

19.

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



## ATENCION AL RECIEN NACIDO NORMAL

**T E S I S**  
QUE PRESENTA  
**LUZ MARIA SIBAJA TRINIDAD**  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
MEXICO, D. F. 1982



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

Prólogo . . . . .	9
I INTRODUCCION . . . . .	10
1.- Planteamiento del problema . . . . .	10
2.- Objetivos generales del estudio . . . . .	10
3.- Hipótesis . . . . .	10
4.- Variables . . . . .	11
5.- Campo de investigación . . . . .	11
6.- Glosario . . . . .	12
II MARCO TEORICO Y REFERENCIAL . . . . .	16
1.- El Crecimiento natural de la población en México ..	16
2.- Los programas de atención Materno Infantil . . . .	25
Objetivos . . . . .	27
Metas . . . . .	28
Actividades . . . . .	29
3.- El Recién Nacido . . . . .	31
3.1. Concepto de Recién Nacido . . . . .	31
3.2. Características Anatomofisiológicas . . . . .	33
3.3. Recursos que se requieren para la atención del Recién Nacido . . . . .	46
3.4. Atención al Recién Nacido Normal . . . . .	48

3.4.1. Atención Inmediata. Concepto . . . . .	49
3.4.2. Atención Mediata. Concepto . . . . .	49
Cuidados de atención inmediata . . . . .	49
Cuidados de atención mediata . . . . .	50

III ESQUEMA DE LA INVESTIGACION . . . . . 70

1.- Procedimientos empleados . . . . .	70
2.- Fuente de datos . . . . .	70
3.- Procedimiento estadístico de los datos obtenidos ..	71
4.- Descripción del instrumento empleado en la recolección de datos . . . . .	71

IV RESULTADOS . . . . . 73

- Servicio en que se observó al Recién Nacido . . .	74
- Horas de estancia del Recién Nacido en el servicio de expulsión . . . . .	75
- Horas de estancia del Recién Nacido en el cunero .	76
- Equipo y material en Sala de Expulsión para recibir al Recién Nacido . . . . .	77
- Personal de Salud que atiende al Recién Nacido . .	78
- Orden de los cuidados inmediatos al Recién Nacido .	79
- Calidad de los cuidados inmediatos al Recién Nacido	80

- Reporte en el Expediente de la Valoración de Apgar . . . . .	81
- Indicaciones de cuidados mediatos anotados en los expedientes . . . . .	82
- Personal de enfermería que ofrece los cuidados mediatos al Recién Nacido . . . . .	83
- Complicaciones que presentaron los Recién Nacidos .	84
- Tiempo de permanencia de los Recién Nacidos en la Institución . . . . .	85
 V RESUMEN Y CONCLUSIONES . . . . .	 86
1.- Replanteamiento del problema . . . . .	86
2.- Conclusiones . . . . .	86
 REFERENCIAS . . . . .	 91
a) Bibliografía . . . . .	92
b) Apéndice . . . . .	95
 - Guía de observación . . . . .	 96

C U A D R O S

CUADRO A.- Tasas de Natalidad, Mortalidad y crecimiento natural de la población de México en los años de 1971-1975 . . . . .	18
CUADRO B.- El Crecimiento Natural de la República Mexicana en los años de - - - - 1925-1974 . . . . .	20
CUADRO C.- Tasas de Mortalidad Neonatal e Infantil en la República Mexicana en los últimos cinco años 1971-1975 . . . . .	23
CUADRO 1.- Servicio en que se observó al Recién Nacido . . . . .	74
CUADRO 2.- Horas de estancia del Recién Nacido en el Servicio de Expulsión . . . . .	75
CUADRO 3.- Horas de estancia del Recién Nacido en el Cunero . . . . .	76
CUADRO 4.- Equipo y material en Sala de Expulsión para recibir al Recién Nacido . . . . .	77
CUADRO 5.- Personal de Salud que atiende al Recién Nacido . . . . .	78
CUADRO 6.- Orden de los cuidados inmediatos al Recién Nacido . . . . .	79

CUADRO 7.- Calidad de los cuidados inme- diatos al Recién Nacido . . . . .	80
CUADRO 8.- Reporte en el expediente de - la Valoración de Apgar . . . . .	81
CUADRO 9.- Indicaciones de cuidados me-- diatos anotados en los expedientes . . . . .	82
CUADRO 10.- Personal de Enfermería que - ofrece los cuidados mediatos al Recién Nacido . . . . .	83
CUADRO 11.- Complicaciones que presenta- ron los Recién Nacidos . . . . .	84
CUADRO 12.- Tiempo de permanencia de los Recién Nacidos en la Institución . . . . .	85

G R A F I C A S

GRAFICA A.- Natalidad, Mortalidad y  
crecimiento natural de la población  
de México en los años 1971-1975 . . . . . 19

GRAFICA C.- Mortalidad Neonatal y -  
Mortalidad Infantil en la República  
Mexicana de 1971-1975 . . . . . 24

## PROLOGO :

La calidad de atención inmediata y mediata que se ofrezca al recién nacido tiene gran importancia para la evolución que estos niños tengan durante su primer mes de vida, la aspiración de secreciones nasofaríngeas, la permeabilidad de vías respiratorias, la valoración general, la prevención de oftalmía purulenta, la somatometría, el calentamiento, la posición, la ligadura del cordón umbilical, todos ellos son cuidados que si se brindan con calidad óptima favorecerán la vida del recién nacido en este primer tiempo de ambientación del ser humano, en cambio si estos cuidados son deficientes, el recién nacido estará expuesto a severos riesgos de salud y aún a la pérdida de su vida; riesgo que en nuestro país es elevado, es por ello que en este estudio se han revisado con sumo cuidado las características anatomofisiológicas y los procedimientos idóneos para cumplir sin riesgo esta atención inmediata que los profesionales del equipo de salud deberán ofrecer al recién nacido, este mensaje es dirigido en especial al personal de enfermería que realiza o colabora en la atención en estos servicios, ello con el propósito de insistir en la elevación de la calidad de la participación de este grupo de trabajadores de la Salud y con ello dejar claro el interés que las enfermeras tienen por cuidar la calidad de sus acciones en esta área de atención de la Salud de población de nuestro país.

E. H. T.

## I.- I N T R O D U C C I O N

### 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Atención al recién nacido normal.

### 2.- OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO.

- a) Identificar la magnitud de la natalidad y de la mortalidad neonatal e infantil en México.
- b) Dar a conocer datos sobre la organización y funcionamiento de la asistencia materno-infantil en nuestro País.
- c) Señalar cuáles son las características anatomofisiológicas del recién nacido normal.

### 3.- HIPOTESIS.

- La precisión y el orden en los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido, le permitirán evolucionar sin complicaciones.
- La valoración del recién nacido con los métodos existentes, permitirá hacer un pronóstico más exacto que orientará respecto a la atención que deberá ofrecérsele.

4.- VARIABLES.

- Precisión en los cuidados inmediatos y mediatos.
- Orden en los cuidados inmediatos y mediatos.
- Valoración con los métodos existentes.
- Atención que deberá ofrecérsele.

5.- CAMPO DE INVESTIGACION.

a) Area geográfica.

Instalaciones del D.I.F.

b) Grupos humanos.

25 niños recién nacidos en la misma Institución.

G L O S A R I O

- 1.- Abducción.- "Acto de separar una parte del eje del cuerpo; acto de volver hacia afuera".
- 2.- Acrocianosis.- "Coloración violácea permanente de manos y pies".
- 3.- Atención Mediata.- "Son los cuidados intensivos y de absoluta vigilancia que se dan al niño, posteriores a la -- atención inmediata, principalmente durante las primeras- 24 horas que se extienden hasta las 48 horas".
- 4.- Atención Inmediata.- "Son los cuidados que se proporcionan al recién nacido, durante los primeros minutos de su existencia".
- 5.- Caput Succedaneum.- "Tumefacción de la cabeza fetal durante el parto en la región por la que se presenta".
- 6.- Céfalohematoma.- "Hematoma debajo del pericráneo".
- 7.- Células de Malpighio.- "Células espinosas del estrato de Malpighi".
- 8.- Cianosis.- "Coloración azul de la piel y mucosas, especialmente la debida a anomalías cardíacas, causa de la - oxigenación insuficiente de la sangre".

- 9.- Fecundidad.- "Facultad de los seres vivos para reproducirse".
- 10.- Fontanela.- "(Del ital. fontanella, fuentecilla).- Espacio sin osificar en el cráneo del niño".
- 11.- Insalivación.- "Impregnación del alimento con la saliva en el acto de la masticación".
- 12.- Lanugo.- "Vello, especialmente el del feto".
- 13.- Natalidad.- "Número proporcional de nacimientos en población y tiempo determinados".
- 14.- Millium Facial.- "Acné milliar o grutum; nódulo o gránulo blanquecino de la piel, especialmente de la cara, debido a la obliteración del conducto excretorio de una glándula sebácea".
- 15.- Mortalidad.- "Cantidad proporcional de defunciones correspondientes a población o tiempo determinados".
- 16.- Placas de Peyer.- "Nombre de los folículos agrupados, dispuestos en placas alargadas, en el intestino delgado en la parte opuesta al mesenterio".
- 17.- Peristaltismo.- "Movimientos vermicular característico de ciertos órganos tubulares provistos de fibras musculares y longitudinales, especialmente intestino, en virtud del cual su contenido progresa".

- 18.- Palidez.- "Tono blanquecino de los tegumentos, especialmente de la cara, transitorio o permanente, por el defecto de circulación sanguínea".
- 19.- Prepucio.- "Pliegue mucocutáneo de la piel del pene que cubre el glande".
- 20.- Quistes de inclusión.- "Quiste formado por una porción de piel incluida en los tejidos profundos".
- 21.- Sonda.- "Término general para distintos instrumentos, -- largos y delgados por lo común, que se introducen en un conducto o cavidad, con fines de exploración y evacuación especialmente".
- 22.- Telangiectasia.- "Dilatación de los vasos capilares de -- pequeño calibre, generalizada o localizada; angioma simple".
- 23.- Valoración de Apgar.- "Método que se aplica un minuto -- después que el niño ha nacido y posteriormente a los 5 -- minutos y contempla: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tono muscular, irritabilidad refleja y color".
- 24.- Valoración de Silverman.- "Valora la función respirato--ria del recién nacido y comprende: movimientos toracoabdominales, tiro intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal, quejido espiratorio".

25.- Vénix caseosa.- "Unto sebáceo de la piel del feto".

DEFINICIONES:

1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21,  
22 y 25.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.

Salvat Editores, S.A.

Ed. Undécima. Reimpresión 1981.

3, 4 y 23.

Díaz del Castillo Ernesto, Pediatría Perinatal.

p. 124-125.

9, 13 y 15.

Ramón García-Pelayo y Gross.

Diccionario Larousse Ilustrado.

Ediciones Larousse.

## II.- MARCO TEORICO Y REFERENCIAL.

### 1.- El crecimiento natural de la población en México.

Una de las características fundamentales del comportamiento de la especie humana es lo relacionado con su dinamicidad y esto se manifiesta a través de su movimiento natural y social; en cuanto al movimiento natural está determinado por Natalidad y Mortalidad, índices que en cada grupo humano tienen sus particularidades en cuanto a cantidad y calidad, la fórmula del crecimiento natural de la población humana puede ser representado en la siguiente forma:

$$C N = N - D \text{ Donde}$$

C N = Crecimiento Natural

N = Nacimientos

D = Defunciones

En el momento actual se disponen de procedimientos muy precisos para cuantificar estos fenómenos vitales como son: Natalidad y Mortalidad, entre ellos está el cálculo de tasas.

