sobre cómo puede ayudar a proteger a su bebé contra las infecciones). Cuando se sospecha de una infección, un bebé puede necesitar pruebas para ayudar a identificar la infección. También, un bebé por lo general comenzará a recibir uno o más antibióticos. El personal analizará toda sospecha de infección o infección identificada con usted con tanto detalle como usted desee.

Ictericia

La **ictericia** es un problema frecuente en los bebés recién nacidos, especialmente en aquellos que son prematuros. La ictericia hace que la piel, y a veces el blanco de los ojos, se vuelvan de un color amarillento. La ictericia, en general, es provocada por un nivel alto de **bilirrubina** en la sangre. La bilirrubina proviene de los glóbulos rojos que se han degradado. Normalmente, el hígado elimina la bilirrubina del cuerpo, pero el hígado de los bebés prematuros no está lo suficientemente maduro como para hacer su trabajo por completo.

La ictericia, por lo general ocurre durante los primeros 7 días de vida. Durante esta etapa, se evaluará la sangre de su bebé, y el nivel de bilirrubina se observará estrictamente.

USTED PUEDE AYUDAR A PREVENIR LAS INFECCIONES

Todos los recién nacidos son vulnerables a los gérmenes, y los bebés en la NICU o SCN son particularmente vulnerables. Protega a su bebé al hacer lo siguiente:

- Tenga en cuenta que es posible que su NICU o SCN limite el número de visitas o tenga normas especiales para las visitas de los hermanos. Asegúrese de seguir estas normas. Ayudan a proteger a los bebés contra enfermedades.
- Pídale a sus amigos y familiares que no visiten la NICU o SCN cuando estén enfermos. Incluso los padres no deberían visitar cuando estén enfermos.
- Lávese las manos con frecuencia, cuidadosa y completamente, desde la punta de los dedos hasta los codos. Desinfecte sus manos con loción a base de alcohol. Cada NICU y SCN tiene varios dispensadores.
- Mantenga su teléfono celular y otros dispositivos electrónicos personales en su bolsillo. No los toque mientras esté sosteniendo a su bebé. Su teléfono celular y otros dispositivos electrónicos están cubiertos con gérmenes que podrían enfermar a su bebé.
- No permita que las personas que traigan anillos, relojes, pulseras o uñas artificiales toquen a su bebé a menos que utilicen guantes.
- Una vez en casa, continúe tomando medidas preventivas. Lávese y desinfectese las manos y pídale a los demás que hagan lo mismo. Continúe protegiendo a su bebé de personas enfermas.
- Asegúrese de que las personas que entren en contacto con su bebé estén al día con sus vacunas. (Tenga en cuenta que las personas que han recibido vacunas en spray contra la gripe deben esperar 7 días para visitar al bebé.)

La rutina en la UCIN y SCN

El ambiente en la NICU o SCN puede ser perturbante, sobre todo cuando no se está familiarizado con él. El aprender sobre la rutina en la NICU o SCN puede ayudarle a planificar su día y a ser parte del equipo de atención de su bebé. Las enfermeras y otros miembros del personal de atención registran la información cada 5 minutos. La mayoría de las enfermeras de la NICU o SCN trabajan en turnos de 12 horas. Durante los cambios de turno, las enfermeras entregan un informe sobre su bebé a la siguiente enfermera de turno. También hay rondas diarias, durante las cuales los miembros del equipo de atención de su hijo hablan sobre la condición de su bebé y registran la información en su expediente clínico. Su bebé será frecuentemente alimentado, pesado, bañado y se le realizará terapia de desarrollo basados en su estado y de acuerdo a cómo tolere la estimulación.

Las visitas a su bebé

Cada NICU o SCN tiene una política de visitas vigente para ayudar a proteger a su bebé de la exposición innecesaria a gérmenes e infecciones, y para posibilitar la mejor atención posible tanto para su bebé como para su familia. Los cuidadores de su bebé explicarán la política de visita de la NICU o SCN específicas que atiendan a su bebé.

Como padre o madre, usted normalmente puede visitar a su bebé en cualquier momento, de noche o de día. Es posible que se le pida que salga del cuarto durante las emergencias o cuando se realicen algunos procedimientos especiales.

También, por su propia salud, se recomienda que tome descansos. No espere estar al lado de su bebé las 24 horas del día. Usted debe hacerse tiempo para comer, volver a su hogar, hacer mandados o dedicarle algo de tiempo a los otros miembros de la familia. No se permiten alimentos, salvo las bebidas cubiertas, al lado de la cama del bebé, pero la mayoría de los hospitales cuentan con cafetería, tienda de bocadillos o carro de alimentos.

Como un miembro vital del equipo de cuidado de su bebé, su participación es parte de la rutina de la NICU y SCN.

*Por eso, cuando esté de visita, sienta la plena libertad de **hacer preguntas, ofrecer observaciones y participar en las actividades de cuidado.***

ACERCA DE ESE TELÉFONO CELULAR...

Los teléfonos celulares son una gran manera de mantenerse en contacto con las personas y compartir las novedades sobre su bebé. Pero los teléfonos celulares, y otros dispositivos electrónicos, también generan desafíos en la NICU y la SCN. La lista a continuación ofrece algunas cosas para considerar:

- **Su teléfono está cubierto con gérmenes.** Es mejor no manipularlo cuando también esté manipulando a su bebé.
- **Su teléfono es molesto, para usted y para su bebé.** Póngalo en silencio mientras se encuentre en la NICU o SCN. Limite el tiempo que habla, envía mensajes de texto o juega con su teléfono. Usted necesita concentrarse en su bebé, y su bebé necesita tranquilidad y reposo.
- **Su teléfono puede invadir la privacidad de otra persona.** Las fotos o videos que tome con su teléfono pueden incluir a otros bebés y otras familias. Ayude al personal de la NICU o la SCN a respetar la privacidad de los pacientes. Evite hablar por Skype o grabar si le piden no hacerlo.



COSAS QUE PUEDE HACER POR SU BEBÉ:

- Hable suavemente y con una voz amable. Le invitamos a grabar cintas para su bebé, grabe su voz contando una historia o algo de su música suave favorita.
- Léale a su bebé.
- Mantenga un diario o álbum para su bebé.
- Participe en el cuidado de su bebé en la manera que usted se sienta cómodo.
- Marque la ropa, los juguetes, las cintas, los libros y otras pertenencias que deje con su bebé.
- Sea paciente. Su bebé necesita tiempo para mejorar.



ESTIMULACIÓN AMBIENTAL

Para ayudar a los bebés a adaptarse mejor a su entorno, cada NICU o SCN trata de mantener la estimulación ambiental a un mínimo.

Algunas formas de reducir la estimulación ambiental son:

- Atenuar las luces
- Mantener el nivel de ruido a un nivel bajo (reduciendo el volumen de los teléfonos y buscapersonas, evitando hablar en voz alta, etc.)
- Agrupar la atención (agrupando las actividades de atención básica para permitir periodos de descanso)
- Acomodar a los recién nacidos con rollos y ropa de cama

Su bebé da varias señales que le ayudarán a saber cómo está tolerando la cantidad de estímulos que recibe. El personal a cargo del cuidado de su bebé, o un especialista del desarrollo, revisarán estas señales con usted para ayudarle a comprender mejor lo que su bebé está tratando de comunicar.



Ambos padres pueden brindar el cuidado piel con piel. Es una manera maravillosa de estar cerca de su recién nacido, y los estudios muestran que es bueno para los bebés y los padres.

Acariciar y tomar en brazos a su bebé

Aún cuando su bebé esté en el hospital, usted puede darle su amor y atención. Ninguna tecnología en el mundo puede brindarle el amor y el apoyo de unos padres cariñosos. Las investigaciones muestran que la voz y el tacto de los padres son familiares para el bebé y que pueden mejorar su relación. Es posible que al principio no pueda tomar a su bebé en brazos, pero se le permitirá acariciarlo y ver cómo se mueve y actúa. Es importante observar cómo responde su bebé a cierto tipo de estímulos verbales y al tacto. Demasiada estimulación consume energía valiosa que su bebé necesita para respirar, digerir los alimentos y crecer. A medida que su bebé crece y se estabiliza, se le animará a que lo tome en sus brazos y ayude a cuidarlo cada vez más. Es difícil no poder tomar a su bebé en brazos siempre que lo desee, pero trate de ser paciente. Su bebé necesita tiempo para mejorar, incluyendo una gran cantidad de sueño ininterrumpido.

Contacto piel contra piel

El cuidado piel contra piel significa sostener a su bebé bien cerca para que entre en contacto con su piel desnuda. Tan pronto como la enfermera de su bebé le informe que su bebé está listo, usted puede comenzar con el cuidado piel con piel. Es una manera maravillosa de estar cerca, y estudios recientes han demostrado que el contacto piel contra piel tiene estos beneficios importantes para la salud:

- Calma y tranquiliza a su bebé
- Ayuda al bebé a mantener una temperatura corporal saludable
- Ayuda al bebé a regular el ritmo cardíaco, el azúcar en la sangre y su respiración
- Ayuda con el desarrollo del cerebro de su bebé
- Mejora el sueño del bebé
- Ayuda al bebé a amamantarse
- Disminuye el estrés de los padres y les ayuda a establecer lazos afectivos con el recién nacido
- Ayuda a las madres lactantes a producir leche materna y a saber cuándo el bebé está listo para amamantarse

Monitores y equipo

A lo largo de su estancia en la NICU o SCN, vigilaremos a su bebé de cerca. Esto implica que usted tal vez verá una cantidad de cables, tubos, parches, sondas y máquinas, las cuales pueden llegar a ser muy intimidantes. Puede ser difícil ver cómo pinchan y pican a su pequeño, y verlo conectado a las máquinas. El saber que todo es por su propio bien y entender un poco sobre lo que está viendo y oyendo ayudará a aliviar algunos temores.