Es decir, el porcentaje matemático por el que se mide una probabilidad de que acontezca un hecho. Para que la probabilidad esté basada en la realidad es sumamente necesario conocerlo más aproximadamente posible el número de afectados por el riesgo que se pretende tasar.

En lenguaje matemático la tasa se expresa de la siguiente forma:

$$T = \frac{a}{a + b}$$

En ella T equivale a tasa; a al número de veces que ocurrió un acontecimiento determinado y b, al número de veces en que no ocurrió; pero que pudo haber ocurrido.

Las tasas se refieren siempre a determinados períodos, lugares y población, elementos que siempre deben expresarse, para precisar los resultados en un número muy aproximadamente a la realidad. (1)

En nuestro país las tasas en relación al crecimiento natural y mortalidad general y específicas en el quinquenio de -- 1971-1975 han sido las que se registran en cuadros y gráficas siguientes.

---

(1) San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad, 3a. reimpresión - 1980. Edit. La prensa Médica Mexicana. P. 59-60.

## CUADRO A.

TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION DE MEXICO EN LOS AÑOS DE 1971 - 1975.

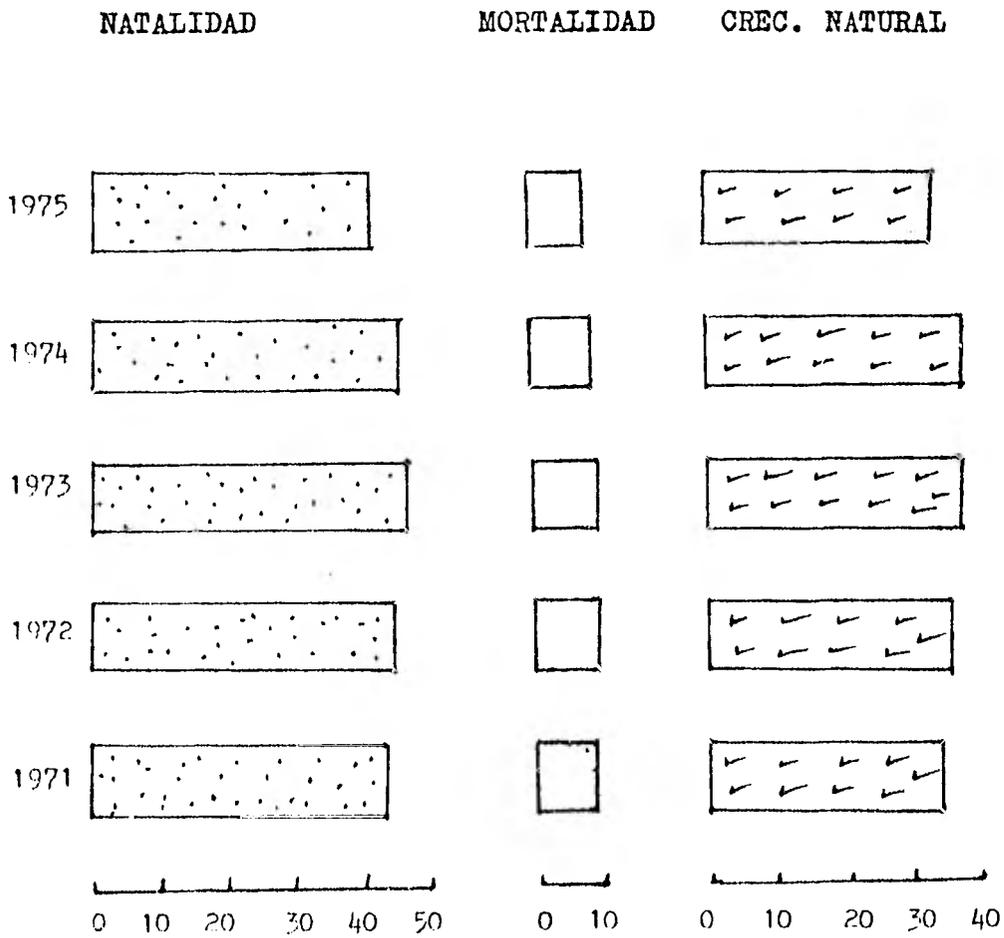
( Por mil habitantes )

AÑO	NATALIDAD	MORTALIDAD	CRECIMIENTO NATURAL
1971	42.5	8.7	33.5
1972	43.2	8.8	34.4
1973	45.8	8.2	37.6
1974	44.9	7.5	37.4
1975	50.4	7.2	33.2

FUENTE: Anuario Estadístico de los E.U.M. 1975-1976, 2a. Parte, P. 67.

Los datos de este cuadro señalan que estos indicadores -- del Movimiento Natural de la población del país durante los -- últimos cinco años han tenido muy leves variaciones. Esto es el crecimiento y la destrucción de los seres humanos en México se han mantenido en cierta estabilidad.

G R A F I C A A



## CUADRO B .

EL CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION DE LA REPUBLICA  
MEXICANA EN LOS AÑOS DE 1925 - 1974.

AÑO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO NATURAL
1925	503 531	402 690	100 841
1926	483 339	384 850	984 89
1927	480 752	377 046	103 706
1928	517 599	404 599	112 465
1929	634 897	437 303	197 594
1930	819 814	441 717	378 097
1931	738 399	437 038	301 361
1932	743 150	447 532	295 618
1933	737 020	449 149	287 871
1934	787 314	422 595	364 719
1935	764 326	408 471	355 855
1936	791 725	432 763	358 962
1937	826 307	456 540	369 767
1938	829 651	436 476	393 175
1939	865 081	446 216	418 865
1940	875 471	458 906	416 565
1941	878 935	446 361	432 574
1942	940 067	471 600	468 467
1943	963 317	474 950	488 367
1944	958 119	447 198	510 921
1945	999 093	433 694	565 399

ANO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO NATURAL
1946	994 838	442 935	551 903
1947	1 079 816	390 087	689 729
1948	1 090 867	407 708	683 159
1949	1 123 358	443 559	679 799
1950	1 174 947	418 430	756 517
1951	1 183 788	458 238	725 550
1952	1 195 209	408 823	786 386
1953	1 271 775	446 127	815 648
1954	1 339 837	378 752	961 085
1955	1 377 917	407 522	970 395
1956	1 427 722	368 740	1 058 982
1957	1 485 202	414 545	1 070 657
1958	1 447 578	404 529	1 043 049
1959	1 589 606	397 472	1 192 134
1960	1 608 174	402 545	1 205 629
1961	1 647 006	383 529	1 263 477
1962	1 705 481	403 046	1 302 435
1963	1 756 624	412 834	1 343 790
1964	1 849 408	408 275	1 441 133
1965	1 888 171	404 163	1 484 008
1966	1 954 340	424 141	1 530 199
1967	1 981 363	420 298	1 561 065
1968	2 039 145	452 910	1 586 233
1969	2 088 902	458 886	1 630 016
1970	2 132 630	485 656	1 646 974
1971	2 231 399	458 323	1 773 076

---

AÑO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO NATURAL
1972	2 346 002	476 206	1 869 796
1973	2 572 287	458 915	2 113 372
1974	2 607 452	433 104	2 174 348

---

FUENTE: S.I.C. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1958-1959-1960-1961-1970-1971-1975-1976.

## CUADRO C

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL EN LA REPUBLICA MEXICANA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS: 1971 - 1975.

( Por mil habitantes )

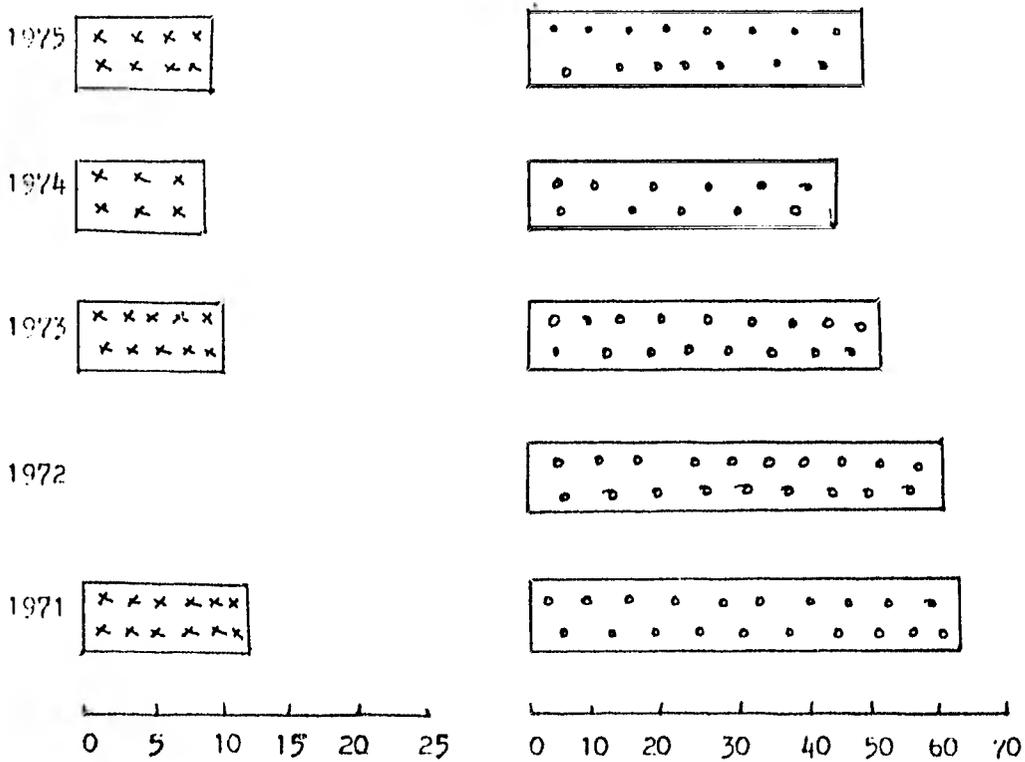
AÑO	MORTALIDAD NEONATAL	MORTALIDAD INFANTIL
1971	23.4 (2)	63.3
1972		60.9
1973	20.1 (3)	52.2
1974	18.72 (4)	45.4
1975	19.5 (5)	49.0 (6)

- 
- (2) I.M.S.S. Subdirección General Médica. Jefatura de Medicina Preventiva. Nuevos datos bioestadísticos y demográficos - de la República Mexicana. Cuadro Núm. 19 (S.P.)
- (3) I.M.S.S. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. Principales Estadísticas de Salud - de la República Mexicana en 1973. Cuadro Núm. 21 (S.P.)
- (4) I.M.S.S. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. Principales Estadísticas de Salud - de la República Mexicana en 1974, México 1976. Cuadro Núm. 20
- (5) S.S.A. Secretaría de Planeación. Compendio de Estadísticas Vitales en México. 1975. P. 22.
- (6) Anuario Estadístico de los E.U.A. 1975-1976, México 1979. P. 67.

GRAFICA C

MORTALIDAD NEONATAL

MORTALIDAD INFANTIL



Los datos de esta gráfica indican que la mortalidad neonatal en estos cinco años ha sido reducida muy levemente, en lo referente a mortalidad infantil ha habido un descenso considerable de 4.3, pero aún persistiendo alto en relación con otros países.

## 2.- Los programas de atención materno infantil.

A partir de la Revolución Mexicana (1910-1917) los Gobiernos de México se han preocupado por dar una adecuada atención a uno de los núcleos más importantes de nuestra población, este es el grupo materno infantil, el cual comprende el 67% de la población, y se ha enfatizado en el 46% de la población infantil, (7) ya que en este núcleo es donde se localizan los mayores índices de morbilidad y mortalidad.