Monitores

Su bebé estará conectado a uno o más monitores que registran y muestran sus **signos vitales**, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y la cantidad de oxígeno en sangre, tal como:

- Pequeñas almohadillas de monitoreo, que se llaman **electrodos**, que detectan los movimientos del pecho a medida que su bebé respira. También registran los impulsos de su latido cardíaco. Los cables conectados a los electrodos envían la información al monitor que se encuentra al lado de la cama de su bebé.
- Un monitor de presión arterial que verifica periódicamente mediante un manguito pequeño colocado alrededor del brazo o de la pierna de su bebé. La presión arterial también puede observarse de forma continua a través de un pequeño catéter en la arteria de su bebé.
- Un **oxímetro de pulso** que también se conoce como **monitor de saturación de oxígeno**. Este dispositivo mide la cantidad de oxígeno en sus tejidos. El oxímetro emite una pequeña luz roja a través de la mano o el pie de su bebé para registrar la cantidad de oxígeno en la sangre. Este número se registra en uno de los monitores que se encuentran junto a la cama de su bebé.
- Electrodo colocados en su cabeza para monitorear su cerebro. Este tipo de monitoreo se llama **electroencefalografía integrada de amplitud o aEEG**, por sus siglas en inglés.
- Un **monitor transcutáneo** o **TCM**, por sus siglas en inglés, que puede medir el oxígeno y el dióxido de carbono a través de la piel. Se coloca una pieza circular pequeña en la piel con cinta adhesiva. Esta pieza calienta un área pequeña de piel y puede medir los niveles de oxígeno y de dióxido de carbono. Un cable pequeño va desde la pieza circular hasta una máquina que muestra la información. La medición de oxígeno de esta pieza es diferente de aquella medida por el oxímetro de pulso y, generalmente, es más baja. Debido a que la piel se calienta, la pieza circular puede dejar una mancha de color rojo. La ubicación de la pieza se cambia periódicamente. Las marcas rojas se van con el tiempo.
- Otros monitores en la NICU o SCN que no se indican aquí. Si tiene alguna pregunta sobre los equipos que se utilizan en la atención de su bebé, hable con los cuidadores de su bebé.

Si alguno de los signos vitales de su bebé se vuelven anormales, sonará una alarma para alertar al personal de la NICU o SCN. A veces, un monitor puede emitir una alarma por una situación que no es una emergencia, tal como un electrodo flojo, un latido cardíaco adicional, ataques de hipo o mayor actividad muscular cuando su bebé se mueve. Las enfermeras de la NICU y SCN están capacitadas para saber qué sonido de alarma requiere respuesta inmediata.



Los monitores permiten al personal observar los signos vitales de su bebé, tales como el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la presión sanguínea y la cantidad de oxígeno en su sangre.

LAS ALARMAS NO DEBEN ALARMARLO...

Por favor, recuerde que no todas las alarmas indican una situación de emergencia. El personal a cargo del cuidado de su bebé puede oír alarmas provenientes de otras camas y su formación les ha enseñado a diferenciar las alarmas por sus tonos. Si el personal no se precipita de inmediato a la cama de su bebé, eso no significa que estén ignorando las alarmas.



Es posible que su bebé sea colocado en una incubadora, una cama cerrada de plástico transparente, con una fuente de calor interna.

Cuna térmica o incubadora (isolette)

Cuando su bebé es trasladado a la NICU o SCN, puede ser ubicado en una **cuna térmica**, una **incubadora**, o en una cama combinada que puede funcionar como cuna térmica e incubadora (la **Giraffe OmniBed**).

Una cuna térmica es una camilla abierta que permite el fácil acceso al bebé y al equipo. El calor proviene de una lámpara de calentamiento colocada por encima del colchón del bebé.

Una incubadora es una cama cerrada de plástico transparente y en forma de caja, con una fuente de calor interna. (Una incubadora también se denomina una **isolette**.)

Ambos equipos le dan a su bebé un ambiente controlado en el cuál puede crecer y mejorarse. Un alambre recubierto, llanado **sonda de temperatura**, se sitúa sobre la piel de su bebé y se cubre con un parche adhesivo. El alambre mide la temperatura del bebé. Esta información se utiliza para ayudar a regular la cantidad de calor que emite el calentador superior o la incubadora.

Equipo de respiración

Una variedad de dispositivos pueden ayudar a que su bebé respire mejor o reciba oxígeno adicional. Estos pueden incluir lo siguiente:

- **Cánula nasal:** Es un tubo flexible y hueco con dos pequeñas puntas que se colocan justo debajo de la nariz del bebé para suministrar un flujo constante de oxígeno.
- **Puntas nasales:** Un tubo con dos puntas unidas a él, estas se colocan dentro de los orificios nasales de su bebé para proveer un flujo constante de oxígeno. Si el oxígeno se suministra bajo presión, esto se conoce como presión positiva continua (**CPAP**, por sus siglas en inglés) de las vías respiratorias.
- **Catéter de succión:** Este pequeño tubo se utiliza para eliminar el moco de la nariz, la garganta o la tráquea del bebé. Ayuda a mantener despejados los conductos respiratorios del bebé.
- **Ventilador:** Un **ventilador** (a menudo llamado **respirador**) es una máquina que proporciona respiraciones y oxígeno adicional a su bebé, según sea necesario. Un ventilador se conecta a su bebé a través de un tubo de plástico pequeño que va desde la boca hasta la tráquea del bebé. Este tubo se denomina **cánula endotraqueal o ET**. El ventilador envía suavemente pequeños soplos de aire a los pulmones de su bebé a través de este tubo. Dado que el tubo pasa entre las cuerdas vocales, aunque su bebé llore, no emitirá ningún sonido. Existen varios tipos de ventiladores. Algunos hacen ver como si su bebé estuviera vibrando ligeramente.

Tubos torácicos

Su bebé puede necesitar uno o más tubos en el tórax, especialmente si fue sometido a una cirugía del pecho, si tiene un **neumotórax** (aire o gas en las membranas que rodean los pulmones), o si tiene fluido acumulado en las membranas que rodean los pulmones. Un tubo torácico es un tubo que se introduce en el espacio ubicado entre las costillas y los pulmones. Su objetivo es drenar el exceso de aire o líquido del pecho para permitir que los pulmones de su bebé se expandan, lo cual le ayudará a respirar mejor.

Equipo de terapia IV

Los bebés que son prematuros, que tienen problemas respiratorios o que están demasiado enfermos o estresados para recibir medicamentos y nutrientes por boca recibirán **terapia intravenosa** o **IV**. Intravenosa significa “dentro de una vena”. La terapia IV implica colocar un tubo pequeño y flexible (llamado catéter) en la vena de su bebé para administrar líquidos, nutrientes, medicamentos o sangre. Su bebé puede tener también una **vía arterial**. Una vía arterial es similar a una vía IV, salvo que esta ingresa en una arteria en vez de a una vena. Esta vía puede usarse para medir la presión arterial o para extraer sangre.

La bomba IV

El catéter IV puede estar conectado a una **bomba IV**. Una bomba IV es una máquina que permite a sus cuidadores programar la cantidad exacta de nutrientes u otros materiales que serán suministrados a su bebé. Es posible que se programe una alarma en la bomba IV a intervalos regulares para recordar a la/el enfermera/o de su bebé que compruebe si todo funciona correctamente.



A través de un tubo hueco y flexible, denominado cánula nasal, se puede suministrar un flujo constante de oxígeno a su bebé.



Un respirador envía aire a través de un tubo en los pulmones de su bebé para ayudarlo a respirar.



El tipo de catéter IV utilizado depende del tipo de material (líquidos, nutrientes, medicamentos o de sangre) que su bebé necesite y del tiempo que se necesitará la terapia IV.

Catéteres umbilicales

Un catéter umbilical se inserta a través del extremo del cordón umbilical del bebé, ya sea en una arteria (**catéter arterial umbilical** o **UAC** por sus siglas en inglés) o una vena (**catéter venoso umbilical** o **UVC** por sus siglas en inglés). El catéter umbilical se asegura a la barriga del bebé con una pequeña cantidad de cinta. También puede notar un pequeño punto de sutura en la base de la línea. Este punto asegura la línea al borde del cordón umbilical. El punto no lastima a su bebé ya que no hay receptores de dolor o nervios en el cordón umbilical.

El catéter umbilical posee algunas ventajas:

- Pueden tomarse muestras de sangre, sin dolor, directamente de cualquier tipo de catéter umbilical para realizar pruebas de laboratorio. Esto elimina la necesidad de pinchar a su bebé con una aguja cada vez que se necesite una muestra de sangre.
- Con el uso del UAC, los médicos y enfermeras pueden vigilar constantemente la presión sanguínea del bebé desde el interior de su cuerpo.

Vías periféricas

Una **vía periférica** es una línea IV que se coloca en el brazo, la mano, la pierna, el pie o el cuero cabelludo. Para colocar una vía periférica, se inserta una aguja pequeña en una vena que está cerca de la superficie de la piel. Una vez que está colocada, la aguja se retira y el catéter (tubo hueco pequeño) permanece en su lugar. El catéter se fijará de manera que el bebé no pueda sacárselo. Si la línea IV se coloca en el brazo o la pierna, puede fijarse con una **tablilla**, una férula pequeña que ayuda a evitar que la línea IV se salga por accidente. El lugar de la vía periférica debe cambiarse con frecuencia.

Vías centrales

A diferencia de las vías periféricas, que se insertan en una vena superficial en el brazo, la mano, la pierna, el pie, o el cuero cabelludo, una vía central se coloca en el vaso sanguíneo que va directamente al corazón. Un médico o una enfermera especialmente capacitada debe colocar la vía central. Se le puede administrar al bebé analgésicos antes de que se coloque el catéter para que el bebé se sienta más cómodo.