Si se quiere resumir la problemática materno infantil y demográfica de México, se debe hacer resaltar en los siguientes aspectos:

1º.- Altos índices de mortalidad materna - "14.3 x 10 000 nacidos vivos en 1970" - que ha descendido notoriamente durante los últimos 10 años. Las causas principales de tan altas tasas han sido "hemorragia, toxemia, sepsis; causadas seguramente de los pocos y deficientes cuidados proporcionados durante el período prenatal, parto y del puerperio" (8).

2º.- En ningún momento podemos descuidar que dada la legislación vigente muchas mujeres se provocan abortos que no siempre reúnen los requisitos mínimos de asepsia, lo cual trae como consecuencia complicaciones que en muchas ocasiones causan la muerte de la madre.

(7) Plan Nacional de Salud. 1974-1976, 1977-1983, Programas V III, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México 1974.

(8) *Ibidem*.

3º.- Altas tasas de mortalidad infantil (68.4 x 1 000 vivos en 1970) y de preescolares debido principalmente a la deficiencia de los servicios médicos de atención a la niñez y a la limitada detección de las enfermedades infectocontagiosas.

4º.- Altas tasas de fecundidad (198 x 1 000 mujeres en -- edad fértil en 1970) aunadas a los problemas socioeconómicos-- causa de deficiente cultura y educación, así como una falta -- de información sobre los servicios de planificación familiar-- lo que repercute en un crecimiento demográfico del 3.4 anual, considerado alto en proporción con el que tienen otros países desarrollados.

Tomando como base los antecedentes dados, comparados con la situación actual, se elaboró un programa de atención médica materno infantil y de planificación familiar a nivel nacional que a manera de justificación expone entre otras cuestiones:

- a) El fortalecimiento en los servicios médicos actuales, así como el "aumento del rendimiento de los recursos instalados"; ello para lograr una mayor y mejor atención a la salud de los diversos grupos de población.
- b) Llevar los servicios existentes a la población rural.
- c) Revisión de los programas y en su caso la actualización -- de los mismos, así como de las normas y de los procedimientos administrativos.

d) Unificación en los servicios de gineco obstetricia del -- sub-programa de Planificación Familiar acorde con la política emanada, sobre este problema, por el Gobierno de la República (9).

A fin de realizar las actividades necesarias que llevasen al país a solucionar la problemática planteada por la morbilidad en el área materno infantil, el Programa Nacional de atención Médica Materno Infantil menciona los siguientes:

OBJETIVOS:

1º.- Ampliar y superar progresivamente el área de atención materno infantil.

2º.- Suministrar los medios necesarios para los cambios - de actitudes en las conductas de reproducción materna, a través de la distribución de la información necesaria para el caso, educación y servicios de planificación familiar que acrecienten la toma de conciencia respecto de la "paternidad responsable y el derecho que tiene la familia de regular voluntariamente" el número de hijos que desee tener.

3º.- Coadyuvar a la homogeneidad entre "el crecimiento -- de la población con el desarrollo económico de acuerdo con la política expresada en la nueva ley de población".

-----  
(9) Ibíd. pag. 89.

4º.- Bajar de manera significativa las tasas de morbilidad materno infantil.

5º.- Contribuir al bienestar familiar.

Como podemos observar en el planteamiento de los objetivos del Plan Nacional, algunos de ellos se conseguirán en un plazo menor que otros, de tal manera que la solución total debe ser progresiva; para ello se fijaron dos etapas distribuidas de la manera siguiente: La primera comprende los años de 1974 a 1976 y la segunda de 1976 a 1983. En cada una de ellas se fijaron las siguientes:

M E T A S :

1a.- La reducción de la mortalidad materna en un 10%.

2a.- Disminución de la mortalidad infantil en un 10.5%.

3a.- Respecto a la mortalidad neonatal se pretende que -- para 1976 se hubiese reducido en un 62.2%; la postnatal en un 12.3% y la preescolar en un 1.8%.

METAS A 1983:

1a.- Reducir la mortalidad materna, de acuerdo con los índices de 1974 en un 37%.

2a.- Disminuir las defunciones en el área infantil en un 35.2%.

En lo que respecta a la mortalidad neonatal, se pretende que para 1983 la reducción se haya dado en un 29.5%; en lo -- que respecta la mortalidad postnatal el porcentaje que se pre-- tende disminuir es del 38.9%, y en la edad preescolar en un -- 52.8%.

#### ACTIVIDADES:

A fin de lograr los objetivos y metas planteados se señalan una serie de actividades y metas operacionales, tanto en el área materna como en el área infantil.

#### ACTIVIDADES EN EL AREA MATERNA:

1a.- La primera actividad que en esta área se plantea es la de actualizar los principios y normas de atención prenatal; de tal manera es prioritaria esta acción que su realización se llevó a cabo en el año de 1974.

2a.- Aumentar progresivamente el número de pacientes --- atendidos en consulta prenatal en las instituciones de salud dependiente del estado; la gradación en cada una de las instituciones está programada de la manera siguiente:

La S.S.A. del 25% en 1974 pasará al 65% en 1983 con - - aproximadamente un aumento del 5% anual.

El I.L.S.S. de acuerdo con la población que tiene derecho

a la prestación de servicios cubre el 82.2% de los embarazos esperados; y dado que su expansión será necesariamente con el aumento de su población de derechohabientes podrá aumentar la cobertura de su población prenatal hasta en un 90% en -- 1983.

El I.S.S.S.T.E. sufre el 66.7 de los embarazos esperados en su población, por lo que a través de acciones encaminadas al aumento de su cobertura es esperado que para 1983 aumente en un 82% los embarazos esperados de su población (10).

#### AREA INFANTIL:

la.- A través de sus diferentes organismos la S.S.A., -- pretende para 1976 lograr lo siguiente: en los menores de un año cubrir el 70% de la población tributaria en 1976 y el -- 80% de esta misma población para 1983.

Respecto a otras instituciones (I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E.) sería necesario ampliar su campo y concentrar sus acciones -- en la población de 0-4 años; se calculaba (en el Plan Nacional de Salud) que para 1974 se cubriría el 50% de la pobla-- ción respectiva de cada institución dentro de los límites -- de edad señalados; para 1976 se calculaba el 70% y el 80% , como mínimo, se plantea para 1983.

Los organismos mencionados, cuando menos en teoría, de-- ben tener una cobertura en el terreno de asistencia y presta-- ción de servicios médicos del 100% de su población.

Se considera secundaria el grupo en edad preescolar, las acciones a él referentes serán similares proporcionalmente a las que en la actualidad se desarrollan en ambas instituciones. La prioridad mencionada, está dada porque la morbilidad en el grupo de 0 a 4 años es mayor a la del grupo preescolar, de ahí la necesidad urgente de resolver los problemas de salud en aquel grupo.

2a.- Actualizar las normas de atención pediátrica.

3a.- En aquellos casos en que se encuentren las tasas más altas de morbilidad causadas por la frecuencia de determinados padecimientos, se elaborarán normas para su tratamiento en los diversos niveles de atención.

4a.- Aquellas funciones que pueda realizar el personal auxiliar serán estructuradas de acuerdo a los diferentes niveles.

5a.- Dar a conocer a la comunidad los servicios médicos que pueda recibir y de esta manera lograr su máximo grado de utilización de recursos (11).

### 3.- EL RECIEN NACIDO.

#### 3.1. Concepto de Recién Nacido:

"Se denomina recién nacido al producto de la concepción-proveniente de un embarazo de 21 o más semanas y que ha cum-

(11) *Ibidem.* Pág. 21.

plido su separación del organismo materno, hasta que cumple 28 días del nacimiento" (12).

Suele considerarse período de "recién nacido" el primer mes de vida (13).

"Se da el nombre de Recién Nacido al lactante durante el -- período en que, ya separado de su madre, se adapta a las -- condiciones ambientales externas, lo cual se produce durante los primeros 28 días de vida" (14).

Recién nacido vivo, según la definición de la O.M.S. es el producto de la concepción, completamente expulsado, o extraído de su madre, que después de la separación, respira o muestra evidencias de vida, con latidos cardíacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares (15).

Se designa recién nacido a todo niño menor de 28 días de vida (16).

- 
- (12) Varios autores. Orientación Pediátrica, Nivel Enfermería, Colección LEA, Fernando Aldape Herrera Editor, -- Pag. 10.
- (13) Wasserman Edward. Pediatría Clínica. 6a. Ed. Edit. Interamericana. Pag. 165.
- (14) San Martín Hernán. Salud y Enfermedad. 3a. Ed. 1980. -- Edit. Prensa Médica Mexicana. Pag. 391.
- (15) Valenzuela-Luengas-Marquet. Manual de Pediatría. 9a. -- Ed. Edit. Interamericana, México, 1975. Pag. 197.
- (16) Ibíd. Pag. 80.

Aún cuando los autores consultados difieren en detalles, en todos ellos encontramos constantes que nos permiten conceptualizar al Recién Nacido como sigue:

Se considera recién nacido al producto de la concepción expulsado o extraído del organismo materno y hasta que cumple 30 días de nacimiento.

### 3.2. CARACTERISTICAS ANATOMOFISIOLOGICAS.

A continuación se mencionan diversas características que reúne un recién nacido normal. En este aspecto, no hay parámetros exactos que permitan unificar criterios respecto a las características. No obstante se anotan las siguientes:

#### Datos Somatométricos:

Peso.- Se considera normal un peso mínimo de 2,500 kg, y máximo de 4 kg, aunque el promedio más frecuente se da -- entre los 3 y 3,500 kg.

Talla.- La talla normal mínima es de 48 cms, y la máxima de 52 cms.

Segmento superior.- Constituye en el recién nacido normal el 70% de la talla.

Perímetro cefálico.- Normalmente es de 34 a 35 cms.

Circunferencia torácica.- Es de 32 a 33 cms.

Circunferencia abdominal.- Es mayor que la torácica, pero hay variaciones según el estado digestivo en que se encuentre el recién nacido.

Pie.- Largo del pie de 8 a 9 cms.

#### CABEZA:

Cabello.- Tanto el cabello abundante como el escaso se considera normales en el recién nacido, lo mismo si el cabello abarca o no la frente (17).

Moldeamiento.- Como una consecuencia del paso por el canal del parto, la cabeza presenta una deformación: Caput -- succedaneum o céfalohematoma (18).

#### FONTANELAS:

Anterior.- Tiene forma de diamante y mide de 2 a 3 cms, de ancho y de 3 a 4 cms de largo. Se localiza en unión de los huesos parietales y los frontales; siempre está abierta.

---

(17) Valenzuela-Luengas-Marquet. Manual de Pediatría. Op. Cit. Pag. 202.

(18) Smith Marshall. Pediatría Clínica. Edit. Interamericana. Pag. 26.

Posterior.- Tiene forma triangular y su tamaño es mucho menor que la fontanela anterior, se localiza entre el occipital y los parietales, puede estar cerrada totalmente o casi cerrada (19).

Ambas fontanelas son aplanadas y blandas y hay cabalgamiento de la bóveda craneal.

Ojos.- Los ojos generalmente tienen una coloración azul grisácea y por las limitaciones en la coordinación muscular a veces parece que están cruzados (20).

Nariz.- Las narinas son permeables y no existe secreción nasal.

Boca.- No hay dientes, aunque ocasionalmente presenta quistes de inclusión que semejan dientes.

Orejas.- La parte superior de la oreja está situada en idéntico plano que el ángulo del ojo. Los pabellones auriculares están bien formados y su consistencia es cartilaginosa, los tímpanos no se pueden ver y el conducto auditivo externo es corto y amplio (21).

-----  
 (19) R. Karlow, Dorothy. Enfermería Pediátrica. 4a. Ed. Edit. Interamericana. Pag. 124.

(20) Moore, Mary Lou. El Recién Nacido y La Enfermera. Edit. Interamericana. Pag. 122.

(21) Apuntes de la Oficina de Enseñanza Continua en Enfermería del IMEer, DIF.

Cuello.- Es corto, cilíndrico y simétrico; carece de masas palpables y tiene pliegues. (22).

Tórax.- Tiene forma cilíndrica, en uno y otro sexo sobresalen las glándulas mamarias, a causa de la actividad hormonal materna; en ocasiones segregan un líquido, (leche de -- bruja). La apófisis xifoideas del esternón es frecuentemente visible y saliente. La espalda generalmente es recta y -- plana (23).

Abdomen.- Es moderadamente protuberante.

Ombigo.- Prominente, situado al centro del abdomen, el cordón umbilical es blanco azulado y a los pocos días se modifica (24).

#### GENITALES:

Masculino.- Varía el tamaño del pene y del escroto, en ocasiones el prepucio puede estar unido al glande. Los testículos pueden encontrarse en el escroto, detenidos en los conductos o no encontrarse hasta que descienden espontáneamente, lo que puede suceder hasta las últimas fases de la -- infancia (25).

-----  
(22) R. Marlow, Dorothy. Enfermería Pediátrica. Op. Cit. Pag. 122.

(23) Torroella, Julio Manuel. Pediatría. Méndez Oteo Editor. Pag. 167.

(24) Moore Mary Lou. Op. Cit. Pag. 108.

(25) Nelson Vaughan, Mc Kay. Tratado de Pediatría. 6a. Ed. -- Edit. Salvat, 1976. Pag. 21.

Femenino.- Coloración roja y tumefacta. Los genitales - femeninos pueden estar ligeramente hinchados, producen una secreción mucosa que puede estar teñida de sangre, causada por las hormonas transmitidas de la madre a la niña, esto - ocurre durante la primera semana de vida. Los labios mayores no se han desarrollado y los labios menores expuestos, se - ven grandes.

#### EXTREMIDADES:

El recién nacido tiene las cuatro extremidades en - -- flexión; los brazos y las piernas son proporcionalmente cortas.

Manos.- Las manos son regordetas con dedos relativamente cortos, las uñas tersas y suaves, se extienden sobre la punta de los dedos.

Piernas.- Son pequeñas y arqueadas, normalmente el niño yace con las piernas en abducción y flexionadas, de manera - tal que las plantas quedan colocadas una frente a otra.

Pies.- El recién nacido tiene un cojín de grasa en el - arco longitudinal del pie, por ello aparentemente presenta - pie plano (26).

-----

(26) A. Marlow Dorothy. Op. Cit. Pág. 130.

PIEL.- Al tacto es tersa y suave, sonrosada a la vista, está cubierta por una vellosidad fina conocida con el nombre de Lanugo. Presenta vérnix caseosa en hombros, espalda y pliegues. En algunas ocasiones se observan cambios de color, debido a la inestabilidad vasomotora y a la circulación periférica aún torpe. Ejemplo de lo anterior es la cianosis que presenta en manos y pies, principalmente si la temperatura es fría; otras veces presente la piel moteada o por -- cambio postural puede presentar color en arlequín.

Es común observar en el niño mexicano una mancha azulosa con bordes irregulares; se localiza en la región sacra -- y se le conoce como "mancha mongólica".

En los párpados y en la nuca se observan frecuentemente telangiectacias. Además en nariz presenta millium facial (27).

TEJIDO OSEO.- En virtud de que en la composición de los huesos del recién nacido encontramos principalmente cartílagos y una pequeña cantidad de calcio, el esqueleto es flexible, las articulaciones elásticas y los huesos suaves.

TEJIDO MUSCULAR.- El recién nacido tiene el contorno muscular suave, a pesar de que es incapaz de controlar sus -- músculos y estos carecen de fuerza, se sienten duros al tacto (28).

(27) Wasserman Edward. Op. Cit. Pág. 164-165.

(28) R. Marlow Dorothy. Op. Cit. Pág. 130-131.

APARATO RESPIRATORIO.- La respiración en el recién nacido es diafragmática y abdominal, con una frecuencia respiratoria promedio de 40 por minuto; pero se considera dentro -- de los límites de normalidad la frecuencia entre 30 y 60 -- por minuto (29).

APARATO DIGESTIVO.- El aparato digestivo de los recién nacidos es inmaduro fisiológicamente; pero madura a medida que los pequeños crecen y se desarrollan, también lo hace el aparato digestivo (30).

Boca.- Como una consecuencia de la falta de dientes -- la cavidad bucal es pequeña; a la vez que es más seca que -- en un niño mayor porque la salivación, aunque suficiente , presenta una laxitud más acentuada de las células de Mal--- phigio.

La lengua está muy desarrollada, y la capa muscular del piso de la boca es muy vigorosa. En la parte interna de los labios existe un abultamiento llamado "cojinete de succión- de Luschka y Pfaundler" el cual posiblemente ajuste perfectamente los labios al pezón. El mismo fin tiene el "repliegue de Robín Magitol" que se encuentra en la parte alveolar de las encías; y la bola grasosa de Bichat.

-----  
(29) Moore, Mary Lou. Op. Cit. Pag. 105-107.

(30) H. Wacchter Eugenia. G. Blake Florence. Enfermería Fe-- diátrica. 9a. Ed. Edit. Interamericana. Pag. 163.

Otras formaciones que se observan en la cavidad bucal son las perlas epiteliales del paladar óseo y los quistes epidermoides de las encías. Debido a la vascularización la mucosa bucal es muy fina y fácilmente vulnerable.

A diferencia del adulto el recién nacido presente un número dos a tres veces mayor de ganglios; vasos linfáticos y senos ganglionares más amplios; pero menor desarrollo en -- las glándulas salivales.

Faringe.-- En ella encontramos el anillo linfático compuesto por: La amígdala faríngea, las amígdalas palatinas y las formaciones linfoides y el tejido linfoide.

La amígdala faríngea está situada en el techo de la --- nasofaringe; las palatinas, entre los pilares del velo del paladar; las formaciones linfoides, en la base de la lengua y el tejido linfoide se encuentra disperso en toda la mucosa faríngea.

Estómago.-- Su crecimiento máximo se da entre el nacimiento y el tercer mes de vida. Al nacer el niño tiene una capacidad entre 40 y 50 c.c. El cardias se localiza a la -- altura de la décima vértebra dorsal, mientras el píloro se encuentra dos vértebras más abajo y está situado muy cerca de la línea media.

Las tónicas musculares se encuentran en desarrollo; la capa de fibras longitudinales es imperfecta, mientras que las fibras de dirección oblicua son escasas. La capa circular es muy desarrollada; pero falta a nivel del cardia, lo que provoca la vuelta de gases y alimentos al esófago.

Intestino delgado.— La longitud del intestino delgado mide entre 3 y 3.5 mt, proporcionalmente es más largo que en el adulto, ya que alcanza hasta 6 veces la talla del infante.

La túnica muscular de la pared intestinal es muy delgada el tejido epitelial se presenta casi enteramente protoplásmico; ya que el verdadero epitelio aparece días después del nacimiento. Los folículos son numerosos y las placas de Peyer relativamente voluminosas.

El peristaltismo es irregular debido a la insuficiente mielinización nerviosa.

Intestino grueso.— Tiene una longitud, según Robin, a una y media veces del tamaño del recién nacido. El ciego es muy pequeño, ocupa una situación muy alta, es liso, sin abombamientos y no presenta las tres bandas características que aparecen en el adulto. El colon ascendente es más corto; mientras que el colon transverso es relativamente largo y se encuentra plegado de varias maneras. No existe el

ángulo cólico derecho. La sigmoidea mide la mitad del intestino grueso, es muy flexuosa y generalmente está situada -- casi totalmente en el abdomen y no en la cavidad pélvica. El apéndice es relativamente de igual longitud que en el adulto, se continúa sin separación con el ciego. El recto es -- relativamente más largo y más rectilíneo y posterior, esta colocación y longitud favorece el prolapso. El esfínter -- anal está poco desarrollado.

El tránsito intestinal es más rápido que en el adulto. La defecación es más frecuente en virtud del número de comidas, de la abundancia relativa de su alimentación, de la menor resistencia a la necesidad de evacuar, por la debilidad del esfínter y a la hiperexcitabilidad refleja (31).

La eliminación de meconio suele ocurrir entre la primera y décima horas de vida, si esto no sucede debe temerse -- alguna obstrucción (32).

Páncreas. -- Mide de 5 a 6 cms, y se encuentra a nivel de la 2a. ó 3a. vértebras lumbares. Las secreciones pancreáticas son cualitativamente menores según su peso, que oscila entre 2.5 y 5 gr; por lo que respecta a la lipasa y a la -- diastasa. La secreción de la tripsina es igual que en el -- adulto.

(31) Escuela de Salud Pública. 69/Diet. 36.

(32) Wasserman Edward. Pediatría Clínica. Op. Cit. Pág. 168.

Hígado.- Su volumen ocupa casi las dos quintas partes de la cavidad abdominal; su límite superior llega al 6° espacio intercostal; aunque su borde inferior mide sólo 2 cms. El -- borde costal es más frágil que en el adulto: granuloso, rojo y muy vascularizado. Su peso es del 4% del total del organizmo.(33).

APARATO CARDIOVASCULAR.- Se considera normal la frecuencia cardíaca entre 100 y 180 contracciones por minuto. Tam-- bién se consideran normales los soplos que frecuentemente -- se escuchan en el recién nacido, ya que el 90% no son patológicos. Esta irregularidad es consecuencia de la inmadurez -- del centro regulador cardíaco (34).

- a) Presión arterial.- Aunque es difícil determinarla con precisión, generalmente es baja.
- b) Cuadro sanguíneo.- El volumen sanguíneo es de 85 ml,- por kg de peso corporal y la sangre del recién nacido contiene un número relativamente alto de eritrocitos- y un nivel alto de hemoglobina (35).

SISTEMA URINARIO.- La vejiga es ovoide con dirección ha-- cia la pelvis y con una capacidad de 40 a 50 c.c., contiene-- orina cuando nace el niño, por ello puede miccionar inmedia-- tamente o después de varias horas, en ocasiones no hay for--

-----  
(33) Escuela de Salud Pública. 69/Diet. 36.

(34) Torroella, Julio M. Op. Cit. Pag.167.

(35) Wasserman, Edward. Op. Cit. Pag. 165.

mación de orina durante las primeras 24 horas y un pequeño porcentaje puede orinar después de ese tiempo. Los riñones son proporcionalmente más grandes que en el adulto y están situados más abajo. Por su falta de madurez y su poca capacidad para concentrar, la orina está diluida, además la eliminación de ácido úrico por medio de desintegración celular es intensa y se puede encontrar en los pañales manchas rosas, producto del depósito de cristales de ácido úrico (36).

SISTEMA NERVIOSO.- Posee en su conjunto la misma configuración externa que en el adulto; aunque una gran porción de su masa la constituyen tejidos en proceso de desarrollo, la madurez de estos llega gradualmente. El encéfalo, médula y nervios periféricos presentan deficiente mielinización (37).

Temperatura.- Aunque el recién nacido a término regula bien su temperatura corporal, en ocasiones esto se le dificulta porque presenta una gran superficie corporal que eleva las pérdidas calóricas, además de la inmadurez de los centros nerviosos de la termorregulación y la escasa actividad muscular (38).