Un tipo común de vía central es una vía **PICC**, quiere decir **catéter central de inserción periférica (PICC, por sus siglas en inglés)**, lo que se refiere a un catéter que se introduce a través de la piel y dentro de una vena. A continuación, se guía hacia una vena más grande. Luego, se toman rayos X para asegurarse de que el catéter está en la posición correcta. Las posibles complicaciones de la inserción de un PICC incluyen infección, un latido irregular en el corazón, sangrado y la ruptura o taponamiento del catéter. Si ocurre alguna de estas complicaciones, puede ser necesario retirar la vía.

Un PICC tiene ciertas ventajas sobre la línea periférica:

- Permite que se administren concentraciones más altas de nutrientes y medicamentos con menos irritación de las venas.
- Cuando se necesita terapia IV durante mucho tiempo, el PICC elimina la necesidad de realizar múltiples intentos para colocar las vías IV para la nutrición, administración de líquidos o medicamentos.



Lámparas de fototerapia (bililights)

Las lámparas de fototerapia (a menudo llamadas **bililights**) se usan para controlar una enfermedad llamada **ictericia**. La ictericia es una condición médica en la que el exceso de bilirrubina en la sangre da un color amarillento a la piel y la parte blanca de los ojos de su bebé.

Si el nivel de bilirrubina de su bebé aumenta demasiado, él será colocado bajo lámparas de fototerapia. Estas son lámparas diseñadas especialmente que ayudan a descomponer la bilirrubina, para que su bebé pueda deshacerse de ella más fácilmente. Las luces se pueden aplicar de distintas maneras, incluyendo camas, cajas, o mantas.

Los ojos de su bebé se cubrirán para protegerlos de las luces. Se retirará la ropa del bebé para permitir que la mayor parte de su piel absorba los rayos de luz. Las luces no quemarán o dañarán la piel. Si su bebé está en fototerapia, usted deberá limitar el tiempo que lo toma en sus brazos para permitirle una mayor exposición a las luces.



Las lámparas de fototerapia ayudan en el tratamiento de una condición médica denominada ictericia, que es común en los bebés prematuros.

Atención, tratamiento, y exámenes

Podría parecer que los bebés en la NICU o SCN casi siempre se les somete a algún tipo de prueba o tratamiento, incluyendo medicamentos, alimentación, pruebas de laboratorio o rayos X. Sin embargo, usted debe saber que cada bebé recibe un tratamiento individualizado. Los médicos tratan de realizar la menor cantidad de pruebas de laboratorio, exámenes y procedimientos, atendiendo a las necesidades específicas de su bebé. Las decisiones y ajustes relacionados con la alimentación se hacen de acuerdo a las señales de su bebé. Lo siguiente es una explicación de lo que puede esperar.

Medicamentos

Los medicamentos más comunes que se le administran a su bebé en la NICU o SCN son aquellos para el dolor, para las infecciones o para sedación.

Antibióticos para infección: Si hay sospecha de una infección, se comenzará a administrar antibióticos a su bebé. Su bebé recibirá un antibiótico que efectivamente elimina los tipos más frecuentes de las bacterias que se ven en la NICU y la SCN. Se tomará una **muestra de sangre (cultivo)** para identificar el tipo de infección presente. Los antibióticos se interrumpirán, se mantendrán igual o se cambiarán según la condición clínica de su bebé y de lo que muestre el cultivo de sangre después de 48 a 72 horas.

- **Analgésicos:** Sus cuidadores utilizarán diversas herramientas para poder determinar si su bebé siente dolor. Estas herramientas se basan en factores tales como los signos vitales, la expresión de la cara, los movimientos corporales, el color de la piel y el nivel de actividad de su bebé. El personal evaluará y registrará esta información al menos cada 4 horas. Si consideran que su bebé siente dolor, el personal puede probar con técnicas de relajación, como mecerlo, reproducir música, tocarlo, cambiarlo de posición u ofrecerle un chupete. También pueden darle a su bebé una solución de sacarosa para calmarlo. El médico de su bebé elegirá un analgésico que sea el más eficaz para su bebé. Los analgésicos se reducirán e interrumpirán gradualmente a medida que su bebé mejore y ya no los necesite. Si siente que su bebé tiene dolor, infórmeselo a la enfermera.
- **Sedación:** Si su bebé tiene un respirador o tiene una sonda colocada en el pecho, posiblemente necesite un sedante, un medicamento que mantendrá a su bebé calmo. La cantidad de sedación que su bebé necesita dependerá de su afección. Se retirarán los medicamentos sedantes de forma gradual a medida que lo permita la condición de su bebé.



Nutrición y alimentación

En la NICU y SCN, los bebés a menudo requieren de ayuda adicional para obtener la nutrición que necesitan para crecer y desarrollarse.

- **NPO y línea IV:** Al principio, su bebé puede ser demasiado pequeño o estar muy enfermo como para recibir cualquier alimento por la boca, a esto se le denomina **NPO**. Cuando su bebé es NPO, recibe toda su alimentación a través de una línea IV. Al nacer, la mayoría de los bebés sólo requieren azúcar (glucosa) y agua para alimentarse. En uno o dos días, su bebé recibirá soluciones que contienen azúcar y proteínas, vitaminas (que le dan un color amarillo al líquido), minerales y sales disueltas en el agua. Esto se denomina **nutrición parenteral total (NPT, por sus siglas en inglés)** o **hiperalimentación (HAL, por sus siglas en inglés)**. También se administra grasa parenteral, llamada intralípido. Estas soluciones pueden aportar todos los alimentos que su bebé necesita para crecer hasta que se establezca la alimentación oral.

El personal a cargo de la atención de su bebé utiliza diversos instrumentos para saber cuándo está sintiendo dolor. Estos instrumentos se basan en sus signos vitales, su expresión facial, sus movimientos corporales, el color de su piel y su nivel de actividad.

- **Alimentación por sonda nasogástrica:** Aún cuando su bebé ya pueda tomar alimentos por la boca (ya no es NPO), es posible que deba estar en un ventilador o que no tenga fuerza suficiente para ser amamantado o para usar el biberón. Si este es el caso, es posible que se indique **alimentarlo con un tubo**, también llamado **alimentación por sonda nasogástrica**. En la alimentación por sonda, se coloca un tubo a través de la nariz o la boca de su bebé y se conduce por su garganta hasta el estómago. A través del tubo puede llevarse hasta su estómago leche materna, leche de fórmula, o una combinación de ellas. Esto proporcionará nutrición y ayudará a que el sistema digestivo del bebé comience a trabajar. Para ayudar a promover la respuesta de succión de su bebé, se le puede dar un chupete (chupón) mientras se le alimenta por la sonda.



- **Alimentación oral:** Cuando su bebé esté listo, se iniciará la alimentación por vía oral, ya sea de pecho, con biberón o una combinación de ambos. Los bebés deben aprender a coordinar sus habilidades de alimentación. Es importante que aprendan a chupar, tragar y respirar en el momento adecuado. Esto se aprende con la madurez y la práctica. Sus enfermeras le ayudarán a aprender las señales y habilidades que necesita para ayudarle a coordinar la alimentación a su bebé.



Cuando su bebé está listo para comer

Cuando su bebé desea comer, él le dará pistas para mostrarle cuán hambriento está. Es mejor alimentar a su bebé cuando él está listo para comer en vez de intentar seguir un cronograma fijo. Los bebés que son prematuros o enfermos necesitan atención adicional al momento de alimentarse. Posiblemente coman menos de lo que usted piensa que deberían. Es posible que se cansen o estresen mientras comen, y necesitarán tomar un descanso.

Señales para comer

Cuando su bebé comienza a tener hambre, posiblemente se mueva un poco, abra su boca y gire su cabeza como si estuviese buscando el pecho. Si tiene mucho hambre, puede llevar su mano a la boca, estirarse y moverse mucho. Los bebés que no son alimentados cuando muestran tener hambre se perturban o molestan y lloran mucho. Si su bebé está molesto, debería calmarlo antes de amamantarlo. Arrímelo a su pecho y háblele. Abrazarlo piel con piel puede funcionar bien para calmar a su bebé para que pueda alimentarlo.



Bebé hambriento



Bebé molesto y hambriento

Señales para dejar de comer

Cuando su bebé está satisfecho o necesita un descanso, posiblemente se quede dormido, se niegue a abrir su boca o deje de succionar y deje que la leche materna o de fórmula se derrame de su boca. Puede tener hipo, respirar más rápido, vomitar o babear. Puede verse preocupado o puede extender sus manos (separar todos sus dedos).



Bebé preocupado



Bebé somnoliento

CAMBIOS EN EL PESO

Es muy normal que los bebés pierdan peso justo después del parto. En la NICU o SCN, su bebé comienza a recibir líquidos IV para garantizar que no pierda demasiado peso. El personal de la NICU o SCN observan de cerca el peso de su bebé. Las enfermeras medirán y registrarán la cantidad exacta de líquidos y nutrientes que recibe su bebé. Ellas registrarán sus evacuaciones y pesarán los pañales para medir la excreción urinaria. A medida que su bebé crece y madura, necesitará más calorías. La alimentación se adaptará para darle a su bebé las calorías que necesita para continuar aumentando de peso.



LA MEJOR NUTRICIÓN PARA LOS BEBÉS

Las organizaciones nacionales de la salud recomiendan la leche materna para todos los recién nacidos, incluidos los bebés prematuros y los bebés enfermos. Usted puede darle a su bebé leche materna amamantándolo o al extraerse su leche y dársela a su bebé en un biberón. Hable con el personal de la NICU o la SCN y con las asesoras en lactancia sobre la mejor manera de darle a su bebé la mejor nutrición.



Cuidado de la piel

Los bebés prematuros tienen una piel frágil, que es muy delgada y absorbente. Hasta que la piel madura, no es una buena barrera de protección para su bebé y debe manejarse con cuidado para evitar que se desgarre o lastime.

- **Nutrición y pérdida de agua:** La nutrición de su bebé juega un papel importante en el desarrollo de una piel sana y en la cicatrización adecuada. La nutrición de su bebé será vigilada cuidadosamente. Para ayudar a prevenir la pérdida de agua, es posible que se suministre aire humidificado en la cama de su bebé.
- **Lociones y cremas:** Es normal que los bebés prematuros tengan una piel seca y escamosa. Sin embargo, no deben usarse lociones y cremas rutinariamente. Si la piel se vuelve demasiado seca o empieza a resquebrajarse, para acondicionar la piel puede utilizarse una pequeña cantidad de crema formulada, que no contenga perfumes o alcohol.
- **Baño:** Su bebé será bañado sólo cuando sea necesario. Es posible que se utilice una lámpara de calor durante el baño para evitar que la temperatura de su bebé baje.
- **El uso de cinta adhesiva:** La piel del prematuro es muy sensible a las cintas adhesivas, y puede irritarse o romperse fácilmente cuando éstas se retiran. Por lo tanto, sólo se utilizará cinta adhesiva cuando sea necesario. Las cintas y los adhesivos que se utilizan han sido elegidos porque son bien tolerados y son los menos perjudiciales para la frágil piel del bebé.



Pruebas de laboratorio

Se llevarán a cabo varias pruebas de laboratorio para brindar información acerca del estado de su bebé al personal a cargo de su cuidado. Es posible que se tomen muestras de sangre y que se envíen al laboratorio para medir lo siguiente:

- Conteo completo de células sanguíneas (CBC, por sus siglas en inglés), para medir el nivel de diferentes células en la sangre del bebé
- Pruebas de detección neonatal para saber si el bebé sufre de algún trastorno hereditario, como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y fibrosis quística
- Gases en sangre, para verificar los niveles de oxígeno, dióxido de carbono y ácidos en la sangre
- Cultivos de sangre y prueba de proteína C-reactiva (CRP, por sus siglas en inglés) para ayudar a detectar infecciones
- Balance químico o química sanguínea (electrolitos en sangre)
- Nivel de azúcar (glucosa) en la sangre
- Nivel de bilirrubinas para detectar ictericia
- **Hemoglobina** o **hematocrito** para controlar la presencia de **anemia** (un número anormalmente bajo de glóbulos rojos que transportan oxígeno en la sangre). Si la cantidad es baja, su bebé puede necesitar una transfusión de sangre.

Transfusión de sangre

Una transfusión de sangre es un procedimiento para poner en el cuerpo de su bebé sangre o productos derivados de la sangre de un donante. La sangre del donante proviene de un banco de sangre y se examina para asegurarse de que sea adecuada para su bebé. Si su bebé necesita una transfusión de sangre, su médico le dará más información.

Estudios por imágenes

Es posible que su bebé ocasionalmente se someta a estudios por imágenes mientras está en la NICU o SCN. Los procedimientos de los estudios por imágenes le permiten a su médico rastrear el progreso de su bebé y estar al tanto de alguna afección especial que pueda estar presente. Algunos estudios por imágenes frecuentes incluyen:

- **Rayos X:** Es el tipo más frecuente de exploración por imágenes. Los rayos X pueden mostrar la condición de los pulmones y de otros órganos, y verificar las posiciones de todo tubo o catéter dentro del cuerpo de su bebé.
- **Ultrasonido:** Una imagen por ultrasonido es algo así como los rayos X, excepto que se realiza mediante el uso de ondas de sonido que se dirigen a los órganos del cuerpo. Las ondas de sonido producen imágenes diferentes que le informan a su médico sobre los tejidos de su bebé. Las exploraciones por ultrasonido son procedimientos simples e indoloros que no usan radiación.
- **MRI:** La resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) usa un imán grande, radiofrecuencias y una computadora para crear imágenes altamente detalladas de las estructuras y los órganos internos. Debido a que un bebé debe permanecer completamente quieto durante un estudio por MRI, a veces se administran medicamentos sedantes.



En ciertas enfermedades, a su bebé le pueden realizar varios rayos X en un día. Esto puede inquietarle, pero no hay necesidad de preocuparse. Los rayos X no causan dolor a su bebé y los expertos coinciden en que la cantidad de radiación utilizada es demasiado baja como para causarle daño a su bebé.

Preparación para el regreso a casa

La planificación del alta médica es un proceso continuo que comienza tan pronto como su bebé ingresa a la NICU o SCN.

Criterios para el alta médica

Su bebé recibirá el alta de la NICU o SCN cuando cumpla con los criterios de alta sobre la base de su edad, tamaño y condición. Además, usted debe estar preparada y cómoda para asumir la atención de su bebé en el hogar. Usted y el equipo médico de su bebé determinarán juntos cuándo es el momento correcto para que su bebé deje el hospital, y si usted necesita ayuda de un proveedor de servicios de salud en el hogar. Antes de que su bebé esté listo para regresar al hogar, se deben alcanzar estas metas:

- **El paso a una cuna:** Su bebé deberá ser capaz de mantener su temperatura corporal en una cuna común.
- **Respiración y frecuencia cardíaca consistentes:** Su bebé debe poder respirar por sí solo y no puede tener períodos de apnea (ausencia de respiración) ni bradicardia (frecuencia cardíaca muy lenta). Cuando su bebé tenga de 5 a 7 días corridos de respiración constante y regular con o sin oxígeno, esta es una señal de que está preparado para regresar al hogar.
- **Alimentación y aumento de peso:** Su bebé deberá ser capaz de ingerir las calorías suficientes como para estar ganando peso. Por lo general, esto es a partir de la lactancia materna o de un biberón.
- **Habilidades para los padres:** Antes de regresar al hogar con su bebé, el personal de la NICU o la SCN le ayudarán a aprender estas habilidades:
 - ✓ Cuidados del bebé sano
 - ✓ Alimentación
 - ✓ Administración de medicamentos
 - ✓ Uso del equipo en casa
 - ✓ Realización de RCP
 - ✓ Colocación de su bebé en el asiento del automóvil

PRUEBA DE AUDICIÓN PARA EL RECIÉN NACIDO

Una buena audición es importante para el aprendizaje del bebé y el desarrollo del habla. Por esta razón, la ley estatal exige que se les haga una prueba de audición a todos los bebés. En Intermountain revisamos la audición de los recién nacidos antes de irse a casa con sus familias.

¿POR QUÉ LA ESPERA?

Como muchos padres nuevos, probablemente esté impaciente por llevar a su bebé al hogar. Y como muchos otros padres, posiblemente se pregunte: "¿Por qué se demora tanto?".

La respuesta más frecuente es la capacidad de comer del bebé. Aprender a comer es una habilidad como cualquier otra, y el bebé necesita tiempo para adquirirla. Este proceso puede ser lento, irregular e impredecible. Su bebé puede comer muy bien durante algunos días, luego puede parecer que se ha olvidado como funciona todo y luego puede comenzar a comer como un campeón otra vez. Esto es completamente normal (si bien un poco frustrante). Intente ser paciente. Entienda que para la seguridad de su bebé, el personal de la NICU o SCN le permitirán a su bebé marcar el ritmo.

Alojamiento conjunto

Durante la estancia de su bebé en la NICU o SCN, el personal trabajará con usted para enseñarle cómo cuidar a su bebé en casa. Poco antes de ir a casa, usted tendrá la oportunidad de alojarse en la habitación junto con su bebé por una cantidad determinada de tiempo. Este periodo de alojamiento conjunto es como un ensayo general para ir a casa. Le brinda la oportunidad de practicar todo lo que ha aprendido, contando con una enfermera cercana para brindarle ayuda y consejo. Durante el periodo de alojamiento conjunto, el personal de enfermería está disponible para tomar los signos vitales de su bebé, responder a sus preguntas y asumir el cuidado de su bebé en caso de una situación de emergencia.

El alojamiento conjunto busca semejar un ambiente casero en el que los padres asumen total responsabilidad en el cuidado físico y la supervisión de su hijo. El periodo de alojamiento conjunto generalmente dura entre 12 y 48 horas. Idealmente, la madre y el padre están involucrados, así como otros miembros adultos de la familia que pueden tomar parte en el cuidado de su bebé. Durante todo el periodo de alojamiento conjunto, usted debe permanecer con su bebé o hacer que otro cuidador lo haga. Durante el periodo de alojamiento conjunto, usted utilizará los monitores y el equipo que tendrá que manejar en su hogar.

Sugerencias sobre qué traer del hogar para la internación conjunta:

Padres

- ✓ Ropa cómoda
- ✓ Cepillo de dientes, peine, artículos de aseo personal
- ✓ Refrigerios (snacks)
- ✓ Reloj con alarma
- ✓ Bloc de notas, escribir preguntas y tomar notas sobre la atención de su bebé

Recién nacido

- ✓ Ropa para regresar al hogar incluye un sombrero y un abrigo
- ✓ Mantas para envolver, posicionar, etc.
- ✓ Asiento para el auto (¡esto es indispensable!)
- ✓ Cualquier equipo especial



DURANTE LA EXPERIENCIA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, USTED SERÁ RESPONSABLE DE:

- Proporcionar todos los cuidados, de acuerdo a las órdenes médicas y al plan de cuidados para el hogar.
- Organizar períodos de descanso con su(s) compañeros(s) de cuidado o con el personal del hospital.
- Notificar a la enfermera de cabecera si necesita ayuda, tiene preguntas o problemas.
- Dar un informe completo al cuidador siguiente, el cual debe incluir el estado del niño y sus necesidades.