Reflejos Normales.- Los reflejos esenciales de equilibrio en el recién nacido son:

a) Reflejo de Moro.- Demuestra el sentido de equilibrio en el recién nacido, la forma más eficaz para provo-

(36) R. Marlow, Dorothy. Op. Cit. Pag. 130.

(37) Escuela de Salud Pública. 69/Diet. 36.

(38) Apuntes de la Of.de Enseñanza Continua en Enf. Op. Cit.

carlo consiste en: Dejar caer la cabeza y sostener - el cuerpo detrás de los hombros o haciendo un ruido intenso, ante este estímulo el dorso y brazos del niño se extienden, manos y dedos se conservan ampliamente abiertos, después los brazos se mueven como para abrazar, los movimientos de piernas y cadera son irregulares.

- b) Reflejo tónico del cuello. - Reflejo postural, mediante el cual el recién nacido acostado boca arriba, gira la cabeza hacia un lado al mismo tiempo que extiende brazo y pierna del mismo lado.
- c) Reflejo de prensión. - Este reflejo se encuentra en manos y pies, el recién nacido aspirará cualquier objeto que se le ponga en las manos y si se estimula la planta del pie flexionará los dedos hacia abajo.
- d) Reflejo de Darwin. - El recién nacido es capaz de asirse con ambas manos a los dedos de un adulto tan firmemente que se le puede levantar de la cuna.
- e) Reflejo de marcha. - Si se toma al niño del dorso y se le pone en posición vertical de manera que toque levemente una superficie con los pies, inmediatamente empieza movimientos de marcha.

f) Reflejo de succión y deglución.- Sumamente importantes para la alimentación. Cuando el niño huele la leche, - gira la cabeza hacia ella y cuando se le toca la mejilla con un objeto, la boca gira hacia él y abre los -- labios como si quisiera agarrar un pezón (39).

### 3.3. RECURSOS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

Los recursos necesarios con los que se deben contar en - la sala de expulsión para el nacimiento y atención del re- - cién nacido son los siguientes:

- Una mesa de aproximadamente un metro de largo con los siguientes elementos:
  - a) Compresa enrollada para dar posición de Rossier.
  - b) Estetoscopio pediátrico.
  - c) Una Fuente de calor radiante, que pueden ser "Spots" de 100 ó 50 vatios.
- Una fuente de oxígeno con sistema regulador de flujo - y presión.
- Aparato de succión mecánico.
- Mascarilla pequeña que sólo cubran nariz y boca del -- neonato, y que cuente con adaptador para bolsa de in-- suflación.
- Laringoscopio con hoja pequeña (para recién nacido).

-----  
 (39) R. Marlow, Dorothy. Op. Cit. Pag. 131-132.

- Una pera de goma con capacidad de 3 a 4 onzas.
- Cánulas endotraqueales tipo Cole tamaño 8 a 14 con obturador y adaptador para la bolsa de insuflación.
- Sondas de Nélaton Números 8-10 ó 12.
- Sondas estériles para alimentación de prematuros (K-731 y K-732).
- Sondas endotraqueales tipo Foregger Números 8-10 y 12.

El equipo se completa con los siguientes elementos:

- Guantes estériles.
- Bisturí.
- Jeringas.
- Ligadura para cordón umbilical.
- Compresas estériles.
- Pinzas fuertes.
- Pinza de mosco.
- Gasas estériles.
- Equipos para venoclisis.
- Metriset.
- Soportes.

#### MEDICAMENTOS.

- Bicarbonato de sodio al 7.5% (0.9 Meq. por 1 ml.).
- Adrenalina, ampollitas al 1:100 (ampollitas de 10 ml).

- Digoxina, 0.1 mg por ml.
- Soluciones de glucosa al 5%, 10% y 50%.
- Dexametasona, concentración de 4 mg por ml.
- Vitamina K.
- Fenobarbital sódica.
- Hidrocortizona, ampolletas de 100 mg.

#### ANTIBIOTICOS.

- Penicilina sódica cristalina.
- Kanamicina.

#### Estimulantes diversos del SNC.

- Cafeína.

#### Estimulantes del sistema cardiovascular.

- Etililadrenol (Effortil).

#### Antagonistas de los narcóticos.

- Nalline (anlorphina) amp. de 10 mg.
- Levalorfan (Levalorphan) amp. de 1 mg (40).

### 3.4. ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO NORMAL:

El recién nacido tiene necesidades fundamentales que se-

-----  
 (40) Díaz del Castillo Ernesto. Pediatría Perinatal. Edit. -  
 Interamericana, México, 1974. Pag. 125-127.

deben atender de inmediato dentro de las condiciones máximas de asepsia y cuidados adecuados con la finalidad de protegerlo contra infecciones y procurarle una mejor evolución.

#### 3.4.1. ATENCION INMEDIATA.

Concepto.- Se da el nombre de atención inmediata a los cuidados que se proporcionan al recién nacido durante los primeros minutos de su existencia; estos son:

- 1.- Posición.
- 2.- Valoración de Apgar y Silverman.
- 3.- Mantener permeables vías aéreas.
- 4.- Cuidados de los ojos.
- 5.- Evitar enfriamientos.
- 6.- Somatometría.
- 7.- Ligadura del cordón umbilical.
- 8.- Identificación.

De la misma manera requiere de otro tipo de atenciones - posteriores a las que se le da el nombre de atención mediata.

#### 3.4.2. ATENCION MEDIATA.

Concepto.- Son los cuidados intensivos y de absoluta vigilancia que se dan al niño, posteriores a la atención inmediata, principalmente durante las primeras 24 hrs, que se extiende hasta las 48 hrs, con el fin de que se adapte y para protegerlo del ambiente contaminado (41).

(41) Varion Autores. Orientación Pediátrica. Op. Cit. Pág. 33.

La atención mediata comprende los siguientes cuidados:

- 1.- Baño.
- 2.- Lavado gástrico.
- 3.- Ministración de vitamina K.
- 4.- Vestido del niño.
- 5.- Curación de cordón umbilical.
- 6.- Alimentación.

#### POSICION:

Para evitar el paso de sangre por gravedad del niño hacia la placenta se recomienda sostenerlo a su nivel o ligeramente más bajo que ella: Esta posición permitirá que el niño reciba aproximadamente 100 ml de sangre proveniente de la placenta; lo que proporcionará una reserva de hierro y constituyentes sanguíneos (42).

#### VALORACION DE APGAR Y SILVERMAN:

Se emplean generalmente dos métodos para valorar las condiciones del recién nacido al momento del nacimiento; el método de Apgar valora la condición general y el de Silverman y Anderson la función respiratoria. Estos métodos de valoración son fundamentales, ya que permiten tomar las medidas adecuadas para que el niño se adapte a la vida extrauterina.

El Método Apgar se realiza un minuto después de que el niño ha nacido y posteriormente a los 5 minutos. Se reconoce que esta segunda valoración es más precisa (43).

-----  
 (42) Dorothy R. Marlow. Enfermería Pediátrica. Op. Cit. Pag.137.

(43) Díaz del Castillo Ernesto, Pediatría Perinatal. Op. Cit. Pag. 124-125.

El método Apgar contempla frecuencia cardíaca y respiratoria, tono muscular, irritabilidad refleja y color; cada uno se mide con puntuaciones de 0 a 2 de acuerdo al estado que se presente, y la suma de las puntuaciones nos dará la calificación final, obviamente el resultado más alto es de 10 y el más bajo cero que corresponde a un producto muerto(44).

VALORACION APGAR

	0	1	2
1.- Frecuencia Cardíaca	No	Lenta 100	100 ó más
2.- Esfuerzo respiratorio.	No	Llanto débil. <u>hi</u> poventilación.	Llanto <u>vi</u> goroso.
3.- Tono muscular.	Flaci- dez <u>to</u> tal.	Flexión discre- ta de extremida <u>da</u> des.	Flexión - completa.
4.- Respuesta a estímulo.	Ningu- na.	Reacción discre <u>ta</u> .	Llanto
5.- Coloración.	Ciano- sis, <u>pa</u> lidez.	Acrocianosis.	Sonrosado total.

(44) Bethea C. Doris. Enfermería Materno Infantil. 2a. Ed. -  
Edit. Interamericana. Pag. 194.

VALORACION SILVERMAN ANDERSON

1.- Mov.toraco- abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil abdomen en mov.	Tórax y abdomen (sube y baja)
2.- Tiro inter- costal.	No	Discreto.	Acentuado y - constante .
3.- Retracción xifoidea.	No	Discreta.	Muy marcada.
4.- Aleteo nasal.	No	Discreto.	Muy acentuado.
5.- Quejido espi- ratorio.	No	Leve e incons- tante.	Constante y acentuado.

(45)

VIAS AEREAS:

Aunque la mayoría de los recién nacidos normales respiran a los pocos segundos de haber nacido es recomendable la siguiente atención:

Dar al niño posición de Rossier y aspirar las secreciones de las vías respiratorias superiores mediante el uso de sondas Nélaton de los números 8 y 10, teniendo cuidado de no lesionar las mucosas. Con estas maniobras se corrobora al mismo tiempo la permeabilidad de las vías aéreas (46).

(45) Díaz del Castillo Ernesto. Pediatría Perinatal. Op. Cit. Pag. 124-125.

(46) Valenzuela-Luengas-Marquet. Manual de Pediatría. Op.cit. Pag. 207.

ASPIRACION DE SECRESIONES:

Objetivo: Mantener permeables las vías respiratorias.

Equipo requerido:

- Un aspirador eléctrico.
- Un riñón.
- Dos sondas de Nélaton de los números 8 y 10.
- Dos adaptadores de cristal.
- Un vaso de aluminio.
- Gasas.
- Compresa.
- Solución Salina Fisiológica.

PROCEDIMIENTO:

- Preparar el equipo y colocarlo en una mesa cercana a la cabeza del niño.
- Verter solución salina fisiológica en el vaso.
- Colocar un adaptador de cristal en la sonda y conectar lo al tubo del aspirador.
- Hacer funcionar el aspirador.
- Tomar la cabeza del niño con una mano e introducir la sonda con la otra.
- Primero aspirar las secreciones de la cavidad bucal.

- Se retira la sonda y se introduce al vaso que contiene Solución Salina Fisiológica a fin de limpiarla de las secreciones que hayan quedado en ella o en el tubo.
- De ser necesario efectuar nuevamente la maniobra.
- Con la segunda sonda se aspiran las fosas nasales, introduciéndola de 6 a 10 cms, en cada una de ellas.
- Anotar las características de las secreciones aspiradas tales como: color, cantidad y consistencia (47).

CUIDADO DE LOS OJOS: Siempre se deben proteger los ojos contra infección gonocócica. Ello se puede realizar desde el momento en que la cabeza ha nacido hasta que se haya completado la 3a. etapa del parto (48). A continuación se menciona la técnica del Método de Credé:

METODO DE CREDE:

OBJETIVO: Prevenir infección gonocócica.

EQUIPO:

- Un frasco de Nitrato de Plata.
- Un gotero.
- Solución Salina Fisiológica.
- Torundas y gasas estériles.

-----  
 (47) Rangel Ma. Elena y Tinoco Celia. Técnicas de Enfermería Pediátrica. Ediciones Médicas del Hospital Infantil. México, 1964. Pag. 57.

(48) Waldo E. Nelson. Op. Cit. Pag. 334-335.

PROCEDIMIENTO:

- Lavarse las manos.
- Se inicia el procedimiento con el ojo distal y luego el ojo proximal.
- Con torundas impregnadas de Solución Salina Fisiológica se limpian los párpados del niño, partiendo del ángulo interno del ojo, al ángulo externo.
- Hecho lo anterior se separan los párpados con los dedos índice y pulgar.
- Se instila una gota de Nitrato de Plata al 1% en cada ojo.
- Después de 30 segundos, se aplican 3 gotas de Solución Salina Fisiológica, para evitar una posible Conjuntivitis Química, dada la reacción irritante del Nitrato de Plata.
- Se limpian los ojos del ángulo interno al externo con una torunda estéril.
- Secar los ojos con gasa estéril para retirar el resto de humedad que haya quedado.
- Dar cuidados al equipo.
- Realizar anotaciones en la hoja de enfermería (49).

EVITAR ENFRIAMIENTOS:

Para evitar posibles complicaciones en el recién nacido

-----  
 (49) H. Waechter Eugenia, Florence G. Blake. Enfermería Pediátrica. Op. Cit. Pág. 141.

por el descenso de la temperatura que casi siempre se presenta inmediatamente después que ha nacido. Se debe limpiar -- lo antes posible, en virtud de que en proporción la piel húmeda pierde mayor cantidad de calor que la piel seca, después se debe envolver en una compresa tibia, posteriormente colocarlo bajo una fuente de calor a una temperatura ambiente de 32°C (50).

Para conocer la temperatura del recién nacido se introduce con suavidad en recto un termómetro rectal, previamente lubricado, esta maniobra nos permite además descubrir imperforación anal.

#### TECNICA DE TEMPERATURA:

Objetivo: Conocer el grado de temperatura corporal en -- el recién nacido.

#### Equipo:

- Carro Clínico.
- Bolsa de papel para desechos.
- Charola de acero inoxidable, con el siguiente contenido:
- Dos pomaderas con torundas, una con agua simple y otra con agua jabonosa.
- Un frasco con solución antiséptica.
- Una pomadera con lubricante y espátula de madera.
- Cuadros de papel prendidos con alfileres de seguridad.

-----  
 (50) Varios Autores. Orientación Pediátrica. Op. Cit. Pag. 17.

- Termómetros rectales.
- Pañales.
- Carpeta metálica con hojas de enfermería.

Procedimiento:

- Destapar las pomaderas.
- Tomar un cuadro de papel y colocar un poco de lubricante con la espátula en uno de los extremos.
- Ponerlo sobre el carro clínico.
- Tomar el termómetro y quitar el excedente de antiséptico con una torunda de agua simple que se desechará en la bolsa de papel.
- Rectificar que la columna de mercurio, esté lo más baja posible.
- Lubricar el termómetro en el cuadro de papel donde se colocó lubricante previamente.
- Aflojar el pañal del niño.
- En caso de que el niño haya evacuado debe asearsele y cambiar pañal. Se hará lo mismo si al introducir el termómetro se origina defecación.
- Flexionar las piernas del niño sobre sus muslos y estos sobre su abdomen.
- Introducir el termómetro a 3 cms aproximadamente.
- Esperar de 1 a 2 minutos y retirar el termómetro.

- Limpiar con el extremo limpio de papel el exceso de -- lubricante del termómetro y desechar el papel en la -- bolsa correspondiente.
- Realizar la lectura.
- Tomar una torunda con agua jabonosa y asear el termómetro.
- Anotar la temperatura en la hoja de enfermería.

#### SOMATOMETRIA:

Las medidas somatométricas que se deben realizar en el recién nacido son las siguientes: Peso, talla, perímetro cefálico, torácico, abdominal, pie.

#### PESO:

##### Equipo:

- Báscula pesabebé.
- Pañal.

##### Procedimiento:

- Comprobar el buen funcionamiento de la báscula.
- Colocar un pañal en el platillo de la báscula y nivelarla.
- Con una mano se toma al niño de los miembros inferiores y se coloca un dedo entre ellos, mientras con la otra se toma al niño de hombros y dorso extendiendo los dedos alrededor del cuello y cabeza.

- Se deposita al niño en el platillo de la báscula.
- Se pone una mano encima sin tocarlo.
- Con la otra mano se manejan las barras.
- Se realiza la lectura y el registro del peso en la forma correspondiente.
- Se levanta al niño en la misma forma en que se depositó en la báscula.

#### PERIMETRO CEFALICO:

Se pasa la cinta métrica por el occipucio y la región -- frontal al nivel de la glabella, se debe tener cuidado de que la cinta quede justa para que dé la medida exacta.

#### PERIMETRO TORACICO:

La cinta métrica se pasa a un nivel normal al eje del -- cuerpo, debe medirse a la altura de las tetillas (51).

#### TALLA:

Para tomar la talla se coloca al niño en decúbito lateral derecho o izquierdo, se pone la cinta métrica en el occipucio, se pasa por el tronco hasta alcanzar el talón.

#### PERIMETRO ABDOMINAL:

Para tomar este perímetro la cinta métrica se coloca a -- nivel de la inserción umbilical.

-----  
 (51) Rangel Ma. Elena. Op. Cit. Pag.31-74-77.

PIE:

Se mide del talón al dedo pulgar (52).

LIGADURA DEL CORDON UMBILICAL:

Dentro de la vigilancia que requiere el recién nacido durante las primeras horas es necesario destacar la importancia que tiene la observación del cordón umbilical, ya que -- si sangra deberá ligarse nuevamente guardando la asepsia debida a fin de evitar la Onfalitis.

El cordón debe mantenerse seco y su cuidado previene posibles infecciones e irritaciones, para ello suele aplicarse alcohol por lo menos dos veces al día y evitar el roce de pañales u otras ropas en éste (53).

A continuación se menciona el material que se utiliza para efectuar la ligadura del cordón y el procedimiento a seguir:

Equipo:

- Dos pinzas.
- Broche de plástico o cordón de lino.
- Merthiolate.
- Alcohol.

-----  
 (52) Varios Autores. Orientación Pediátrica. Op. Cit. Pag. 39.

(53) Bethea C. Diris. Enfermería Maternoinfantil. Op. Cit. Pag. 197-202.

Procedimiento:

- Una vez que el cordón haya dejado de pulsar se comprime el cordón umbilical con dos pinzas.
- Se colocan a 5 cms del abdomen.
- Se liga con un nudo cuadrado a 1 cm de la pared abdominal.
- Retirar las pinzas.
- Efectuar una segunda ligadura con la primera.
- Revisar las características que presente el cordón: grosor, coloración, número de vasos, etc. (54).

IDENTIFICACION:

En la sala de partos se debe colocar la identificación al recién nacido.

Objetivo:

Evitar confusiones con otros recién nacidos.

Equipo:

- Expediente del recién nacido.
- Brazaletes rosa ó azul dependiendo del sexo.
- Tarjeta blanca.

Procedimiento:

Los datos más usuales que contiene el brazaletes de identi

ficación son:

- Apellido de la madre y nombre.
- Sexo.
- Registro.
- Fecha y hora de nacimiento.
- Número de cuna.
- Peso.
- Deberá colocarse de preferencia en la muñeca del brazo derecho.
- Estos mismos datos deberán anotarse en la tarjeta blanca y colocarse en el porta tarjeta de la cuna (55).

#### BAÑO DE ARTESA:

##### Objetivos:

- Eliminar las secreciones de las glándulas sebáceas, -- descamación de la piel, sudor y el polvo.
- Estimular la circulación de la piel y el ejercicio físico por medio del movimiento.
- Proporcionar comodidad y bienestar.

Una vez corroborada la temperatura del niño, si está --- dentro de límites normales: 36.5 y 37°C se procede a darle -- baño de artesa; para ello es necesario el siguiente equipo:

-----  
 (5) Ramos G. Ma. Cristina, Ito H. Victoria, Rangel P. Ma. -- Elena. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. 1976. Pag. 225-226.

- Mesa.
- Pañales, camisitas.
- Toallas.
- Sarape estándar y auxiliar.
- Hule clínico.
- Jabonera, jabón, esponja.
- Aceite.
- Peine.
- Torundas e hisopos, agrupados en equipo individual para aseo de cavidades.
- Termómetro rectal.
- Lavamanos (56).

Procedimiento:

- Preparación del medio ambiente: evitando corrientes de aire.
- Se deberán llevar las siguientes medidas de seguridad:
- Cerciorarse de que hay indicación para el baño.
- Mantener el agua a la temperatura adecuada.
- Poner atención especial en el lavado de pliegues.
- Evitar lesionar al niño durante el baño. (57).
- Posteriormente lavarse las manos.
- Colocar el equipo individual a un lado de la artesa.
- Colocar el lavamanos estéril en la artesa.
- Acostar al niño sobre un sarape estándar, que está doblado por la mitad y se encuentra protegido por el hu-

---

(56) Rangel Ma. Elena. Op. Cit. Pág. 33 y 65.

(57) Varios Autores. Orientación Pediátrica. Pág. 81.

le clínico y un pañal, colocados todos ellos sobre el colchón de la artesa.

- Efectuar aseo de cavidades de la manera siguiente:
- Tomar dos torundas; partirlas por la mitad y humedecer dos de ellas.
- Colocarlas alternadas en los espacios interdigitales de una mano: Una húmeda, otra seca.
- Apoyar el borde cubital de dicha mano sobre la frente del niño.
- Con la torunda húmeda limpiar del borde interno al externo del ojo distal secando con la siguiente torunda y desechándola en la bolsa de papel.
- Repetir el mismo procedimiento con el ojo proximal.
- Humedecer dos hisopos y colocarlos en una mano de la manera antes descrita.
- Con suaves movimientos de rotación limpiar la narina distal, hacer lo mismo con el hisopo seco.
- Asear de la misma manera la narina proximal.
- Tomar los cuatro hisopos restantes y humedecer dos, colocándolos en la forma ya descrita.
- Girar la cabeza del niño para asear primero el oído distal. Con un extremo del hisopo se limpia el conducto auditivo externo y con el otro el pabellón auricular.
- Se seca con el siguiente hisopo.
- Continuar el mismo procedimiento con el oído proximal.
- Humedecer la toalla fricción, colocarla en forma de guantelete en una mano y asear la cara en forma de "S" o de "ocho".

- Aflojar la ropa del niño.
- Abrir la llave y graduarla de manera de obtener agua a la temperatura adecuada.
- Deslizar al niño al borde de la artesa, apoyando su -- cabeza sobre una mano y lavarla con la otra mano.
- Secarla con la toalla pullman (58).
- Desvestir al niño y colocarlo al centro de la artesa.
- Bañar el cuerpo del niño de cuello a pies.
- Finalmente asear genitales y región perianal.
- Colocar al niño sobre la toalla que está en el colchón de la artesa y se procede a secarlo.
- Lubricar la piel con aceite.
- Cortarle uñas de manos y pies.
- Peinarlo.
- Cubrirlo con un sarape auxiliar.
- Conducirlo a su cuna.
- Anotar el baño en la hoja de la enfermera.
- Seguir los procedimientos de cuidado del equipo (59).

#### LAVADO GASTRICO:

##### Objetivos:

- Comprobar la permeabilidad del esófago.
- Vaciar la cavidad gástrica de su contenido para iniciar el ayuno terapéutico y posteriormente la hidratación.

-----

(58) Rangel Ma. Elena. Op. Cit. Pag. 61-63.

(59) Varios Autores. Orientación Pediátrica. Op. Cit. Pag. 80.

Para realizar el lavado gástrico en el neonato se requiere del siguiente equipo:

- Un recipiente conteniendo:
- Una jeringa de 20 ml, con pivote de cristal.
- Una pinza Kelly Recta.
- Una flanera.
- Sonda de Néilton del Núm. 8 ó 10.
- Solución Salina Fisiológica. Compresa o babero y vaso graduado (60).