DURANTE EL ALOJAMIENTO CONJUNTO, EL PERSONAL DEL HOSPITAL SERÁ RESPONSABLE DE:

- Vigilar el uso de los medicamentos, de acuerdo a las órdenes del médico.
- Realizar visitas periódicas a la habitación para documentar el estado del niño de acuerdo a las políticas y procedimientos del hospital.
- Proporcionar instrucciones verbales si es llamado por un problema.
- Intervenir y prestar cuidados al niño si se identifica un problema o una emergencia.

El RSV se produce en brotes estacionales, por lo general de otoño a primavera, en la mayoría de las áreas de los Estados Unidos. Sin embargo, una persona puede contagiarse con el RSV en cualquier época del año. En los EE.UU, cada año se hospitalizan a alrededor de 90,000 (noventa mil) bebés por causa del RSV. Aproximadamente el 2% de estos bebés morirán.

Los padres de los bebés prematuros deben saber tanto como puedan acerca del VSR y cómo prevenirlo.



Prevención del RSV y otras enfermedades respiratorias

RSV, por sus siglas en inglés, significa **virus sincial respiratorio**, un virus común que afecta a personas de todas las edades. En la mayoría de niños, produce síntomas parecidos a los del resfriado común. Sin embargo, en los recién nacidos prematuros o con problemas pulmonares, las infecciones por RSV pueden ser un problema mayor. Pueden ocasionar una enfermedad pulmonar grave y, en ocasiones, requieren o prolongan la hospitalización. Los bebés prematuros son los más afectados porque sus pulmones no se han desarrollado plenamente. Estos bebés tampoco han recibido de sus madres las sustancias naturales para combatir los virus.

¿Cómo se propaga el RSV?

- Al tocar, besar, o estrecharle la mano a una persona infectada
- A través del aire por la tos o los estornudos
- A partir de las superficies de trabajo, pañuelos usados, toallas, sábanas, mantas o juguetes (ya que el RSV puede vivir allí durante varias horas)
- En hogares hacinados (con muchas personas) y guarderías

Cómo puede prevenir la infección por RSV

- Antes de tocar a su bebé, lávese las manos con agua tibia y jabón, y pídale a los demás que hagan lo mismo.
- Mantenga alejadas de su bebé a las personas que tienen resfriados, incluyendo a hermanos y hermanas. Los padres u otros cuidadores que se sientan enfermos deben usar una máscara y abstenerse de besar al bebé.
- No fume cerca del bebé, ya que la exposición al humo del cigarrillo aumenta la severidad de una infección por RSV.
- Evite llevar a su bebé a lugares con mucha gente, como centros comerciales.
- Pregunte al médico de su bebé acerca de un medicamento que le ayude a prevenir enfermedades severas por RSV.

Estar atento a

Los síntomas del RSV pueden empeorar rápidamente en algunos niños. **Llame a su médico si su hijo presenta alguno de los siguientes síntomas:**

- Fiebre
- Dificultad para respirar (respiración rápida, jadeos)
- Sibilancias (respiración con silbido) o tos
- Color de piel azul o gris

Uso del equipo para el hogar

Algunos bebés necesitarán regresar al hogar con monitores o equipos. El equipo para el hogar que se utiliza con más frecuencia es oxígeno y un monitor cardíaco y de apnea. Antes de regresar al hogar, una agencia de salud en el hogar le entregará el equipo y le enseñará cómo usarlo. La experiencia de internación conjunta descrita anteriormente le dará la oportunidad de practicar el uso del equipo antes de que el bebé regrese al hogar.

Qué hacer y qué no hacer para que su bebé duerma seguro

Los bebés de la NICU tienen un riesgo más alto de sufrir accidentes relacionados con el sueño, tales como el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS, por sus siglas en inglés). El siguiente cuadro le indica QUÉ HACER y NO HACER para ayudarlo a crear un entorno de sueño más seguro. **Siga estas pautas; asegúrese de que los cuidadores del bebé también lo hagan.**



CONSEJOS PARA EL TIEMPO BOCA ABAJO:

Una vez en casa, cuando su bebé esté despierto y bajo supervisión, dele un tiempo para jugar boca abajo sobre su barriga. El “tiempo boca abajo” le ayudará a su bebé a desarrollar sus músculos y a adquirir más rápidamente las habilidades para voltearse, gatear, pararse y caminar. El tiempo boca abajo también le puede ayudar a prevenir que la cabeza se aplane, algo que puede suceder si el bebé pasa todo el tiempo sobre su espalda. Siga estos consejos:

- **Hágalo pronto.** Comience a darle a su bebé algún tiempo boca abajo desde el primer día que llegue a casa del hospital.
- **Hágalo regularmente.** Ponga a su bebé boca abajo entre 2 y 3 veces al día durante unos minutos. A medida que su bebé crezca, aumente la cantidad de tiempo de juego boca abajo.
- **Hágalo con su bebé.** Acuéstese en el piso con su bebé. Dele algunos juguetes para que trate de alcanzarlos, o acuéstese sobre su espalda y colóquelo en su pecho. Su bebé aprenderá a disfrutar el juego en esta posición.
- **Y recuerde,** si su bebé se duerme, colóquelo suavemente sobre su espalda. Para dormir, lo mejor es que lo haga boca arriba, sobre la espalda.

Que HACER para dormir

Considere el uso de mamelucos o ropa para dormir en lugar de cobijas.

Si usa una cobija, coloque a su bebé con los pies al pie de la cuna. Ajuste la cobija alrededor del colchón de la cuna, cubriendo sólo hasta el pecho del bebé.

Vista a su bebé con el tipo de ropa (o cúbralo con la cantidad de cobijas) que a usted le resulte cómodo para dormir.

Mantenga la temperatura de la habitación a unos 70 °F.

Asegúrese de que la cuna de su bebé esté en buenas condiciones y de que tenga barandales fijos, no desplegados a los lados.

Asegúrese de que los barrotes de la cuna no estén a más de 2 3/8 pulgadas de separación para evitar que la cabeza del bebé se atore. Si puede poner una lata de refresco entre los barrotes, éstos están demasiado separados.

Asegúrese de que los barandales tengan una altura mínima de 26 pulgadas más que el nivel más bajo del soporte del colchón, de manera que su bebé en desarrollo no pueda treparse fácilmente sobre ellos.

Asegúrese de que el colchón sea firme y de la medida de la cuna. El espacio entre el colchón y la cuna no debe ser mayor al ancho de dos dedos.

Asegúrese de que la cuna tenga superficies lisas, materiales resistentes y un barandal de protección para la dentición.

Coloque la cuna al lado de una pared interior en lugar de cerca de una pared exterior o una ventana. Mantenga la cuna alejada de radiadores y conductos de aire caliente o frío. Un bebé puede sufrir quemaduras de un radiador. Los conductos de aire forzado pueden reseca la nariz y la garganta del bebé, aumentando así la susceptibilidad de padecer problemas respiratorios.

Que NO HACER para dormir

NO coloque a su bebé a dormir sobre superficies suaves y holgadas como edredones, almohadas, pieles de oveja o cojines rellenos de bolitas de poliestireno. Estas superficies pueden amoldarse a la cara del bebé e interferir con la respiración.

NO use almohadillas protectoras en la cuna del bebé. Éstas no evitan las lesiones y suponen un riesgo para el bebé, quien podría asfixiarse o quedar atorado en las almohadillas.

NO permita que cuelguen juguetes de la cuna (móviles, gimnasios de cuna) al alcance de su bebé. Retire cualquier juguete colgante de cuna cuando el bebé comience a levantarse sobre sus manos y rodillas, o cuando cumpla 5 meses de edad, lo que ocurra primero. Estos juguetes pueden estrangular al bebé.

NO permita que su bebé duerma en una cama de agua. Los bebés pueden quedar atrapados y asfixiarse.

NO use un posicionador de sueño infantil. Los posicionadores son tapetes con lados blandos en forma de cuña diseñados para mantener al bebé sobre su espalda mientras duerme. Trágicamente, los posicionadores han causado varias muertes. Los organismos de consumidores y el Gobierno advierten contra el uso de posicionadores del sueño infantil.

NO use materiales delgados de envoltura de plástico como bolsas de limpiaduría o bolsas de basura como fundas de colchones. No permita que estas cosas estén cerca del bebé. El bebé puede asfixiarse si estos artículos se encuentran cerca de la cara.

NO permita que la cabeza de su bebé sea cubierta durante el sueño.

NO permita que los cordones de las cortinas o persianas de la ventana estén cerca de la cuna. No coloque objetos con cuerdas o piezas pequeñas cerca de la cuna. Estas cosas pueden estrangular o ahorcar al bebé.

NO deje al bebé solo en un sofá o una cama.

NO use un asiento de coche o una silla mecedora como cuna del bebé. Demasiado tiempo en este tipo de asientos puede aplanar la cabeza del bebé. Ponga siempre a su recién nacido a dormir sobre su espalda (a menos que tenga necesidades especiales y su médico le haya aconsejado no hacerlo). Cada vez, alterne el lado de la cabeza en que acuesta al bebé. Cuando el bebé pueda darse la vuelta por su cuenta, podrá elegir su posición para dormir.

MONITORES Y VIAJES

Debido a que los bebés que tienen monitores cardíacos y de apnea necesitan usar este mismo equipo durante viajes, usted necesitará una fuente de alimentación portátil autónoma para este equipo. La alimentación debería durar el doble de su tiempo de viaje esperado. Los sistemas para asegurar el equipo médico portátil (tales como los monitores y los tanques de oxígeno) no están diseñados para usar en vehículos motorizados. Sujete o coloque a su equipo en el piso del vehículo, pero no debajo del asiento delantero de pasajeros, y cúbralo con una manta o almohada para evitar movimiento en caso de choque o detención repentina.



Asientos infantiles (asientos de seguridad para bebés)

Los bebés muy pequeños o enfermos requieren consideraciones especiales al ser colocados en el asiento infantil del automóvil (o en una cama para el automóvil). A continuación se muestran unas pautas generales. Recibirá instrucciones más detalladas de sus proveedores.

Antes de comprar

Antes de comprar un asiento infantil, asegúrese de que sea adecuado para un bebé pequeño. Debe ser nuevo (no usado) y tener menos de 6 años.

Antes de salir del hospital

Lleve el asiento infantil a la NICU para que el personal pueda examinar su diseño y condición, y asegurarse de que quepa. El personal también le dará a su bebé una prueba del asiento infantil para asegurarse de que pueda tolerar estar en el asiento infantil. Durante la prueba del asiento infantil, el personal colocará a su bebé en el asiento infantil durante al menos 90 minutos y observará su frecuencia cardíaca y su respiración.

LISTA DE REVISIÓN DEL ASIENTO INFANTIL

Instalar un asiento infantil puede tomar práctica. Tenga en cuenta que no todos los asientos infantiles entran en todos los automóviles. Antes de viajar con su recién nacido, haga lo siguiente:

- Lea las etiquetas de seguridad y las instrucciones del manual. (Si no hay etiquetas de seguridad, no lo use).
- Revise la fecha de vencimiento. (Si ha vencido, no lo use).
- Revise si hay daños. (Si el asiento está dañado o le falta partes, no lo use).
- Asegúrese que el asiento infantil sea del tamaño correcto para el porte y peso de su niño, y que:
 - El asiento esté instalado orientado hacia atrás. (Los niños deben permanecer orientados hacia atrás hasta por lo menos 2 años de edad).
 - Coloque las correas del asiento a la altura o debajo del hombro.
 - Las correas se pueden ajustar al cuerpo de su niño.
 - Las hebillas del pecho deben estar al nivel de la axila o el pezón.
- Instale el asiento infantil de manera segura:
 - Instale el asiento orientado hacia atrás y en el ángulo correcto.
 - Use la correa del asiento O un sistema de ancla (no use ambos).
 - Ajuste la correa del asiento o correas de ancla para que la base del asiento no se mueva más de una pulgada en cualquier dirección cuando lo empuja o jala.

AYUDA PARA ASIENTOS DE SEGURIDAD INFANTIL

Para preguntas sobre su asiento infantil, llame al equipo de asientos infantiles de Primary Children's al **801-662-6583**. En Utah, visite ClickIt.Utah.gov para obtener información sobre la revisión de sus asientos de seguridad infantil en un sitio aprobado en su área. En Idaho, visite ltd.Idaho.gov/safety.

Bebés y niños pequeños



Broche de retención del pecho
Correas del arnés

BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS mirando hacia atrás tanto tiempo como sea posible, al menos hasta que alcancen la estatura o el peso máximo indicados en la guía de uso del fabricante del asiento de seguridad (AAP).

<p>Asiento de seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¡Siempre lea las instrucciones del asiento de seguridad infantil! Siga las instrucciones del fabricante. • La mayoría de los asientos de seguridad “sólo para infantes” son para niños que pesan entre 5 y 30 libras. Consulte en el manual del propietario la altura y el peso específicos de su asiento de seguridad. La mayoría de los asientos que son sólo para infantes se pueden utilizar con o sin su base. • Lea las instrucciones para determinar cómo se debe posicionar el asa del asiento durante su uso en el auto. Algunos asientos permiten que esté por encima del asiento, pero otros requieren que se coloque detrás de la cabeza del bebé. • Los asientos “convertibles” se pueden utilizar en posición mirando hacia atrás con la mayoría de los bebés.
<p>Colocación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El asiento trasero, sobre todo en la posición central, es generalmente el lugar más seguro. • La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda a los padres de familia que transporten a sus bebés y niños pequeños en asientos de seguridad mirando hacia atrás hasta los 2 años o hasta que alcancen la estatura y el peso máximos para los asientos de seguridad. • NUNCA coloque un asiento mirando hacia atrás en el asiento delantero del pasajero de un vehículo con bolsa de aire para dicho asiento.
<p>Correas del arnés del asiento de seguridad infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No envuelva a su niño en mantas o ropa adicional. Sujete el bebé primero correas del arnés. Después cubra al bebé con una manta. • En la parte trasera del asiento de seguridad infantil, pase las correas del arnés a través de las ranuras que las colocan a nivel de los hombros de su bebé, o debajo de ellos. • Fije firmemente las correas. En la clavícula de su bebé, no debe haber ninguna holgura de las correas que le permita pellizcarlas entre los dedos. • Siempre coloque el broche de retención del pecho, a fin de mantener las correas del hombro en su lugar. Coloque el broche de retención al nivel de las axilas (vea la foto de arriba).
<p>Cinturones de seguridad de auto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se instala correctamente usando el cinturón de seguridad o los anclajes inferiores y correas de retención infantil (LATCH), el asiento de seguridad infantil casi no debe moverse: una pulgada o menos de lado a lado y de adelante hacia atrás (donde el cinturón de seguridad se fija al asiento de seguridad). • Siempre lea el manual del fabricante del vehículo para aprender a usar el cinturón de seguridad o el sistema LATCH. Para colocar el asiento de seguridad, use el cinturón de seguridad o el sistema de anclaje infantil LATCH. No use ambos.
<p>Consideraciones especiales</p>	<p>A algunos recién nacidos se les hace una prueba de asiento infantil antes de salir del hospital. Aprobar esta prueba no es garantía de que el bebé no tenga problemas con en el asiento. Estas consideraciones se aplican a TODOS los recién nacidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limite el tiempo de viaje del recién nacido en automóvil. Si usted no puede evitar un viaje largo, pare con frecuencia para descansar. • Observe con cuidado al recién nacido en el asiento de seguridad. Cuando sea posible, pida a un adulto que se siente atrás, junto al asiento de seguridad, y que observe si el bebé tiene problemas de respiración o de otro tipo. • Asegure que el asiento orientado hacia atrás esté reclinado lo suficiente para evitar que la cabeza del bebé se caiga hacia adelante. De no ser así, ajuste el ángulo de inclinación del asiento para que quede entre 30° y 45°, que generalmente es lo correcto. Consulte en el manual del asiento de seguridad si hay otras opciones. • De ser necesario, para evitar que se encorve o se deslice en el asiento, coloque pañales enrollados o cobijas a ambos lados del cuerpo de su bebé. NO PONGA cojines bajo las nalgas de su bebé ni detrás de su espalda. SOLAMENTE utilice los insertos que vienen con el asiento de seguridad. • En caso de emergencia, quite el asiento completo del coche -con el bebé dentro- soltando el cinturón de seguridad o las correas inferiores de anclaje. Por lo general, es más rápido quitar el asiento que tratar de desabrochar al bebé de él.

Glosario de terminos

A

ALIMENTACIÓN NASOGÁSTRICA/SONDA NASOGÁSTRICO (O NG)

Alimentaciones que se administran a través de una sonda pequeña y flexible (una sonda NG) que se inserta a través de la nariz y baja por el esófago hasta el estómago.

NPO Significa “nada por la boca”. Si un bebé es demasiado pequeño o está muy enfermo para poder alimentarse por la boca, se hace referencia a él como “NPO”. En este caso, el bebé necesitará recibir nutrición a través de una vía IV.”

ALIMENTACIÓN OROGÁSTRICA/SONDA OROGÁSTRICA (U OG)

Alimentaciones que se administran a través de una sonda pequeña y flexible (una sonda OG) que se inserta a través de la boca y baja por el esófago hasta el estómago.

ALIMENTACIÓN POR SONDA

Véase alimentación por sonda nasogástrica.

ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

Alimentación a través de un tubo que pasa por la nariz o boca del bebé hacia el estomago.

AMBLIOPÍA U OJO PEREZOSO

Un problema de alineación de los ojos.

ANEMIA

Un número anormalmente bajo de glóbulos rojos (las células que transportan oxígeno) en la sangre.

ANOMALÍA

Malformación congénita de una parte del cuerpo.

ANOXIA

La falta de oxígeno.

APNEA

Una pausa temporal en la respiración.

ASESOR DE LA LACTANCIA

Personal de cuidados de la salud con formación avanzada y certificación en el manejo de la lactancia materna.

ASPIRACIÓN

Inhalación de un material (como fórmula, meconio, contenido estomacal o sangre) hacia el interior de los pulmones. Puede causar neumonía por aspiración.

ASPIRACIÓN DEL MECONIO

Cuando el bebé inhala meconio en el líquido amniótico (que rodea al bebé durante el embarazo). Puede ocasionar problemas pulmonares.

ATELECTASIS

Una condición en la que una parte de los pulmones ha colapsado.

B

BAJO PESO AL NACER

Un peso al nacer de menos de 2,500 gramos (aproximadamente 5½ libras).

BECARIO

Médico que está siendo entrenado en una área específica de la medicina, como cuidados intensivos del recién nacido.

BILIGHTS

Lámparas especiales colocadas por encima de la cama del bebé para el tratamiento de la ictericia.

BILIRRUBINA

Pigmento rojo-amarillento que se produce cuando los glóbulos rojos se destruyen. Demasiada bilirrubina en la sangre causa ictericia.

BOMBA DE INFUSIÓN

Una bomba conectada a una vía intravenosa (IV) para administrarle fluidos IV al bebé en cantidades pequeñas medidas de forma precisa.

BOMBA IV

Una máquina que permite a sus cuidadores programar la cantidad exacta de nutrientes u otros fluidos que se administran a su bebé.

La bomba se coloca en el contador o se conecta a un poste junto a la cama de su bebé. Se puede configurar la alarma en la bomba IV para que suene a intervalos regulares para recordarle a la enfermera de su bebé que controle que todo funciona de forma correcta.

BOMBEO

Bombear aire y/o oxígeno a los pulmones del bebé apretando una bolsa adherida a una máscara que cubre la nariz y boca del bebé.

BRADICARDIA

Un latido cardíaco más lento de lo normal, por lo general inferior a 100 latidos por minuto en los niños. Por lo general, la bradicardia ocurre con apnea.

C

CAMPANA DE OXÍGENO

Caja de plástico transparente que se coloca sobre la cabeza del bebé. El oxígeno fluye hacia la caja desde un tubo que está conectado a una fuente de oxígeno. Ésta cámara se utiliza para bebés que pueden respirar por sí mismos, pero que requieren oxígeno adicional.

CÁNULA NASAL

Un tubo hueco y flexible con dos pequeñas protuberancias que se colocan justo por debajo de la nariz del bebé para suministrarle un flujo constante de oxígeno.

CATÉTER

Un tubo delgado utilizado para administrar líquidos o drenar fluidos del cuerpo.

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (O PICC)

Un tipo común de línea central que se inserta a través de la piel, en general a través de una vena en el cuello o en el pliegue del brazo. Luego es guiado hacia una vena grande que la conduce directamente al corazón. (Consulte la página 17 para obtener información sobre las complicaciones que pueden ocurrir).

CATÉTER DE SUCCIÓN

Un pequeño tubo que se usa para remover la mucosidad de la nariz y la garganta, o de un tubo de ET (consulte la página 30)

CATÉTER EN LA ARTERIA UMBILICAL (O UAC)

Un catéter que se coloca en la arteria del bebé para controlar la presión arterial y obtener muestras de sangre.

CATÉTER EN LA VENA UMBILICAL (O UVC)

El mismo que el catéter de la arteria umbilical (UAC), con la excepción de que es en una vena en vez de una arteria. Se puede utilizar para obtener muestras de sangre, proveer nutrición, administrar sangre y medicamentos y observar la presión arterial.

CIANOSIS

Un color de piel azulado u “oscuro” causado por una mala circulación o bajos niveles de oxígeno en sangre.

CONDUCTO ARTERIOSO

Un vaso sanguíneo ubicado justo fuera del corazón, que permite que la sangre evite los pulmones mientras el bebé aún está en el útero. Después del nacimiento, el conducto arterioso debe cerrarse, dirigiendo el flujo sanguíneo a través de los pulmones del bebé.

CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE (O PDA):

Un conducto arterioso (persistente) abierto. Si el PDA no se cierra, el bebé puede necesitar restricciones de líquidos, medicamentos o cirugía reparadora.

CONVULSIONES

Una afección en la que los impulsos eléctricos del cerebro hacen “corto circuito”, haciendo que el cuerpo se ponga tenso. Durante una convulsión, el bebé puede perder el conocimiento por unos instantes. Las convulsiones tienen una variedad de causas.

CUIDADOS DE CANGURO

Sostener a su bebé al lado de su cuerpo, piel contra piel.

CUNA TÉRMICA

Camilla que se calienta y ayuda a mantener tibio al bebé.

D

DISNEA

Dificultad para respirar.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR (O BPD)

Un problema pulmonar que se produce en algunos bebés prematuros y que requiere tratamiento con oxígeno o con una máquina de respiración por un largo tiempo.

E

EDAD DE GESTACIÓN

La edad del bebé (en semanas), calculada desde el primer día del último período menstrual de la madre hasta que nace el bebé.

EDEMA

Retención de líquidos en los tejidos del cuerpo, que provoca hinchazón o inflamación. A menudo visto en los párpados, pies y manos del bebé.

ELECTRODOS

Dispositivos adheridos a unas almohadillas adhesivas que se colocan sobre el cuerpo del bebé para conducir los impulsos eléctricos del corazón y de los movimientos respiratorios a un equipo de monitoreo.

ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

Véase síndrome de dificultad respiratoria (RDS, por sus siglas en inglés).

ENFISEMA INTERSTICIAL PULMONAR (O PIE)

Una afección en la que burbujas de aire son forzadas a salir de los sacos de aire pequeños del pulmón (alvéolos) e ingresar entre las capas del tejido pulmonar.

ENTEROCOLITIS NECROSANTE (O NEC)

Un problema con los intestinos (parte del sistema digestivo), cuya causa se desconoce. Con la NEC, el revestimiento de la pared intestinal muere y el tejido desaparece.

ESÓFAGO

El conducto que comunica la boca con el estómago.

ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Un médico que se especializa en el tratamiento de enfermedades contagiosas.

ESUDIOS POR IMÁGENES

Pruebas y exámenes en donde se toman imágenes de los órganos internos del cuerpo. Incluye rayos-X, exámenes por ultrasonido, tomografías computarizadas y resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés).

F

FARMACÉUTICO

Un especialista que prepara y administra medicamentos.

FOTOTERAPIA

Tratamiento de recién nacidos con ictericia, exponiéndolos a luces brillantes llamadas “bililights”.

G

GASES ARTERIALES

Una muestra de sangre de una arteria, para ver su contenido de oxígeno y dióxido de carbono o su acidez.

GASTROENTERÓLOGO

Médico que se especializa en los trastornos del sistema digestivo.

GENETISTA

Médico que se especializa en el estudio y tratamiento de trastornos o condiciones que tienden a ser hereditarios.

GLÓBULOS ROJOS (RBCS)

Las células en la sangre que contienen una sustancia que se llama hemoglobina, que transporta el oxígeno.

GLUCOSA

Un tipo de azúcar que circula en la sangre y proporciona energía al cuerpo.

GRAMO

Una unidad para medir el peso (1 gramo equivale a 1/28 de una onza y 1 libra equivale a 454 gramos).

H

HEMATÓLOGO

Un médico que se especializa en el tratamiento de los problemas de la sangre.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (O HIV)

Sangrado en el cerebro.

HIPERALIMENTACIÓN (O HAL)

Un método para suministrar una solución que contiene los nutrientes esenciales (azúcar, proteínas, vitaminas y minerales) a través de una línea IV y complementar la ingesta del bebé por la boca.

HIPERGLUCEMIA

Glucosa (azúcar) anormalmente alta en la sangre.

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Incapacidad de los vasos sanguíneos de los pulmones del bebé para relajarse y abrirse normalmente después del nacimiento, dando lugar a una mala circulación a través de los pulmones y a un nivel insuficiente de oxígeno en la sangre.

HIPOGLUCEMIA

Glucosa (azúcar) anormalmente baja en la sangre.

HIPOVOLEMIA

Volumen de sangre anormalmente bajo en el cuerpo.

HIPOXIA

Oxígeno insuficiente.

I

ICTERICIA

Color amarillento de la piel y el blanco de los ojos provocado por los niveles excesivos de bilirrubina en la sangre.

INCUBADORA (O ISOLETTE)

Una pequeña cama cerrada de plástico que mantiene el cuerpo del bebé a temperatura templada y constante.

INFILTRACIÓN DE IV

Acumulación de líquidos IV en los tejidos que rodean la vena.

INFILTRADOS PULMONARES

Fluidos u otras sustancias extrañas en los alvéolos de los pulmones, que aparecen como zonas difusas en la radiografía de tórax del bebé.

INMADURO

Se usa para describir un bebé que nació antes de las 37 semanas de gestación y que pesa menos de 2500 gramos (aproximadamente 5½ libras).

INTRAVENOSO (O IV)

IV representa intravenoso, que significa “en una vena.” Los nutrientes y medicamentos pueden suministrarse a través de una línea IV.

INTUBACIÓN

La inserción de un tubo en la tráquea del bebé para permitir que el aire llegue a los pulmones.

L

LANUGO

El cabello fino y suave que cubre al bebé por nacer desde aproximadamente el 4.º o 5.º mes en el útero y desaparece cuando llega a término. El lanugo, por lo general, todavía está presente en los bebés prematuros.

LÍNEA ARTERIAL

Un catéter colocado en la arteria del bebé para controlar la presión arterial y obtener análisis de sangre.

LÍNEA CENTRAL

Línea intravenosa (IV) que se inserta a lo largo de una vena hasta que alcanza una posición lo más cercana posible al corazón.

LÍNEA PERIFÉRICA

Una línea periférica es una línea IV que se coloca en el brazo, la mano, la pierna, el pie o el cuero cabelludo. Para colocar una línea periférica, se introduce una pequeña aguja en una pequeña vena que está cerca de la superficie de la piel. Una vez en posición, se retira la aguja y se deja un catéter (tubo hueco pequeño) en su lugar.

M

MADURO

Se usa para describir un bebé nacido en las 37 a 42 semanas de gestación y que pesa más que 2500 gramos (aproximadamente 5½ libras).

MÁSCARA DE OXÍGENO

Una cámara de plástico transparente que se coloca sobre la cabeza del bebé para suministrarle oxígeno adicional. El oxígeno fluye en ella desde un tubo conectado a una fuente de oxígeno. Esta máscara se usa para bebés que pueden respirar por sí solos, pero que todavía necesitan más oxígeno.

MECONIO

Un material de color verde oscuro que se encuentra en el intestino al nacer. La primera deposición del bebé.

MÉDICO INTERNO

Un médico en su primer año de entrenamiento tras graduarse de la escuela de medicina.

MÉDICO TRATANTE

El médico a cargo de la atención de su bebé. En la NICU y la SCN, el médico tratante es un neonatólogo.

MENINGITIS

Inflamación o infección de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal.

MONITOR DE SATURACION DE OXIGENO

Véase oxímetro de pulso (página 33).

MONITOR TRANSCUTÁNEO (O TCMU)

Una máquina que mide la concentración de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre del bebé a través de la piel.

N

NEONATAL

Palabra que significa “cerca del momento del nacimiento.”

NEONATÓLOGO

Pediatra con entrenamiento especializado en el cuidado de recién nacidos enfermos.

NEUMOGRAMA

Un estudio que implica observar la respiración y la frecuencia cardíaca de un bebé durante el sueño para detectar patrones anormales de respiración.

NEUMONÍA

Infección pulmonar que lleva a la acumulación de fluido, haciendo difícil la respiración.

NEUMOTÓRAX

Una colección de aire en el pecho, como consecuencia de una ruptura en el pulmón.

NEURÓLOGO

Un médico que se especializa en los trastornos del cerebro y del sistema nervioso.

NPO

Significa “nada por la boca”. Si un bebé es muy pequeño o está demasiado enfermo como para alimentarse por la boca, se le denomina “NPO”. En este caso, el bebé debe recibir la nutrición a través de una línea IV

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (O TPN)

Un método para proporcionar una solución que contienen los nutrientes esenciales (azúcares, grasas, proteínas, vitaminas y minerales) a través de una vía IV para complementar la ingesta por boca del bebé.

NUTRICIONISTA CERTIFICADO (O RDN)

Un profesional de la atención médica con conocimiento especial sobre los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo adecuados de un bebé.

O

OJO PEREZOSO

Véase ambliopía (página 29).

OR

Sala de operaciones o quirófano

OTÓLOGO

Un médico que se especializa en trastornos del oído.

OXÍMETRO

Ver oxímetro de pulso.

OXÍMETRO DE PULSO

Una sonda que se coloca en el pie o la mano del bebé con una cinta adhesiva para medir cuán bien su bebé mueve el oxígeno por su cuerpo. Suena una alarma si el nivel de oxígeno (denominado “sat.” por “saturación”) es demasiado bajo o demasiado alto, lo que le informa a la enfermera que su bebé necesita más o menos oxígeno.

P

PEDIATRA

Un médico que se especializa en la atención de bebés y niños.

PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (O SGA)

Un bebé que nace con un peso por debajo del rango de peso normal para su edad gestacional (consulte la página 30).

PERINATAL

Un término utilizado para describir el breve período antes y después del nacimiento.

PERINATÓLOGO

Un médico que se especializa en embarazos y partos complicados.

POSPARTO

Después del parto.

PREMATURO

Un término usado para describir al bebé nacido antes de las 37 semanas de gestación.

PRENATAL

Antes del nacimiento.

PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN (PEEP)

Un tratamiento que se utiliza para evitar que partes del pulmón colapsen cuando exhala un bebé.

PRESIÓN POSITIVA CONTINUA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (O CPAP)

Aire presurizado, a veces con oxígeno agregado, que se suministra a los pulmones del bebé para mantener los pulmones expandidos mientras el bebé inhala y exhala.

PROFESIONAL EN ENFERMERÍA NEONATAL (O NNP)

Una enfermera con entrenamiento especial en el cuidado de los bebés recién nacidos o de aquellos en alto riesgo.

PUNCIÓN EN EL TALÓN

El procedimiento de pinchar el talón del bebé para obtener pequeñas cantidades de sangre para análisis.

PUNCIÓN LUMBAR

Procedimiento en el cual se introduce una aguja hueca entre los huesos de la parte inferior de la espalda para retirar líquido. Se puede realizar para reducir la presión o para comprobar la presencia de una infección.

PUNTA NASAL

Un tubo con dos pequeñas protuberancias que se ajustan en el interior de la nariz del bebé para suministrar un flujo constante de oxígeno.

R

RADIÓLOGO

Un médico con capacitación especial en el uso de radiografías y otros estudios por imágenes para el diagnóstico y tratamiento.

RAYOS X

El tipo más frecuente de exploración por imágenes, que puede mostrar la afección de los pulmones y otros órganos, y puede verificar las posiciones de todas las sondas o todos los catéteres dentro del cuerpo del bebé.

REFLUJO

Cuando el alimento en el estómago del bebé regresa al esófago.

RESIDENTE

Un médico en su 2.º o 3.º año de capacitación en la especialidad de pediatría.

RESONANCIA MAGNÉTICA (O MRI)

Un tipo de estudio por imágenes que se realiza cuando los médicos necesitan saber más que lo que pueden aprender a través de una radiografía o un ultrasonido.

RESPIRACIÓN PERIÓDICA

Respiración interrumpida por pausas de hasta 10 a 20 segundos. La respiración periódica es común en recién nacidos prematuros y a término.

RESPIRADOR

Véase ventilador (página 34).

RETINA

La parte del ojo que registra lo que vemos y envía imágenes al cerebro.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO (O ROP)

Un problema ocular en donde la parte posterior del ojo (la retina) puede estar lesionada y se necesita un tratamiento especial.

RETRACCIONES

Cuando los pulmones no se inflan plenamente cuando el bebé inhala. La pared torácica se retrae ya que el bebé usa su pecho y los músculos abdominales para respirar.

S

SEPSIS

Una infección en la sangre y otros tejidos, que puede afectar la totalidad del cuerpo del bebé.

SIGNOS VITALES

Ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión arterial y nivel de oxígeno en la sangre.

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (O RDS)

Un trastorno en el que hay una tendencia de que colapsen los alveólos o sacos de aire pequeños del pulmón cuando el bebé exhala. Esto anteriormente se denominaba virus de la enfermedad de la membrana hialina (consulte la página 30). Esta es una afección común en los bebés porque sus pulmones no se han desarrollado lo suficiente aún como para funcionar por su cuenta.

SOPLO (O MURMULLO)

Sonido que se produce por el flujo anormal de sangre en el corazón o los vasos sanguíneos. A menudo, un soplo se puede oír con un conducto permeable (PCA).

SURFACTANTE

Una sustancia que se forma en los pulmones que ayuda a evitar que colapsen y se unan los sacos de aire pequeños (alvéolos).

T

TABLILLA DE INMOVILIZACIÓN

Férula que ayuda a prevenir el desprendimiento de las líneas IV.

TAQUICARDIA

Un ritmo cardíaco anormalmente rápido, por lo general superior a 160 latidos por minuto en los recién nacidos.

TAQUIPNEA

Un tipo de respiración anormalmente rápida, generalmente por encima de 60 respiraciones por minuto en los recién nacidos.

TERAPEUTA RESPIRATORIO

Un profesional de la salud capacitado en el cuidado de los pulmones.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (O CT)

Un tipo de estudio de imágenes que produce imágenes que ofrecen una vista en 3D de los órganos y estructuras del cuerpo.

TRÁQUEA

El tubo que se va desde la garganta hasta los pulmones.

TRAQUEOSTOMÍA

Abertura quirúrgica en la tráquea, por debajo de la caja de la voz, que permite que el aire entre en los pulmones cuando se obstruye la garganta.

TUBO ENDOTRAQUEAL (O ET)

Un tubo delgado de plástico que se inserta en la tráquea del bebé para permitir el suministro de aire y/u oxígeno a los pulmones del bebé.

U

ULTRASONIDO O ECOGRAFÍA

Un tipo de estudio imagenológico que utiliza el eco de ondas de sonido para producir una fotografía de los tejidos del cuerpo.

V

VENTILADOR

Ver Respirador.

VENTRÍCULOS

Espacios llenos de fluido en el cerebro.

VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (RSV)

Un virus común que puede ocasionar una enfermedad pulmonar grave para los bebés prematuros o para los bebés con problemas de pulmón.



Cuándo llamar al médico

Una vez en casa, llame a su médico si su bebé presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Temperatura inestable o anormal. La temperatura normal del bebé (medida en la axila) es 97.7 °F (36.5 °C) a 99.5 °F (37.5 °C)
- Disminución de la temperatura, cuando el bebé no se calienta al envolverlo o tomarlo en brazos
- Fontanelas (mollera) hundidas o con puntos blandos
- Apatía o debilidad, y un bebé poco responsivo
- Nerviosismo o temblores
- Irritabilidad extrema o imposibilidad para ser calmado por largos períodos de tiempo
- Disminución del apetito
- Más de un pañal seco sucesivo (en aproximadamente 6 horas)
- Bastante menos pañales sucios que de costumbre
- Diarrea o deposiciones líquidas, verdes, de olor fétido, o que contienen moco o sangre
- Incremento del esfuerzo respiratorio (respiración rápida, silbidos, tos o cualquier dificultad para respirar)
- Incremento de la apnea (pausa temporal en la respiración) y bradicardia (frecuencia cardíaca lenta)
- Episodio preocupante de asfixia
- Vómito más frecuente de lo normal, o vómito verde o con sangre
- Aumento en la necesidad de oxígeno
- Decoloración de la piel, especialmente un color azul, gris o amarillo
- Placas o aftas (manchas blancas en la boca, que se parecen a la fórmula, pero que no salen con el dedo)



Obtenga atención de emergencia en los siguientes casos:

- Piel o labios azules o violáceos
- Somnolencia excesiva, escaso tono muscular o dificultad para despertar
- Envenenamiento o sospecha de envenenamiento, primero llame al Centro de Control de Envenenamiento, 1-800-222-1222
- Dificultad para respirar o hundimiento del pecho con la respiración



Para encontrar más recursos para madres y bebés, visite:
intermountainhealthcare.org/mombaby



facebook.com/intermountainmoms



Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

©2002–2021 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. (Reviewed / approved by Women & Newborn Clinical Program 11/16.) NICU0015 - 01/21 (Spanish translation 01/21 by inWhatLanguage)