Procedimiento:

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo.
- Proteger al niño con la compresa y babero.
- Colocar al niño en decúbito dorsal con la cabeza ligeramente levantada.
- Tomar la sonda cerrada o pinzada y medir con ella la distancia de la glabella al apéndice xifoides.
- Con una mano se sostiene la cabeza del niño y con la otra se introduce la sonda por la boca, dirigiéndola hacia atrás y abajo de la faringe.
- Comprobar si la sonda se encuentra en la cavidad gástrica.

- Para verificar lo anterior se introduce el extremo de la sonda en un vaso con líquido, si se observa burbujeo continuo retirar la sonda y volver a introducirla ya que se encuentra en vías respiratorias.
- Se extrae Solución Salina Fisiológica con la jeringa, se adapta a la sonda pinzada.
- Se despinza la sonda y se introducen pequeñas cantidades de Solución y se extrae inmediatamente sin dejarla pasar por completo para obtener un buen sifón.
- Cerciorarse que se extraiga la misma cantidad de líquido que se introdujo.
- Introducir solución cuantas veces sea necesario, hasta que se obtenga salida de líquido limpio.
- Durante los lapsos en que se retire la jeringa de la sonda, ésta deberá pinzarse o taponarse.
- Extraer la sonda con un movimiento rápido, para evitar que caigan gotas de líquido en la laringe o en la tráquea (61).

#### MINISTRACION DE VITAMINA K:

Poco después del nacimiento se ministra al niño de --- 0.5 a 1.0 mg de vitamina K, ya sea por vía oral o intramuscular; lo que nos permite eliminar prácticamente la enfermedad hemorrágica pues evita el nivel de disminución de protrombina

-----  
 (61) Rangel Ma. Elena Op. Cit. Pág. 83-86.

plasmática que suele presentarse en este período.

No es recomendable administrar una cantidad mayor, pues - carece de valor terapéutico y además predispone al niño a la Hiperbilirrubinemia y al Kernícterus (62).

#### VESTIDO DEL NIÑO:

Las prendas que se emplean para vestir al recién nacido serán tan simples y sencillas como sea posible, generalmente se emplea ropa estéril de algodón y de acuerdo con la temperatura ambiental del cunero; si la temperatura es normal se le pone camiseta y pañal desechable; si la cuna no tiene calefacción y la temperatura es baja se utilizará además un pañal de algodón, sábana y cobertor. La manera como se envuelve al niño se inicia por las manos, se continua con los pies y por último la parte media del cuerpo.

Al trasladarlo a la cuna se rectifica que coincida el número de identificación que tiene el niño con el número de cuarto en que se encuentra la madre, la cuna tendrá el mismo número (63).

-----

(62) Moore, Mary Lou. Op. Cit. Pag. 81.

(63) Varios Autores. Orientación Pediátrica. Op. Cit. Pag. 43.

Para evitar el eritema al recién nacido deben cambiarse los pañales en cuanto se encuentren manchados por heces y -- orina. Es recomendable aplicar en periné, glúteos y áreas -- vecinas cremas o pomadas protectoras que carezcan de fármacos antisépticos (64).

---

(64) Valenzuela-Luengas-Marquet. Op. Cit. Pag. 207.

### III.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION:

#### 1.- Procedimientos empleados:

En este estudio se utilizaron los siguientes procedimientos:

- a) Investigación documental para estructurar el marco teórico.
- b) Elaboración del diseño de investigación que permitió orientar todos los pasos de este estudio.
- c) Elaboración de fichas bibliográficas y de trabajo para en ellas registrar todos los conceptos, y teorías adoptadas en este estudio y posteriormente utilizados en la interpretación de datos y en la construcción de las conclusiones.
- d) Se efectuó investigación de campo por medio de observación directa de 25 recién nacidos eutócicos y los datos recogidos en cuanto a la atención inmediata y mediata que recibieron se registraron en una guía de observación que se elaboró exprofeso.

#### 2.- Fuente de los datos:

En la etapa de investigación documental, la fuente de los datos la constituyeron la teoría sobre neonatología y de atención médica y de enfermería al recién nacido.

Durante la investigación de campo en la que se trata -- de obtener datos respecto a: cantidad, orden y eficacia de -- los cuidados que se ofrecen a los recién nacidos, las unidades de observación fueron médicas y enfermeras responsables de -- dar esa atención inmediata y mediata. Para observar la aten-- ción inmediata se acudió a las salas de expulsión de las -- instalaciones del D.I.F. y para la atención mediata se obser-- vó a los mismos recién nacidos cuando fueron trasladados al cunero de la misma institución.

### 3.- Procesamiento estadístico de los datos obtenidos:

En esta etapa de la investigación se siguieron rigurosamente todos los pasos determinados por el método estadístico (recolección, revisión, descriminación, codificación, conteo manual, presentación en cuadros, descripción e interpreta-- ción).

### 4.- Descripción del instrumento empleado en la recolección de datos:

Este instrumento fue una guía de observación, la cual -- comprendió:

- a) Encabezado.
- b) Objetivo.
- c) Datos generales.
- d) Características de la atención inmediata al recién -- nacido; en cuanto a local, equipo, material, perso-- nal de salud que la ofrece, número y orden de los -- cuidados que comprende, si se anotan o no indicacio-- por escrito.

- e) Características de la atención mediata al recién --  
nacido, en relación a: número y orden de los cuida-  
dos, qué personal de salud la ofrece, complicacio--  
nes.
- f) Capítulo de observaciones.
- g) Datos para identificar observados y fecha en que se  
efectuó la observación.

#### IV RESULTADOS

## C U A D R O 1

Servicios en que se observó al Recién Nacido.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Sala de expulsión	25	100
Sala de cunero	25	100

FUENTE: En esta investigación se tuvo por fuente las Salas de Expulsión y Cunero del Instituto Nacional de Perinatología, - DIF, en ellas se realizaron las observaciones de datos que aparecen en todos los cuadros.

Análisis Descriptivo.- El número de niños que aparece en la columna de frecuencia corresponde a los observados en la Sala de Expulsión, - mismos que una vez pasados a la Sala de Cunero, siguieron bajo observación.

C U A D R O 2

Horas de estancia del Recién Nacido en el servi  
cio de expulsión.

VARIABLES	FRECUENCIA	%
30' - 1 hora	22	88
1 - 2 horas	2	8
2 - 6 horas	1	4
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del Cuadro No. 1.

Se tomó como base el tiempo mínimo y máximo --  
de permanencia del niño en el Servicio de Ex--  
pulsión. Como se observa en el cuadro, un al-  
to porcentaje de Recién Nacidos permanece menos  
de una hora en el servicio y excepcionalmente-  
sobrepasan las dos horas.

## C U A D R O 3

Horas de estancia del Recién Nacido en el cunero.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
1 - 2 horas	2	8
2 - 6 horas	15	60
6 - 12 horas	8	32
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Análisis Descriptivo.- Como se puede observar, lo normal es que los Recién Nacidos permanezcan entre dos y seis horas en el cunero, aunque con frecuencia deben permanecer mayor tiempo, pero los niños observados nunca estuvieron más de doce horas y porcentajes mínimos abandonan el cunero antes de dos horas.

## C U A D R O 4

Equipo y material en Sala de Expulsión para recibir al Recién Nacido.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Completo	23	92
Incompleto	2	8
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Análisis Descriptivo.- Es notorio en este cuadro el alto porcentaje de casos en que es completo el equipo y material utilizado en la Sala de Expulsión.

## C U A D R O 5

Personal de Salud que atiende al Recién Nacido.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Médico Pediatra	25	100
Enfermera Adiestrada	20	80
Auxiliar de Enfermera	5	20

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Análisis Descriptivo.- Como se observa en este cuadro, en todos los casos los Recién Nacidos son atendidos por personal médico especializado y normalmente cuenta con el auxilio de una enfermera adiestrada, aunque excepcionalmente, la ayuda la recibe de personal no especializado.

## C U A D R O 6

Orden de los cuidados inmediatos al Recién Nacido.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Adecuado	25	100
Inadecuado	0	0
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Análisis Descriptivo.- Como se observa en el cuadro, en todos los casos observados, los Recién Nacidos recibieron los cuidados inmediatos de acuerdo con un orden adecuado.

## C U A D R O 7

Calidad de los cuidados inmediatos al Recién -  
Nacido.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
0 errores	23	92
1 - 2	2	8
3 - 4	0	-
Más de 4	0	-
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Análisis Descriptivo.- Como puede observarse - el porcentaje más alto de calidad corresponde a la ausencia de errores, aunque también se no ta un porcentaje notorio del número de casos - en que se cometió uno o más errores en la cali dad de los cuidados.

## C U A D R O 8

Reporte en el expediente de la valoración de -  
Apgar.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Sí	25	100
No	0	-
T O T A L	0	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Análisis Descriptivo.- Como se observa en este cuadro, a todos los Recién Nacidos se les hizo valoración de Apgar y se reportó en el expediente.

## C U A D R O 9

Indicaciones de cuidados mediatos anotadas en los expedientes.

V A R I A B L E S	FRECUENCIA	%
Baño	25	100
Ministración de medicamentos	25	100
Calentamiento	24	96
Inicio de alimentación	24	96
Tipo de alimento	24	96
Aseo ocular	19	76
Curación Umbilical	16	64
Vig. sangrado de cordón	15	60
Glicemia en sangre por medio de (Dextrostix)	6	24
Aspiración de secreciones	4	16
Vig. insuficiencia resp.	2	8
Vig. presencia de temblores finos	1	4

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Como se observa en este cuadro, seis son los cuidados que se anotan con más frecuencia en los expedientes, de ellos tres aparecen en todos los casos y tres solamente dejaron de aparecer en un expediente, el aseo ocular también ocupa un porcentaje importante, así como la vigilancia del sangrado del cordón umbilical, a partir de ese cuidado, los demás pueden ser cuidados especiales de casos particulares. Este cuadro es un buen parámetro para conocer cuáles son los cuidados mediatos más frecuentes en el Recién Nacido Normal.

## C U A D R O 10

Personal de Enfermería que ofrece los cuidados mediatos al Recién Nacido.

VARIABLES	FRECUENCIA	%
Enfermera General	13	52
Pasante	11	44
Auxiliar de Enfermera	1	4
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

En este cuadro se muestra que en el personal - de enfermería que proporciona los cuidados mediatos al Recién Nacido existe un ligero porcentaje más alto de Enfermeras Generales, que de Pasantes; pero con una notoria diferencia - frente a las Auxiliares de Enfermería.

## C U A D R O 11

Complicaciones que presentaron los Recién Nacidos.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Ictericia Fisio- lógica.	3	12
T O T A L	3	12

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

En este cuadro se observa que un doce por ciento de los Recién Nacidos observados tuvieron - complicaciones de Ictericia Fisiológica.

## C U A D R O 12

Tiempo de permanencia de los Recién Nacidos en la Institución.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
3 - 4 días	22	83.2
6 - 7 días	3	16.8
T O T A L	25	100

FUENTE: Misma fuente del cuadro anterior.

Como se observa en este cuadro, la permanencia normal del Recién Nacido en el Instituto Nacional de Perinatología, DIF, es de tres a cuatro días, sólo en los casos de complicaciones (ver Cuadro 11) se alargó la estancia hasta siete días.

## V.- RESUMEN Y CONCLUSIONES:

### 1.- Replanteamiento del problema:

En México la morbilidad perinatal es aún alta, en 1975 se reportó una tasa de 19.5 por mil, entre los factores que la propician está el relacionado con la calidad de la atención inmediata y mediata que se ofrece a los recién nacidos, es por ello que en este estudio se hace una revisión de estos cuidados al recién nacido que se están ofreciendo a este tipo de población en una institución de Salud del D. F., para en base a ello obtener indicadores que orienten la participación de enfermería en esta área de atención de la salud y por ello se ha seleccionado este tema de estudio: La atención inmediata y mediata al recién nacido.

### 2.- Conclusiones:

Con base en los datos obtenidos y los elementos teóricos adoptados en este estudio, se llega a las siguientes conclusiones:

1a. Los mismos recién nacidos que se observó su atención inmediata en el Servicio de Expulsión, fue posible seguirlos y observar los cuidados de atención mediata en la sala de cunero, situación que permitió hacer una valoración más completa sobre la calidad de estos tipos de atención al recién nacido.

2a. El tiempo promedio de estancia de los recién nacidos en la sala de expulsión es de 30 a 60 minutos, lo que indica que en este servicio sólo permanecen el tiempo necesario para recibir los cuidados inmediatos que requieren en este sitio.

3a. El promedio de tiempo que permanece el recién nacido en la sala de cunero está entre 2-6 horas, puesto que en esta sala se les tiene bajo observación.

En aquellos casos en que se crea que los niños puedan presentar algún problema se mantienen bajo observación durante un lapso mayor (32%) para garantizar la normal evolución del recién nacido.

De lo anterior podemos inferir que la correcta aplicación de los cuidados mediatos, así como el mantener bajo observación al recién nacido después de la aplicación de estos garantiza una buena evolución.

4a. En un 92% las salas de expulsión donde fueron observados los niños de este estudio están dotadas del equipo, material y aparatos considerados como indispensables para la atención del recién nacido por los autores de las obras de teoría consultados, lo cual garantiza hasta cierto nivel la correcta atención de los recién nacidos en esta Institución. Solamente en un 8% de los casos, las salas de expulsión carecieron de los recursos necesarios para ofrecer con calidad dicha atención.

5a. Es de hacer notar que los 25 niños recién nacidos -- observados fueron atendidos en los cuidados inmediatos por -- Médicos Pediatras y además colaboraron con ellos en el 80% de los casos enfermeras y un 20% auxiliares de enfermería, esta situación parece indicar que la función de enfermería en esta área de atención está siendo desplazada por la del Médico, -- valdría la pena indagar si por ineficiencias de enfermería o por exceso de médicos.

6a. De los 25 casos observados, en todos ellos se dió -- el orden adecuado de los cuidados inmediatos al recién naci-- do; por ello podemos ver la importancia que tiene el darlos -- en el orden debido.

7a. La ausencia de errores en el 92% de los casos describe la calidad de los cuidados inmediatos al recién nacido, -- aunque en el 8% restante encontramos 1 y 2 errores, lo que refleja la buena preparación del equipo médico y de enfermería-- que los aplica.

8a. La importancia de reportar en el expediente la valoración de Apgar, se refleja en que de los 25 casos observados se reportó el 100%.

9a. Las indicaciones de cuidados inmediatos anotados en el expediente va del 100 al 4%; entre los más altos porcentajes destacan baño, ministración de medicamentos, calentamiento, inicio de alimentación y tipo de alimento, en menor por--

centaje, pero con cierta frecuencia está el aseo ocular, la curación umbilical y la vigilancia de sangrado del cordón, -- por lo anterior, se infiere la importancia de la aplicación de cada uno de los cuidados.

10a. El personal de enfermería que aplica los cuidados inmediatos al recién nacido es en un 96% personal que han terminado estudios profesionales, y el resto formado por auxiliares de enfermería. Tomando como base los porcentajes presentados en los cuadros, es notorio que un personal capacitado profesionalmente rinde mayor eficiencia.

11a. El 12% de los recién nacidos observados presentó complicaciones de ictericia fisiológica, pero ésta no es consecuencia de deficiencias en la aplicación de los cuidados inmediatos y mediatos.

12a. La norma general de permanencia de los recién nacidos en esta Institución es de 3 a 4 días, misma que se alargó para aquellos que presentaron ictericia fisiológica. Por lo que concluimos que para un recién nacido normal son suficientes de 3 a 4 días de estancia cuando los cuidados inmediatos y mediatos han sido aplicados eficientemente.

Con este estudio queda demostrado en alto grado que la calidad y orden de los cuidados considerados inmediatos para la atención del Recién Nacido favorecen una evolución y ambientación del niño sin problemas ni complicaciones; así como

que los datos obtenidos para la valoración que se efectúa --- del Recién Nacido son los determinantes de los cuidados que - posteriormente se ofrezcan al Recién Nacido, tanto en los cu- neros como en su hogar.

R E F E R E N C I A S

## B I B L I O G R A F I A

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.  
1975-1976, México 1979.

Apuntes de la Oficina de Enseñanza Continua en Enfermería.  
Inper, D.I.F.

Bethea C. Doris. Enfermería Materno Infantil. 2a. Edición.  
Edit. Interamericana.

Díaz del Castillo Ernesto. Pediatría Perinatal. Edit. Inter-  
americana, México 1974.

Escuela de Salud Pública. 69/Diet. 36 Impreso Mimeografiado.

H. Waechter Eugenia. Enfermería Pediátrica. 9a. Edición, Edit.  
Interamericana.

I.M.S.S. Subdirección General Médica. Jefatura de Medicina -  
Preventiva. Nuevos datos bioestadísticos y demográficos de -  
la República Mexicana.

I.M.S.S. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios-  
de Medicina Preventiva. Principales Estadísticas de Salud de  
la República Mexicana, 1973.

I.M.S.S. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios  
de Medicina Preventiva. Principales Estadísticas de Salud de  
la República Mexicana. 1974. México 1976.

Moore, Mary Lou. El Recién Nacido y la Enfermera. Edit. Interamericana.

Plan Nacional de Salud. 1974-1976-1977-1983. Programa VIII, Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1974.

Nelson Vaughan, Mac Kay. Tratado de Pediatría. 6a. Edición, Edit. Salvat, 1976.

R. Marlow, Dorothy. Enfermería Pediátrica. 4a. Edición, Edit. Interamericana.

Ramos G. Ma. Cristina. Ito H. Victoria. Rangel P. Ma. Elena. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, 1976.

Rangel Ma. Elena y Tinoco Celia. Técnicas de Enfermería Pediátrica. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, - 1964.

S.S.A. Secretaría de Planeación. Compendio de Estadísticas Vitales en México 1975.

San Martín, Hernán, Salud y Enfermedad. 3a. reimpresión 1980. Edit. La Prensa Médica Mexicana.

Smith Marshall, Pediatría Clínica. Edit. Interamericana.

Torroella, Julio Manuel. Pediatría. Ménden Oteo Editor.

Varios Autores. Orientación Pediátrica. Nivel Enfermería, -- Colección LEA. Fernando Aldape Herrera Editor.

Valdez Hernández, Juana. Tesis: Cuidados de Enfermería en el Control hidroelectrolítico en niños de 0 a 2 años.

Valenzuela-Luengas-Marquet. Manual de Pediatría. 9a. Edición Edit. Interamericana. México, 1975.

Wasserman Edward. Pediatría Clínica. 6a. Edición. Edit. Interamericana.

A P E N D I C E

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Estudio de la atención que se ofrece al Recién Nacido Normal.

Guía de observación

Núm. \_\_\_\_\_

(Para aplicarse a personal Médico y de Enfermería que -  
ofrece atención inmediata y mediata al Recién Nacido -  
Normal).

Objetivo: Obtener datos sobre: Cantidad, orden y eficacia  
de los cuidados que se ofrecen al Recién Nacido  
en una unidad hospitalaria.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Institución Hospitalaria: \_\_\_\_\_  
Nombre completo

2.- Dependencia al sistema de: \_\_\_\_\_

3.- Servicio donde se encuentra el Recién Nacido observado:

Sala de expulsión \_\_\_\_\_

Sala de recuperación \_\_\_\_\_

Sala de cunero \_\_\_\_\_

## 4.- Tiempo de estancia en el servicio:

1 hora \_\_\_\_\_  
 1 a 12 horas \_\_\_\_\_  
 13 a 48 horas \_\_\_\_\_  
 Más de 48 horas \_\_\_\_\_

## II.- ATENCION INMEDIATA Y MEDIATA:

5.- Local con equipo y material para recibir al Recién Nacido  
 (Consultar lista de cotejo)

Completo \_\_\_\_\_  
 Incompleto \_\_\_\_\_

## 6.- Personal de salud que atenderá al Recién Nacido:

Médico Pediatra \_\_\_\_\_  
 Médico General \_\_\_\_\_  
 Enfermera Pediatra \_\_\_\_\_  
 Enfermera Adiestrada \_\_\_\_\_  
 Auxiliar de Enfermería \_\_\_\_\_

CUIDADO INMEDIATO	Orden	C A L I D A D			
		0 Errores	1-2	3-4	+ 4 errores
a) Aspiración de secreciones nasofaríngeas					
b) Valoración Apgar					
c) Posición					
d) Ministración de O <sup>2</sup>					
e) Prevención de oftalmía					
f) Somatometría					
g) Aseo					
h) Identificación					
i) Calentamiento					

j) Otros cuidados específicos: \_\_\_\_\_

8.- Se reporta por escrito en el expediente los resultados de la valoración de Apgar al Recién Nacido:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

9.- Qué indicaciones se dejan anotadas en el expediente para la atención mediata que se deba ofrecer al Recién Nacido:

a) Posición \_\_\_\_\_

b) Calentamiento \_\_\_\_\_

- c) Vigilar sangrado de cordón umbilical \_\_\_\_\_
  - d) Ayuno por 12 a 24 horas \_\_\_\_\_
  - e) Cuándo y con qué inician alimentación \_\_\_\_\_
  - f) Cuándo y cómo hacen curación umbilical \_\_\_\_\_
  - g) Baño \_\_\_\_\_
  - h) Ministración de medicamentos \_\_\_\_\_
  - i) Otros cuidados específicos \_\_\_\_\_
- 
- 

10.- Quién ofrece los cuidados de atención mediata al Recién Nacido:

- a) Enfermera Pediatra \_\_\_\_\_
- b) Enfermera General \_\_\_\_\_
- c) Pasante \_\_\_\_\_
- d) Auxiliar de Enfermería \_\_\_\_\_

11.- Complicaciones que han tenido los Recién Nacidos observados:

- a) Fiebre \_\_\_\_\_
  - b) Broncoaspiración \_\_\_\_\_
  - c) Sangrado de cordón umbilical \_\_\_\_\_
  - d) Lesiones en piel \_\_\_\_\_
  - e) Ictericia \_\_\_\_\_
  - f) Diarreas \_\_\_\_\_
  - g) Regurgitaciones frecuentes \_\_\_\_\_
  - h) Vómitos \_\_\_\_\_
  - i) Otras específicas: \_\_\_\_\_
-

12.- A los niños sin problema se les da de alta a las:

48 horas \_\_\_\_\_  
72 horas \_\_\_\_\_

13.- A los niños con complicaciones su estancia en el hospital se prolonga a:

4 a 5 días \_\_\_\_\_  
6 a 7 días \_\_\_\_\_  
8 a 10 días \_\_\_\_\_  
Más de 10 días \_\_\_\_\_

III.- OBSERVACIONES GENERALES SOBRE:

a) Orden y calidad de los cuidados de atención inmediata:

b) Número y calidad de los cuidados de atención mediata:

c) Causas de las complicaciones que se dan en los Recién Nacidos observados en este estudio:

Realizó observación: \_\_\_\_\_

Ficha de Observación: