

870112

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ENFERMERIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUIDADOS MEDIATOS E INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
CECILIA ESTELA ABASCAL JOHNSON
GUADALAJARA, JALISCO 1989.



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.

INDICE

CAPITULO I

NACIMIENTO

- a) Cambios fisiológicos

CAPITULO II

CUIDADOS INMEDIATOS DEL BEBÉ

I.- Pre y Perinatal

- a) Fiel
- b) Cefusa
- c) Terceros de los sentidos
- d) Genitales
- e) Pies y manos
- f) Urmas
- g) Aparato Gastro Intestinal
- h) Reflejos
- i) Signos Vitales
- j) Permeabilidad de orificios (anal y oral)
- k) Hematocritia y coagul
- l) Psicología del pequeño

CAPITULO III

CUIDADOS INMEDIATOS DEL BEBÉ RECIBIDO EN LA SALA DE ENTUBACION

- a) Vías aéreas
- b) Corazón umbilical
- c) Ventilación
- d) Medidas de reanimación
- e) Necesidades ambientales
- f) Profilaxis
- g) Identificación
- h) Anotaciones en el expediente

CAPITULO IV

CUIDADOS INMEDIATOS EN CUERPOS

- a) Limpieza y observación
- b) Sonometría y técnica
- c) Cuidados del corazón umbilical
- d) Vestido y abrigo
- e) Inmunizaciones
- f) Cambios de posición y medio ambiente
- g) Alimentación y descanso
- h) Identificación y anotaciones en el expediente

CAPITULO V

ASISTENCIA HOSPITALARIA ININTERRUMPIDA

- 1.- SALA DE CUMAS (CUMEROS)
 - a) Personal
 - b) Medios y Equipamientos de la sala
 - c) Principios y prácticas
- 2.- CUIDADOS DIARIOS
- 3.- ALIMENTACION DEL RECIENATO
 - a) Amamantamiento
 - b) Lactancia Artificial
 - c) Prácticas de alimentación
- 4.- SUPERVISION MEDICA
- 5.- EXAMEN NEUROLOGICO

CAPITULO VI

ALTA DEL RECIEN NACIDO

- a) Egreso hospitalario
- b) Orientación a la madre

NACIMIENTO

El momento del nacimiento es el instante en que el producto de la concepción se separa de la madre.

El cordón umbilical y la placenta no son consideradas como parte del cuerpo del neonato, por lo que su posición no altera el momento del nacimiento en parto normal.

RECIÉN NACIDO

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

a) Cambios respiratorios:

Respiración; es la más urgente e inmediata adaptación que realiza el niño al nacer, antes de ese momento el intercambio del CO_2 procedente del metabolismo tisular por el O_2 , que evita la acumulación de ácidos orgánicos metabólicos nocivos, estuvo a cargo de la placenta. Los procesos de maduración, anatómicos, fisiológicos y bioquímicos, de los alveolos pulmonares, que ocurren durante la etapa fetal, permiten que al nacimiento sean capaces de realizar esa función. Los movimientos respiratorios del recién nacido son fundamentalmente los producidos por el diafragma y los músculos abdominales, en tanto que los músculos del tórax, tienen menor intervención.

La respiración es característicamente irregular en frecuencia e intensidad, pero se considera como frecuencia respiratoria normal entre 35 y 48 respiraciones por minuto con promedio de 44.

b) CAMBIOS CIRCULATORIOS

El corazón es el primer órgano en funcionar desde la vida embrionaria, y por tanto está bien desarrollado en el recién nacido.

En la circulación fetal la sangre oxigenada que llega a la aurícula derecha por la vena cava inferior, pasa por el agujero de Botall a la aurícula izquierda, y de ahí al ventrículo del mismo lado para seguir su curso a la aorta descendente. La sangre que sale del ventrículo derecho, pasa también a la aorta por el conducto arterioso.

Este conducto se ocluye, tal vez por un fenómeno contráctil, a los pocos minutos del nacimiento, y aunque su oclusión total puede tardar varios meses, desde el punto de vista funcional, es inútil después del nacimiento.

La circulación periférica del recién nacido es lenta; los pies y manos pueden estar ligeramente cianóticos, aún cuando la sangre contenga proporciones normales de oxígeno, debido simplemente a estasis, la que favorece igualmente mayores proporciones de elementos celulares en la circulación capilar, en comparación con las de la sangre venosa.

CAPITULO II

CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO

1.- FORMA Y TAMAÑO DEL CUERPO

El recién nacido a término, ha permanecido en el útero materno un tiempo comprendido entre las 36 y 40 semanas subsiguientes a la fecundación. En su aspecto general, predominan la cabeza y el abdomen, y sus piernas son un poco arqueadas, las caderas pequeñas en comparación al resto del cuerpo.

Los límites normales de las medidas corporales al nacer son:

Perímetro cefálico	30 a 35 cms
Perímetro torácico	27.5 a 30.5 cms
T A L L A	48 a 53.5 cms
P E S O	2.860 a 4.130 Hgs

Debe advertirse que el tamaño corporal no es el único factor del que depende la madurez del neonato. Para el pediatra puede ser que un bebé de 3.500 Hgs sea prematuro en promedio con la valoración, así como uno de 2.200 Hgs, en las mismas circunstancias sea maduro. Sin embargo, para el ginecólogo/obstetra, la madurez del bebé va a depender del número de semanas de gestación, menos de 36 semanas se considera prematuro, de 36 a 40 semanas se considera a término, y más de 40 se considera post-maturo.

CARACTERES ESPECÍFICOS

a) PIEL

Al nacer, la piel del bebé es delicada y tiene un color rosado puede estar cubierta de verniz caseoso, especialmente en: dorso - cuello, ingles y axilas. La piel parece enrojecerse un poco, des -

pués del parto, pero el rubor disminuye en el término de un día, y la capa externa de la piel puede comenzar a despegarse, fenómeno llamado descamación, las finísimas glándulas sebáceas de la piel, barbilla y carrillos, pueden estar llenas de secreción en las primeras horas, llamada millio, que desaparece al empezar a funcionar los poros. A veces se encuentran zonas azules pigmentadas en el dorso, glúteos, piernas y brazos en los bebés de piel oscura, conocidas como manchas mongólicas, que suelen disminuir de intensidad con el tiempo.

Aproximadamente al tercer día, la piel puede mostrar la llamada ictericia, lo que por ser normal, la consideramos al hablar de la hematimetría del niño.

Al nacer, la cabeza del bebé puede estar cubierta con cabello espeso, o bien, puede estar calvo. El cabello puede tener color, grosor y forma distintos del que aparecerá después; el fino lanugo que cubrió el cuerpo en los comienzos de la gestación ha desaparecido.

También suelen encontrarse en el neonato, pestañas y cejas con pelos finísimos, las uñas de los dedos de las manos pueden ser bastante largas y cortantes para causar escoriaciones profundas.

b) CABEZA

La cabeza del neonato experimenta un fenómeno llamado moldeamiento, al adaptarse a las dimensiones del canal del parto.

Los huesos del cráneo pueden superponerse en las líneas de sutura, lo que disminuye el diámetro temporalmente.

Esta elongación de aspecto bastante extraño, desaparece pocas horas después del parto, al adquirir los huesos sus relaciones normales. En el nacimiento el niño tiene varias fontanelas que pueden palparse fácilmente. La fontanela anterior llamada Bregma, es la -- mayor, normalmente se ossifica y cierra en término de 18 meses. La fontanela posterior, se cierra en término de 2 meses más o menos, si hay ossificación más temprana habrá falta de espacio para el crecimiento cerebral.

Durante la lactancia la fontanela anterior, es signo útil del estado del pequeño, su hundimiento significa deshidratación, y su abultamiento o abombamiento significa a su vez una hipertensión intracraneal.

c) ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Los ojos del recién nacido suelen tener color azul grisáceo, y el color definitivo aparece después de tres meses.

Desde el nacimiento los ojos son sensibles a la luz, pero no pueden enfocar ningún objeto sino hasta cuando el bebé cumpla el primer mes de vida. Por ésta causa, parecen sufrir estrabismo o movimientos incoordinados (nistagmus).

La madre interesada, debe saber que estos signos son normales en el recién nacido.

El sentido del olfato puede estar presente en el neonato, pero se desconoce su extensión real.

La pequeña nariz puede estar totalmente aplanada por el parto y los orificios nasales comprimidos de un lado u otro. En pocos días, el cartilago suave adquirirá su posición normal y la nariz asumirá su forma precisa.

La capacidad auditiva del recién nacido parece faltar al nacer pero pocos días después es bastante sensible, de modo que al tener el bebé un mes de edad puede despertar con cualquier ruido intenso. Esta sordera inicial, puede provenir en parte, por la falta de aire en las trompas de Eustaquio.

El pabellón de la oreja, no tiene prácticamente cartilago al nacer, como resultado de ello, las orejas cuelgan a manera de pellicla flácida sobre el conducto auditivo, se necesita bastante tiempo para que tomen su forma definitiva.

El sentido del gusto en el bebé recién nacido y su capacidad de succionar están bien desarrolladas al nacer. El sabor favorito es el dulce, gusta menos el agrio y lo amargo, pero si se encuentra hambriento succionará todo lo que se le dé.

El sentido del tacto está bastante desarrollado en la piel y la boca. El neonato responde al dolor y al frío con llanto, si se le tocan los labios o los carrillos, comienza a hacer movimientos de succión. Si se le toma la palma de la mano, la cierra haciendo presión, y si se le toca en un lado de su cuerpo, se volvére hacia ese lado. Parece ser que también responde, dejando de llorar, cuando es abrazado por quienes lo cuidan.

d) GENITALES

Debe hacerse una exploración cuidadosa de los genitales del recién nacido en busca de defectos, en los varones los testículos descienden en la vida intrauterina y se encuentran en el escroto al nacer. A veces se observa orquitis del pene en el bebé.

El glande está cubierto por una capa de piel llamada prepucio, que podrá retirarse para dejarlo al descubierto, o bien, puede estar adherido al glande por tejido fibroso, y si la retracción no puede efectuarse se denominará fimosis, de lo cual se le avisará al médico, quien decidirá si precisa o no la circuncisión.

En las niñas puede haber agrandamiento de los labios mayores y menores, la vagina puede estar llena de secreción blanca de tipo blanquecino. A veces la secreción es también de sangre, lo que probablemente se debe al efecto de la gran concentración de hormonas maternales en el interior de la vagina, que al llegar por la sangre de la madre y que cesa súbitamente en el nacimiento, lo que se llama sangrado por supresión.

e) PIES Y MANOS

Los manos y pies del bebé, deben tener el número normal de dedos y huesos que tiene el adulto. Las manos podrán abrirse por completo en estado de relajación, pero se cerrarán por mecanismo reflejo al ser tocada la palma.

Los pies tienen aspecto plano y los piernas algo arqueadas; solamente el médico experto y con un examen minucioso, diagnosticará las deformaciones reales de cadera, piernas pies y manos.

f) MAMAS

Las mamas de varones y niñas, pueden estar agrandadas al nacer

sin que esto indique anormalidad ya que se debe a la alta concentración de hormonas femeninas en la sangre materna, algunas pueden llegar a secretar una sustancia peculiar al colostro materno con la misma función de las hormonas, y desaparecer al no recibir estímulo de las mismas.

g) APARATO GASTRO-INTESTINAL

Los labios del bebé son rosados y su lengua lisa y carnicosa; no deberá extenderse o sobresalir de los labios. El frenillo (ligamento conectivo unido a la cara inferior de la lengua) no debe limitar la movilidad de la punta de la lengua, pues obstaculizará el reflejo de succión y dificultaría la alimentación, el médico, en caso de ser necesario, podrá cortarlo. Las encías suelen mostrar los surcos dentarios y en raras ocasiones pueden nacer los niños con uno o dos dientes.

El paladar debe estar cerrado y la úvula o paladar blando debe estar presente.

La capacidad gástrica varía notablemente, teniendo en cuenta el peso corporal del bebé al nacer y así, si el peso es de 3 kgs, la capacidad gástrica será de 3 onzas (90ml).

Al succionar el niño traza aire junto con la leche y le da una falsa sensación de plenitud gástrica. Si el bebé no es colocado con la cabeza hacia arriba, ocurre que el aire no puede salir y deja cierta incomodidad. Al escapar el aire, puede ser que salga un poco de leche con él, a esto se le denomina regurgitación.

Al provocar el eructo en el niño dándole palmaditas en la espalda deja libre el aire y puede seguir tomando su alimento.

Las primeras heces, son una mezcla de color verde negroza llamada meconio y contiene: líquido amniótico, vernix caseosa, secreciones

digestivos, bilis, la leche, y producido el desarrollo de los tejidos corporales. En cuanto al borboteo, que aparece al nacer, consiste en el ruido que se produce al pasar la leche por el tubo digestivo y algunas veces en los ruidos que se escuchan en la vejiga.

Los ruidos de un niño sano se le escuchan mejor cuando está acostado, pero muy blandos y con frecuencia muy débiles, como resultado de una gran absorción de calcio en los plátos.

Los ruidos de un bebé alimentado con leche artificial, pueden tener color amarillo leonado, están más compactos, y la defecación es neutra o un poco alcalina.

Normalmente hay algún tipo de defecación durante los primeros 24 hrs. de vida, la ausencia de heces durante este período puede indicar un defecto congénito, lo que debe ser informado al médico de inmediato.

h) REFLEJOS

El recién nacido no tiene bien desarrollados todos sus reflejos como el adulto. No obstante, tiene algunos que son característicos de su edad, al igual que otros que conservará permanentemente.

Algunos de los más notables son: reflejo de Moro o del abrazo, Babinsky, de succión, de prensión, reflejo murga, del estornudo - del hipo, del llanto y del parpadeo.

El reflejo de Moro o del abrazo, puede ser provocado por un estímulo súbito de dolor, ruido, luz, o falta de apoyo, el bebé alza los brazos y poco a poco se va relajando.

El reflejo de Babinsky es normal en el recién nacido, pero sugiere lesión nerviosa grave en el adulto. Puede ser provocado al estimular la zona externa de la planta de los pies, el dedo gordo del pie hace hiperextensión y los demás dedos se flexionan en sentido de la planta.

El reflejo de succión está presente antes de nacer, pero puede ser débil en el prematuro, es vital como medio de recibir alimento y como fuente de satisfacción psicológica.

El reflejo de prensión, puede observarse cuando se coloca en la palma de la mano del bebé un objeto o el dedo del examinador, inmediatamente lo prenderá con fuerza y difícilmente lo soltará.

El reflejo nauseoso, tiene importancia para proteger al bebé de la aspiración de cualquier substancia nociva en sus pulmones, desde el nacimiento suele estar presente.

El reflejo del estornudo es normal en el neonato, pero no obligadamente puede indicar que está resfriado. Sin embargo, puede indicar que tiene la nasofaringe irritada por alguna palura o coágulo de leche.

Si el bebé ha sido alimentado en exceso y con gran rapidez, su diafragma comenzará a pulsar de modo espasmodico, este reflejo molestoso del hipo, puede a veces ser aliviado al hacer cructar al lactante o colocarlo sobre su vientre, con la cabeza flexionada hacia uno de los lados.

El lactante normal sigue utilizando el llanto vigoroso como medio de comunicación con sus semejantes, la enfermera o la madre saben, aprenden a conocer el timbre estéril del grito de dolor, llanto ruidoso y urgente que indica hambre o bien el llanto rítmico nasal del sueño intranquilo.

1) SIGNOS VIRALES

Al nacer, la temperatura del niño iguala a la de la madre aproximadamente, pero al estar expuesto a un medio ambiente bastante frío en la sala de partos, su temperatura puede descender a 37.5 grados o menos con rapidez ello se debe al mecanismo termoregu-

lador, que no ha comenzado a funcionar y lo hará en término de pocas horas, por lo que es necesario conservar al bebé caliente por medios externos.

El pulso del recién nacido es de 90 a 140 latidos por minuto según su actividad. La arteria temporal superficial es una de las que se palpan con mayor facilidad, por lo que conviene emplearla al mismo tiempo que se mide el pulso cardíaco con el estetoscopio.

Las respiraciones varían entre 32 y 48 por minuto, y pueden ser bastante irregulares.

La presión arterial en el nacimiento oscila entre 55 a 60 para la sistólica, 40 a 45 para la diastólica y puede variar por el tamaño del manguito del sismómetro. La medida que debe tener el manguito para no dar margen a error es de 2.5 cms de ancho.

j) O R I N A

El neonato suele orinar por primera vez a las 24 hs de nacido y a menudo pocas horas antes. Es importante registrar el momento de la primera micción, si hay anuria total se informará al médico, pues puede indicar anomalías congénitas del aparato urinario.

k) NEUMATINEMIA

Durante la vida intrauterina, el recuento de eritrocitos fetales asciende a 5 u 8 millones, al nacer y poder obtener su oxígeno directamente, deja de ser necesario el número tan elevado de glóbulos rojos y como resultado de ello, muchos son destruidos en breve, lo que hace que aparezcan en la sangre grandes cantidades de bilirrubina libre, que a su vez causa la llamada ictericia fisiológica del neonato que aparece aproximadamente en el tercer día de vida, en tanto que la ictericia patológica aparece en el primer día e indica destrucción anormal de eritrocitos. Al tener el recién --

nacido 4 semanas de edad, su recuento eritrocítico habrá disminuido a cifras de 4.5 a 5.5 millones que son las del niño normal.

Los leucocitos disminuyen aproximadamente a la mitad durante las primeras semanas de vida, de 20 mil a 30 mil que tiene el niño a los 6-12 mil en un término de 30 días.

1) PSICLOGIA DEL BEBÉ ACIDO

El neonato normal responde al cariño y cuidado que se le proporciona. Obtiene satisfacción cuando se le permite succionar el pezón, chuparse el pulgar u otros objetos, los psicólogos piensan que estas asociaciones tempranas con el mundo exterior, dejan efecto profundo y verdadero en su adaptación a la vida en años posteriores.

C A P I T U L O I I I

CUIDADOS INMEDIATOS DEL BEBÉ NACIDO EN LA SALA DE PARTURICIÓN

a) VIAS AEREAS

El primer aspecto y de mayor importancia en el cuidado del recién nacido, es limpiar sus orificios nasales y boca de moco y de líquido amniótico, para establecer y comprobar la permeabilidad de las vías aéreas y que usualmente practica el obstetra inmediatamente después del nacimiento. Puede emplear una pajilla de caucho o una sonda conectada a un aspirador. La cabeza del bebé deberá ser colocada a nivel inferior que su cuerpo y girada hacia un lado, de modo que el líquido amniótico regurgitado no pase a pulmones.

Si la respiración no es satisfactoria, se iniciarán de inmediato medidas más vigorosas de reanimación.

INDUCCIÓN DE OXIGENO A LOS PULMONES

Si el bebé no respira espontáneamente después de limpiarle el líquido y moco de sus vías aéreas, se hace pasar aire u oxígeno con fuerza a los pulmones colapsados; diseño especial de presión positiva.

ESTIMULACION DE LA RESPIRACION DEL BEBÉ

Llenar con gas artificialmente los pulmones a intervalos constantes, es sólo un método temporal, que se hará hasta que el bebé comience a respirar por sí sólo. Si no responde debido a fármacos administrados a la madre durante el parto, el médico puede ordenar la aplicación de estimulantes que deben ser elegidos con sumo cuidado; de lo contrario, hay el riesgo de obtener un efecto opuesto.

Diversos métodos físicos para estimular la respiración al bebé, pueden emplearse; frotar vigorosamente o dar palmadas en los pies, aspiración nasal, respiración boca a boca, estimulación del esfínter anal, y sumergir al niño en un recipiente con agua fría y caliente en forma alternante. Debe recordarse, que se evitará por todos los medios que el bebé sufra frío.

b) CORDÓN UMBILICAL

El neonato permanece unido mediante el cordón umbilical a la placenta, inmediatamente después de las maniobras de atención del parto, el médico procede a hacer el corte del cordón, después de haberlo obtenido por medio de dos pinzas hemostáticas. La ligadura se hace a unos 5 ó 7 cms del abdomen, y se debe hacer fuerte y lo más ajustadamente posible para evitar una pérdida sanguínea, que de no advertirse a tiempo puede ser mortal.

c) VALORACION

Hay varios sistemas establecidos para la valoración del estado del recién nacido y el de elección que ha sido aceptado ampliamente es el que impuso en 1953 Virginia Apgar.

Este método incluye 5 observaciones hechas cuando el bebé tiene 60 segundos de vida extraterina. A cada observación se le asigna una valoración total. El niño en estado excelente obtendrá una puntuación de 9 ó 10, un nacido muerto tiene una valoración de cero.

La mayoría de los bebés alcanza una valoración de 7 en adelante. En términos generales los prematuros y los niños que nacen en posición viciosa, tienen puntuación menor que los bebés nacidos en presentación cefálica en parto normal. El pediatra puede hacer las observaciones en la sala de expulsión, la puntuación total obtenida, se anotará en el expediente del neonato y el registro de expulsión.

d) MEDIDAS DE VENTILACION

Una vez cortado el cordón umbilical, el bebé dependerá del oxígeno del medio ambiente. Si hay obstrucción de las vías aéreas el oxígeno no llegará a la corriente sanguínea por los pulmones y morirá; aún cuando es breviva, las células cerebrales resultan dañadas permanentemente si no reciben O_2 en un término máximo de cinco minutos. Los esfuerzos de reanimación tienen como fin corregir tres aspectos de la asfisia del recién nacido:

- 1.- Limpiar las vías aéreas de moco y líquido.
- 2.- Hacer pasar oxígeno y aire a la fuerza en los pulmones colapsados.
- 3.- Estimular la respiración del bebé.

Estos esfuerzos se continúan hasta que se establece la respiración o se interrumpe por completo el latido fetal. Por lo regular, el anestesista, obstetra o las enfermeras especializadas, llevan a cabo estos medidas de inmediato, si el bebé no respire espontáneamente.

e) NECESIDADES AMBIENTALES

Al nacer el bebé, su cuerpo tiene poca grasa subcutánea que lo aísla del frío. El mecanismo termoregulator por el que el cuerpo se adapta para conservar constante su temperatura interna, no funciona por completo en los primeros días de vida, por lo que el organismo del bebé tiende a tomar la temperatura del medio que lo rodea. El cuarto en el que ha nacido suele tener 21.5 grados, en tanto que la temperatura materna fue de 37.8 grados.

El frío súbito estrecha su delicado cuerpo y presenta calosfríos, lo que hace que disminuya su presión arterial. En el comienzo éstos son útiles para cerrar el conducto arterioso, pero si continúan son perjudiciales. A diferencia del recién nacido de otras especies animales, el humano no tiene protección natural y

depende de los dedos para su vertido y calentamiento.

Se envolverá en un cobertor o en una serpiente y se colocará en una incubadora o en un termocámara previamente calentado y así se trasladará a la sala de cunas.

f) IDENTIFICACION

Es absolutamente esencial hacer la identificación exacta del recién nacido. No se permitió que la madre y el bebé sean sacados de la sala de expulsión, si éste no trae su identificación exacta.

El empleo de Ident-A-Banda de tipo Hollister en obstetricia, método que emplea tres bandas de plástico suave, idénticas y de numeración exacta. Una banda se coloca en la muñeca de la madre, las otras dos son para el bebé: una en la muñeca y otra en el tobillo.

Los datos que contiene son los siguientes: nombre de la madre, sexo del neonato, hora del parto, nombre del médico asistente, fecha, y número de cuarto o casa de la madre. En el expediente tanto de la madre como en el del niño irán las huellas plantares y digitales del bebé.

g) PROFILAXIA

La oftalmía purulenta del neonato, es una infección de tipo gonocócico de la conjuntiva, que adquiere al pasar por el conducto del parto infectado.

No tratada puede causar ceguera, por lo que en muchas naciones se han expedido leyes que obligan la instilación de un agente bactericida en los ojos del bebé. Contra el gonoceco tiene eficacia la solución de nitrato de plata al 1% (Método de Credé), gotas de solución de penicilina, o una pomada antiséptica; el nitrato de plata puede causar irritación grave o incluso lesión, por lo que es necesario eliminarlo después de aplicado, con solución salina.

El medicamento de elección es la solución oftálmica de Furacín.

En algunos hospitales se acostumbra a aplicar a todo neonato una inyección de vitamina K (Konsión) para aumentar la eficacia de sus mecanismos de coagulación. Son absolutamente necesarios, una orden del médico y conocimientos específicos respecto a la técnica de inyección, para que la enfermera pueda administrar ese fármaco a otros.

b) ANCIACION EN EL CUERPO

El expediente del neonato suele comenzar en la sala de partos, y puede incluir una copia de la hoja del parto de la madre, cada hospital emplea sus propias formas, pero el registro debe incluir datos exactos e importantes respecto al neonato como; momento y tipo de parto, sexo, puntuación de apgar, color de la piel, llanto, estado general y anomalías obstétricas patentes o traumáticas.

CAPITULO IV

CUIDADOS INICIALES EN LA SALA DE CUJAS

El cuidado inmediato del recién nacido, al llegar a la sala de cujas, proveniente de la sala de expulsión, incluye: limpieza, observación, somatometría, lavado ginecístico, cuidado del cordón umbilical, control térmico y del medio ambiente, vestimenta, etc.

a).- LIMPIEZA Y OBSERVACIONES INICIALES

El cabello del bebé suele tener sangre seca adherida a su pelo por el canal del parto y su cuerpo en determinadas zonas como hombros, ingles, axilas y dorso, presentan acumulación de vernix caseosa, a lo que se le protege mientras se encuentra sumergido en líquido amniótico. No se considera necesario quitar toda la suciedad sebacea sino solamente al exocar, según su costumbre en cada centro hospitalario, también desde un principio se les puede bañar con agua y jabón neutro. También se puede emplear aceite de olivo, en los centros que utilizan hexaclorofeno por su acción bactericida, sea cualquiera el material que se use, esta limpieza brinda la oportunidad para observar con detenimiento al niño. En este tiempo deberá medirse la temperatura rectal, peso, respiración. La enfermera deberá trabajar con rapidez para evitar el enfriamiento del bebé.

TECNICA DE TEMPERATURA RECTAL

A; Nombre.- Temperatura rectal

B; Concepto.- Es el método mediante el cual se mide la temperatura del organismo.

C; Objetivo.-

1.- Conocer esta constante fisiológica del paciente

2.- Registrar la existencia de algún proceso patológico.

3.- Inapreciable al paciente cuidados de enfermería específicos.

EQUIPO:

- Termómetro rectal para cada niño (individual)
- Frasco de torundas jabonosas
- Portatermómetros con solución antiséptica
- Pomada con vaselina estéril o jela lubricante
- Cuadritos de papel
- Frasco con torundas alcoholadas.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Lavarse las manos perfectamente
- 2.- Revisar el estado de los termómetros
- 3.- Secar el termómetro del recipiente y secarlo con un cuadrito de papel
- 4.- Comprobar que la columna mercurial esté por abajo de 35 C
- 5.- Colocar al niño en decúbito dorsal y retirar el pañal
- 6.- Con la mano izquierda y tomándole por los pies, elevar las piernas
- 7.- Tomar el termómetro y cubrir la punta con el lubricante
- 8.- Introducir el termómetro por el ano (1 cm.) y esperar en esta posición un mínimo de tres minutos
- 9.- Retirar el termómetro y limpiarlo con un cuadrito de papel, hacer lectura
- 10.- Vestir al niño y dejarlo cómodo
- 11.- Limpiar el termómetro con una torunda jabonosa y secarlo con un cuadrito de papel
- 12.- Limpiarlo nuevamente con torunda alcoholada y bajar la columna mercurial
- 13.- Devolverle a su recipiente con solución antiséptica
- 14.- Lavarse las manos
- 15.- Anotar la temperatura en la hoja correspondiente

Contraindicaciones en el uso del termómetro rectal

- 1.- Paciente con diarrea
- 2.- Imperforación anal
- 3.- Ulceraciones y escoriaciones en el ampulla rectal
- 4.- Prolapso rectal
- 5.- Fístula anal
- 6.- Peligro de infecciones cruzadas por el mal manejo del instrumental y equipo para la toma de temperaturas.
- 7.- Mala técnica empleada, o ignorancia de la misma.

El uso del termómetro rectal ha ido cayendo en desuso, aparte de lo antes mencionado, al ir sustituyéndolo por nuevos sistemas para el control térmico del infante como son: incubadoras con termostato y termoregulador, control térmico electrónico, etc.

b) PESO Y MEDICION

En algunas salas de parto hay básculas, aunque por lo regular el recién nacido es pesado por primera vez al llegar a cuneros. Las básculas deben ser calibradas con un lienzo o papel protector, e sobre el que se colocará con todo cuidado al neonato desnudo, deberá hacerse minuciosamente para que el bebé no corra el peligro de caer.

El peso al nacer es de suma importancia para el médico y la enfermera, la exactitud del mismo es necesaria para llevar un buen control de la curva ponderal del niño, ya que la mayoría pierden un poco de peso en la primera semana de vida, y a partir de ésta empiezan a recuperarlo rápidamente. La pérdida o ganancia en la cuantificación ponderal del neonato, es signo importante de su evolución - tomando como base el peso exacto al nacer.

La medición de la circunferencia cefálica, del tórax y talla, se hará con exactitud, ya que es base de comparación con las somatometrías subsecuentes. Vgr. Si la cabeza comienza a agrandarse exageradamente puede indicar Hidrocefalia y el crecimiento extraordinario en el tamaño puede indicar exceso de secreción de la adenohipófisis.

TECNICA DE SOMATOMETRIA

CONCEPTO:

Es el procedimiento por medio del cual se miden las características somáticas de peso y talla en los niños.

OBJETIVO:

Aplicación de conocimientos, técnicas y procedimientos para conocer las medidas corporales que son: Peso, Talla y Perímetros:

a) cefálico, b) torácico, c) abdominal

P E S O

Equipo: Carro clínico con báscula de precisión (pediátrica)

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Desvestir al niño, debe estar preferentemente en ayuno
- 2.- Colocarlo en la báscula tomándolo con una mano por los pies y tobillos con el dedo índice en medio y con la otra sosteniendo cabeza y sujetando hombros.
- 3.- Colocarlo sobre la balanza y mantener una mano encima pero sin tocarlo y con la otra mano calibrar el peso.
- 4.- Registrar el peso
- 5.- Levantar al niño con el pañal para llevarlo a su cuna, arrojándolo convenientemente.

T A L L A

Equipo:

Cinta métrica
Mesa Pediátrica
Papel Kraft

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Colocar sobre la mesa el papel Kraft procurando que sea más grande que el niño
- 2.- Colocar al niño en posición decúbito dorsal sobre la mesa
- 3.- Apoyar la mano sobre las rodillas, con la otra marcar el papel en el sitio donde tocan los talones y el borde superior del cráneo.
- 4.- Levantar al niño y colocarlo en su cuna
- 5.- Medir con la cinta métrica la longitud entre un punto y otro
- 6.- Anotarlo en la hoja correspondiente

El perímetro cefálico se tomará con la cinta métrica, pasándola alrededor de la cabeza tomando como referencia la prominencia occipital y la frente.

El perímetro torácico se hará pasando la cinta alrededor del cuerpo del niño por debajo de los brazos al nivel de las tetillas.

c) CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL

Al llegar el recién nacido a la sala de cunas, tiene aproximadamente 5 cms de cordón sobre el abdomen, segmento ocluido con algún tipo de pinzas, ligadura alfiler o broche, según el centro hospitalario. En los primeros días, este fragmento de cordón se contraerá y ennegrecerá, y en una semana más o menos, se habrá desprendido, dejando una pequeña zona de granulación que por último cicatrizará y será cubierta por células cutáneas, con una cicatriz pequeña contraída llamada Ombligo, que persistirá por el resto de la vida.

Inmediatamente después del parto, los vasos umbilicales pueden aún presentar hemorragia si se afloja la ligadura, por ello es necesario vigilar el cordón a intervalos frecuentes las primeras 24 horas, en caso de haber ocurrido la hemorragia, se aplicará una segunda ligadura y se observará minuciosamente al bebé.

A veces la zona es invadida por bacterias antes de la cicatrización, como precaución contra la infección muchos centros siguen la recomendación de la academia norteamericana de Pediatría, de aplicar en el muñón umbilical y en una zona de 2.5 cms de la piel circunvecina un antiséptico especial durante el cuidado inicial y después aplicar diariamente alcohol al 70% hasta que se complete la cicatrización, estos fármacos desinfectan y secan los tejidos.

Puede colocarse un apósito pequeño de gasa estéril alrededor del cordón umbilical húmedo para proteger la piel abdominal. No obstante se han dejado de emplear las antiguas fajas y vendajes elaborados, pues se observó que a menudo incluían bacterias, conservaban húmedo el cordón (muñón) y en consecuencia retardaban la cicatrización. Las pinzas o bandas de sujeción pueden quitarse 2 o 3 días después, cuando los vasos umbilicales estén ocluidos y no ha-

ya peligro de hemorragia.

d) VESTIDO Y ABRIGO

El recién nacido debe ser conservado caliente, si bien no conviene limitar sus movimientos con vestidos o cobertores gruesos. Por esta causa al neonato normal se le coloca un pañal y una camisetita y se le cubrirá con un cobertor sin oprimirlo y llevado a su cuna. Todas las piezas de su vestido, sabanitas y cobertores deben ser lavables y de ser posible se esterilizarán antes de ser empleadas nuevamente en la sala de cunas.

e) ADMINISTRACION DE LA PRIMERA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA

Una vez estando el bebé en la sala de cunas, se le administrará la primera dosis de la vacuna antipoliomielítica (Sabin), por vía oral, las otras dosis se le darán cada dos meses hasta completar las tres.

f) CAMBIOS DE POSICION Y MEDIO AMBIENTE

Al terminar la asistencia inicial de rutina, el niño se colocará en la cuna previamente calentada, con posición decúbito lateral y trendelemburg, para facilitar la salida de secreciones que hayan quedado en nasofaringe, y se tendrá una vigilancia estrecha para aspirar secreciones con una perilla de caucho y evitar la broncoaspiración. Después de algunas horas (que generalmente son de 5 a 6) el neonato normal no necesita calor adicional y tiene la temperatura ambiental de la sala de cunas, además se le colocará en posición normal.

g) ALIMENTACION Y DESCANSO

El neonato no necesita recibir alimentos o líquidos inmediatamente después de nacer, lo que necesita es descansar y adaptarse al nuevo ambiente, por lo cual se le dejará en ayuno, un promedio--

de 6 a 12 hs. después de su nacimiento, según criterio e indicaciones del pediatra tratante; posteriormente se le iniciará tolerancia gástrica (previo lavado gástrico) con solución glucosada al 5% o con alguna infusión de té; según el centro hospitalario.

Después de haber observado la succión, deglución y tolerancia, se le incorpora al horario de alimentación establecido, a base de leche materna o fórmula láctea, preferentemente la primera.

h) ANOTACION EN EL EXPEDIENTE E IDENTIFICACION

Todas las observaciones, mediciones y asistencia dadas al neonato deben reportarse gráficamente en el expediente, en la hoja correspondiente. La cuna deberá identificarse correctamente, colocando una tarjeta con los datos correspondientes como: nombre y cuarto de la madre, sexo del bebé, hora del parto, tipo de parto, nombre del médico tratante y la fecha.

C A P I T U L O V

ASISTENCIA HOSPITALARIA ININTERRUMPIDA

SALA DE CUNAS

Uno de los departamentos hospitalarios mejor cuidados es - la sala de cunas. El personal es experto y calificado y el equipo - especial es constantemente revisado en su funcionamiento.

a) P E R S O N A L

CUALIDADES Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA

La enfermera pediátrica debe tener un adiestramiento espe- cífico, criterio amplio y aptitud definida para su trabajo.

Además de conocer la forma de llevar a cabo los procedimientos, de - ben comprender los principios básicos en que se fundan.

Debe caracterizarse por su capacidad de aceptar nuevos co- nocimientos y métodos y por su criterio amplio. Podrá aceptar las - críticas y beneficiar al departamento con nuevas ideas respecto a su trabajo. Tendrá adaptabilidad y sobre todo disponibilidad para tra- bajar en equipo, en donde todos compartan la responsabilidad que se les confiere con cada bebé a su cuidado.

Comprenderá y aceptará los principios básicos de la técnica asépti - ca y tendrá cuidados esenciales con la limpieza y el orden personales

Por último, la enfermera deberá cuidar con gusto al bebé y a la madre que necesite de su asistencia, aprender a ayudar a quienes lo necesiten sin esperar recompensa o remuneración.

b) DEPARTAMENTOS DE LA SALA DE CUNAS

El material y los departamentos de una sala de cunas varían con la magnitud del hospital pero, sea cual sea ésta, se deberá incluir lo siguiente:

- 1.- La sala de cunas corriente tendrá tantas cunas como camas haya en el departamento de Obstetricia, incluirá fregaderos, recipientes cubiertos para basura, básculas de precisión, mesa pediátrica para trabajo y exploración, zona para registro de expedientes, zona de exploración, calentador y esterilizador de biberones, canasta de plástico para ropa sucia, armario con ropa limpia y abastos, sillas.
- 2.- Unidad de observación: para los bebés que nacen en un medio no - aséptico o los sospechosos de infección.
- 3.- Unidad de aislamiento: en la que se atiende a los bebés con diagnóstico comprobado de infección (nunca regresarán a la unidad de observación o a la sala de cunas general).
- 4.- Unidad de cirugía menor: en la que se lleva a cabo (por razones médicas o religiosas) la circuncisión o cualquier otro tipo de intervención quirúrgica menor.
- 5.- Cuarto de demostración: en el que la madre puede observar la forma de alimentar, bañar y vestir a su hijo.
- 6.- Cuarto de fórmulas: Donde se preparan los biberones de los lactantes. Puede estar en otra zona del hospital siempre y cuando se observen en todo momento la asepsia estricta y no se emplee la instalación con otra finalidad y la fórmula llegue a sala de cuneros sin peligro de contaminación.

c) PRINCIPIOS Y PRACTICAS

Los métodos son formas de poner en la práctica determinados principios. Cada sala tiene sus propios métodos, pero los principios del cuidado de los neonatos, prácticamente son comunes en todas las

las instituciones pediátricas, pues se basan en hechos científicos Vgr. Se sabe, sin lugar a dudas, que aparece infección cuando los microorganismos patógenos invaden el cuerpo; si puede evitarse su entrada, se prevendrá la infección, se deduce de este principio, otro para el cuidado del recién nacido y es: que los bebés deben ser aislados de los organismos patógenos en la medida que sea posible.

Para llevar a la práctica este principio, se han aceptado casi sin reservas y en la totalidad de los hospitales los siguientes puntos:

- 1.- Se permitirá solamente la visita del padre y parientes cercanos en las salas de obstetricia y cuneros del hospital.
- 2.- Se prohibirá la entrada en las salas a toda persona infectocontagiosa, incluidos: enfermeras, médicos y personal auxiliar.
- 3.- Los materiales empleados, especialmente ropa y sábanas que se usen en la sala de cunas, se manejarán por separado y se esterilizarán antes de ser utilizados nuevamente.
- 4.- Cuando se sospeche que algún bebé sufre infección, se le aislará de la sala de cunas, lo que tendrá un valor especial para los que nacen en un medio aséptico, ninguno de ellos regresará a la sala de cuneros después de haber sufrido una infección diagnosticada.
- 5.- El neonato se conservará independiente de los demás; aislamiento llamado; barrera técnica. Las enfermeras lavarán sus manos después de manejar a cada bebé.
- 6.- Se necesita que el personal tenga y observe la mayor limpieza posible, traerá sus cabellos cubiertos y todos emplearán batas limpias sobre el uniforme. Se seguirán técnicas escrupulosas en el lavado de manos, antes de tocar a cada pequeño.

LAVADO DE MANOS EN EL SERVICIO DE CUNEROS

- 1.- Todo el personal adscrito al servicio, al iniciar sus labores, se lava las manos y brazos con técnica de cirugía ya que se consideran potencialmente transmisores de gérmenes.
- 2.- El personal que maneja niños en la sala deberá lavarse las manos antes y después de tocarlos, empleando abundante jabón y agua y se secará con toallas de papel desechable.

Otros principios en el cuidado de los neonatos ha derivado del hecho de que el bebé es débil, inerte, necesita calor corporal adicional y está en el período más peligroso de su vida, deduciendo: que el bebé debe estar en un medio protegido y regulado, bajo observación constante y para llevar a la práctica este principio se observan las siguientes reglas:

- 1.- Nunca estará sola la sala de cunas
- 2.- La enfermera ejercerá vigilancia estricta de todos los bebés
- 3.- Se controlará con todo cuidado la humedad y el calor del ambiente (la humedad o concentración de vapor de agua en 50% y la temperatura de 23.3 grados centígrados a 24)
- 4.- Nunca se dejará al bebé abandonado sobre una mesa o sobre una báscula
- 5.- Nunca se dejará solo al bebé mientras toma su hibernón, sino se le deberá de tomar en brazos.
- 6.- Deberá evitarse la regurgitación, sacándole el aire

CUIDADOS DIARIOS

Todos los días, cada recién nacido será examinado, aseado, pesado y se le tomará la temperatura, Los datos obtenidos acerca de su estado, se registrarán en su expediente, para que el médico tenga elementos útiles respecto a la evolución del bebé.

La enfermera debe manejar con todo cuidado al pequeño, exponiéndolo lo menos posible y observando su aspecto general, nariz,

ojos, boca, orejas, piel, cordón umbilical, genitales y caracteres de su micción y heces fecales. Todo ello se hará antes de haber ingerido el primer alimento del día, para que el manejo no provoque una regurgitación de la leche ingerida.

T E C N I C A

- 1.- Lavar los párpados con agua, limpiando desde el ángulo palpebral interno al externo e instilación de antiséptico oftálmico
- 2.- Inspeccionar las fosas nasales: si hay moco y/o restos de leche, limpiar con un aplicador pequeño
- 3.- Limpiar la cara
- 4.- Puede emplearse hexaclorofeno, o un preparado semejante para lavar el cabello
- 5.- Quitar la camisetita; inspeccionar y lavar manos, axilas, brazos y pecho
- 6.- Inspeccionar el cordón umbilical y limpiar su base con alcohol - al 70%
- 7.- Quitar el pañal, limpiar e inspeccionar: piernas, ingles, genitales y glúteos
- 8.- Voltear al bebé y limpiar e inspeccionar su dorso
- 9.- Medir la temperatura rectal, que puede iniciar la defecación del lactante, limpiar la zona según se necesite
- 10.- Colocar un papel o lienzo en la báscula calibrarla y pesar al bebé
- 11.- Colocar al niño en la mesa y vestirlo
- 12.- Cambiar las sabanitas y la ropa de cuna
- 13.- Colocarlo de nuevo en su cuna y cubrirlo adecuadamente
- 14.- Lavarse las manos y hacer las anotaciones de lo observado en la hoja del expediente correspondiente.

ALIMENTACION DEL NEONATO

Al dar a luz, la madre indica si desea amamantar a su bebé o darle biberón. En encuestas realizadas en U.S.A. arrojaron que el 80% de las madres prefieren la alimentación artificial.

Esta es una decisión muy personal y no podemos decir que un método sea mejor que otro, por lo que la enfermera debe dejar que la madre haga su elección, sin ejercer presión sobre ella.

Los neonatos suelen ser sometidos durante las primeras doce horas a ayuno, con ello se permite que el moco, flemas y líquido amniótico que haya quedado, salga de sus vías bucales y el bebé descanse. La práctica varía de un hospital a otro, pero en la gran mayoría se les inicia la tolerancia gástrica con solución glucosada al 5% o infusiones de té, salvo orden médica específica de no hacerlo.

Los bebés a término, durante su estancia en la sala de cuna reciben su alimento cada cuatro horas, pero al regresar a su casa -- junto con su madre es alimentado por demanda, o sea, cada vez que tiene hambre.

SUPERVISION MEDICA

El bebé nacido en medio hospitalario, debe tener un médico que se responsabilice de su supervisión. Cuando la madre ha tenido su parto en un centro oficial, su bebé también recibirá este tipo de asistencia y si ha sido atendida por un obstetra, este le indicará el nombre del pediatra que se hará cargo del niño.

Si ha sido atendida por un médico general, éste asume la responsabilidad de los dos. Sea cual sea el caso, algún médico asumirá la responsabilidad de la atención del bebé.

En cuanto se haga el traslado del bebé, de la sala de parto a la sala de cunero, se avisará al médico tratante para que haga el

examen general; lo revisará cuidadosamente en busca de anormalidades desde la cabeza, cuero cabelludo, nariz, boca orejas, corazón, pulmones, ombligo, ingles, genitales, articulaciones de la cadera, hasta las extremidades. También examinará sus reflejos y estado general. La enfermera deberá estar presente cuando el médico haga el reconocimiento. Al terminar de examinarlo, el médico escribirá las órdenes específicas para su cuidado, incluidos: tipo de alimentación medicamentos o tratamientos por hacer y pruebas de laboratorio.

El médico revisará diariamente al pequeño, a partir de esta fecha para saber la forma en que es alimentado, si ha perdido o ganado peso y conocer su estado y evolución general. El médico debe ordenar el alta del bebé, salvo en los casos en que se presentara alguna complicación, el neonato será llevado a casa junto con su mamá.

EXAMEN NEUROLOGICO DEL RECIEN NACIDO

El examen neurológico suministra una sorprendente cantidad de información muy útil si se utilizan las técnicas descritas en los últimos años. Se centran con tres objetivos primordiales: detectar cualquier perturbación aguda, como edema cerebral o meningitis, lo más precozmente posible; controlar la madurez del niño (es decir, diferenciar entre un lactante nacido a las treinta y cuatro semanas de gestación con dos kilos de peso y otro de peso similar, pero que nace a término después de un período de desnutrición intrauterina) y, por último, tratar de hallar cualquier signo que pueda indicar posibles riesgos para el futuro desarrollo del bebé.

Para que las observaciones sean seguras y fiables, deben tomarse algunas precauciones sencillas:

1. Procurar que el niño se mantenga caliente y temido todo el tiempo que dure la exploración.

No debe hacerse de prisa. Cada minuto aprovechado en ella puede proporcionar resultados valiosos.

INSPECCION

El examen se realiza en el orden siguiente: primero, inspección de la postura, movimientos espontáneos y vivacidad, después, exploración del tono muscular y verificación de los reflejos; finalmente, examen ocular.

El examen se realiza en el orden siguiente: primero, inspección de la postura, movimientos espontáneos y vivacidad, después, exploración del tono muscular y verificación de los reflejos; finalmente, examen ocular.

2. Efectuar el examen a una hora en que ni tan grande como para estar inquieto, ni están satisfecho que permanezca somnoliento.
3. Colocar de modo que todas las partes puedan examinarse satisfactoriamente.
4. Llevar a cabo las pruebas siempre en el mismo orden para familiarizarse con el esquema de respuestas.
5. Afirmar el examen si el bebé está cansado o molesto.
6. Efectuarlo cuando el niño complete el tercer día de vida o más, a menos que se encuentre gravemente enfermo, ya que a partir de ese día los signos neurológicos son más variables.

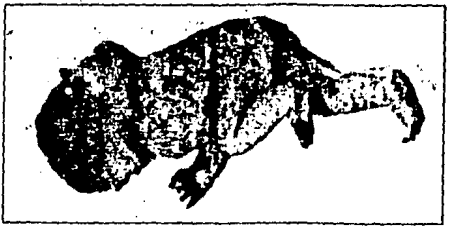


Figura 1
La fotografía muestra la típica posición en supino de un bebé. Los brazos y las piernas están en flexión. Los miembros se mueven típicamente y son frecuentemente, ocasionalmente, el niño se sacude hasta uno u otro lado.



Figura 2
En decúbito prono, la cabeza gira hacia un lado, los brazos permanecen flexionados y la pierna superior en esta posición. Hay muchos movimientos en esta posición que en decúbito supino.

En la posición de suspensión ventral se sostiene al niño con una mano colocada bajo el abdomen. Al hacerlo, sus miembros cuelgan, permaneciendo parcialmente flexionados, y la cabeza se levanta algunos instantes. En este momento se inspecciona cuidadosamente el rostro.

Figura 3

Vivacidad. Se aprecia aquí el rostro típico de un recién nacido. Su inspección revelará las anomalías presentes y será también un buen índice de la vivacidad del niño. Conviene observarlo mientras se alimenta, para obtener información sobre su apetito, movimientos de los labios y del rostro, y del estado general. Es el momento de palpar la fontanela y de medir la circunferencia cefálica.

Figura 4

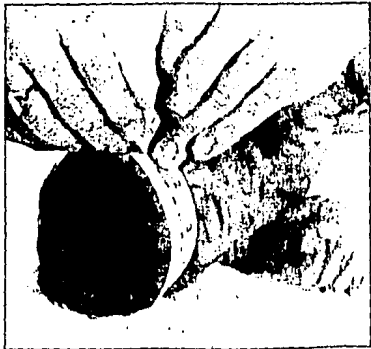


Al examinar los reflejos bucales se logra información accesoria sobre la vivacidad del recién nacido. La prueba se lleva a cabo estimulando la comisura bucal con un dedo; la respuesta del niño consiste en abrir la boca, sacar la lengua y volver la cabeza hacia el lado estimulado. En el niño con depresión de conciencia no se producirá esta respuesta.

Figura 5

Para medir la circunferencia cefálica en su diámetro mayor, se pasa el metro por el occipucio y por encima del puente de la nariz. Esta medida es muy útil y debe efectuarse de forma rutinaria en todos los niños.

Figura 6



ESTUDIO DEL TONO MUSCULAR

Puede efectuarse de tres formas.

La *primera* consiste en determinar la amplitud de movimiento de varias articulaciones.

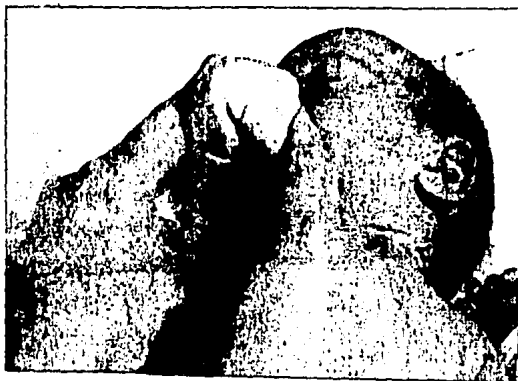
En el niño maduro, la cabeza puede rotar hasta que el mentón alcance el extremo acromial del hombro.

Figura 7



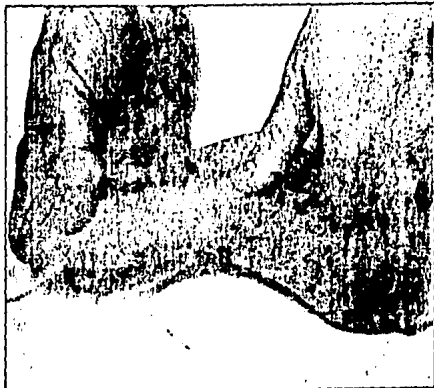
Se muestra la prueba de la bufanda: desplazando una mano del niño sobre el tórax, debe resultar fácil colocarlo sobre el hombro opuesto.

Figura 8



Flexión del puño. En el niño normal nacido a término es posible flexionar la muñeca hasta formar un ángulo agudo.

Figura 9



Esta fotografía muestra la amplitud de la extensión de la rodilla. No es posible, normalmente, extenderla por completo en el niño nacido a término.

Figura 10

10



Dorsiflexión del pie. Este puede doblarse hasta tomar contacto con el extremo inferior de la pierna.

Figura 11

La segunda forma de evaluar la tonicidad muscular consiste en observar la inicial prontitud con que el miembro explorado, colocado en ciertas posiciones, vuelve a su posición inicial. Por ejemplo, si el brazo se extiende con suavidad, recobra bruscamente su posición habitual, en flexión. De la misma manera, si las nalgas se separan súbitamente, recuperan de inmediato su posición original.

La tercera consiste en sacudir el brazo o la pierna con rapidez.

11

Se muestra la posición adoptada para esta prueba: el brazo o la pierna, según el caso, se sacuden rápidamente. Al principio, la mano o el pie oscilan con flojedad, pero después los músculos se tensan, manteniéndolos inmóviles.

Figura 12



12

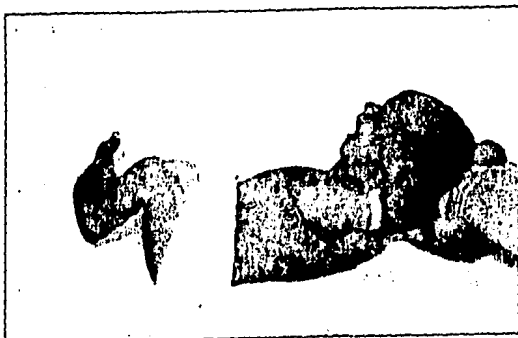
ESTUDIO DE LOS REFLEJOS

REFLEJO DE MORO

El más importante de los diversos reflejos es, indudablemente, el reflejo de Moro. Existen dos formas de llevarlo a cabo. En la primera, se levanta al niño un poco del lecho y después se le suelta bruscamente, como muestra la fotografía.

Figura 13

13



En la segunda, se levanta la cabeza del bebé 2 a 4 centímetros por encima del lecho y se suelta súbitamente. Sea cual fuere el método utilizado, la respuesta es la misma.

Figura 14

14

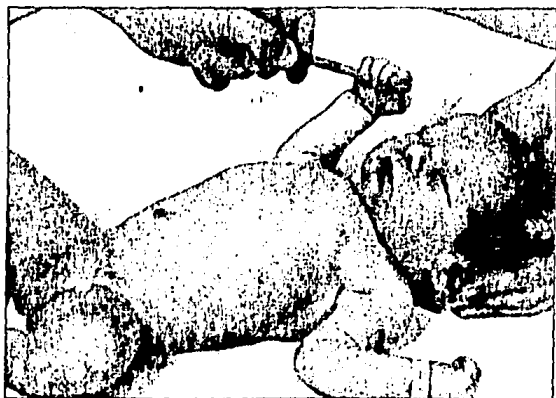


La respuesta consiste en estirar vivamente los brazos a la vez que abre las manos, en posición de ir a abrazar. Por lo general, las piernas se flexionan y el niño grita.

Figura 15

15

REFLEJO DE PRENSION



16 *Figura 16*

Es también muy importante y consta de dos partes: la primera consiste en pasar los dedos del niño sobre un objeto adecuado que se desliza por su mano desde el lado cubital. En respuesta a la estimulación de la palma, los dedos se doblan y lo cogen.



17 *Figura 17*

La segunda parte del reflejo se muestra en esta fotografía. Cuando los dedos se han cerrado sobre el objeto, se levanta el brazo, notándose cómo los músculos se tensan en forma progresiva hasta que el niño lo agarra con fuerza. Muy a menudo puede ser todo el levantado y sostenido, utilizando como soporte dicho objeto.



18

En esta fotografía se muestra la respuesta de prensión al estimular la planta de los pies. Su mecanismo es similar al de la mano.

Figura 18



19 REFLEJO DE EXTENSION CRUZADA

Examen efectuado también en los miembros inferiores. Cuando se estimula la planta del pie, la pierna tiende a retirarse, pero si es sostenida en extensión mientras se efectúa el estímulo, el bebé flexiona y extiende la pierna opuesta, como para rechazar la mano del explorador.

20



Figura 19

REFLEJO DE COLOCACION:

Es otra respuesta automática. Se sostiene al niño de manera que el dorso del pie toque el borde de la mesa. Este contacto estimula la pierna, provocando su flexión, y parece como si el bebé tratara de escalar dicho borde. En la figura es evidente que una pierna se ha doblado en esta forma y ya se levanta sobre el borde, mientras el otro pie se acerca a éste; cuando llegue, también se flexionará y levantará sobre la mesa.

Figura 20



21 REFLEJO DE MARCHA

Es bien conocido. Se sostiene al niño en posición vertical, de modo que sus pies toquen el lecho. Entonces, aparecen movimientos automáticos de las piernas que semejan la marcha.



22

RESPUESTA DE INCURVACION DEL TRONCO

Se verifica al final del examen. La posición adecuada para hacerlo se muestra en esta fotografía. La estimulación fuerte, practicada a un lado de la columna, hacia abajo, causa flexión de los músculos lumbales y parece como si el bebé se doblara hacia el lado estimulado.

Figura 22

Figura 21

EXAMEN DE LOS OJOS

Constituye el último paso del examen; incluye, además, la verificación del reflejo palpebral y las respuestas pupilares a la luz. Un método muy bueno para evaluar los movimientos oculares y la integridad del aparato visual consiste en inducir nistagmo rotatorio. Para lograrlo, se levanta al bebé y se le

sitúa mirando al explorador de frente. Este lo sostiene con cuidado y gira en redondo sobre sus pies dos o tres veces. Al detenerse, se puede apreciar nistagmus por unos momentos. Con alguna experiencia, es posible reconocer las reacciones normales de un niño maduro.

C A P I T U L O V I

A L T A D E L R E C I E N N A C I D O

El bebé generalmente es dado de alta junto con su madre - el médico lo examinará y escribirá las órdenes en la hoja de alta, - incluidos el tipo de alimentación, la fecha en que deberá regresar a consulta junto con la madre y a menudo, el médico dedicará algún - tiempo a la madre para resolver sus preguntas y dudas y así establecer una relación adecuada médico-paciente.. Si advierte que ella - teme asumir una responsabilidad, puede sugerirle que una enfermera - visitadora acudirá a su hogar para ayudarla y orientarla en la asistencia y cuidados del bebé.

A) ORIENTACION A LA MADRE

Cuando la madre está lista para darla de alta, se avisa - a la sala de cunas y se prepara al bebé para su salida, La enfermera encargada del alta, comprobará la identidad del neonato con la enfermera supervisora y llevará al bebé con su madre.

La madre comprobará que los números de su brazalete y los de la banda de identificación del bebé sean idénticos, para saber exactamente que es su hijo. Firmará el expediente de su hijo, además le quita - uno de los brazaletes y se coloca en el expediente, el otro es dejado al bebé. El pequeño es vestido con las ropas que la madre proporcionó para su egreso. Esta es una oportunidad para orientar a la madre respecto a la forma de vestir y colocar los pañales, así como el cuidado de los genitales y del cordón que en ese momento no se ha desprendido aún y la madre presenta interés e incluso temor, respecto a su cuidado, debe indicarsele: aplicar en la base del mismo alcohol

al 70% hasta que haya cicatrizado del todo y se le advertirá que no debe emplear bandas o vendajes a presión alrededor del abdomen cubriendo el ombligo.

La tarjeta de identificación de la cuna suele ser entregada a la madre al igual que certificado y otros comprobantes que expida el centro hospitalario.

Cuando todo está listo, se sienta a la madre en una silla de ruedas, se coloca al bebé en sus brazos para ser conducidos hasta la salida del hospital.

B) AMAMANTAMIENTO

La madre que desea amamantar a su hijo, recibirá orientación especial acerca del cuidado de sus mamas y pezones, durante su asistencia post parto temprana. Se le enseña a lavarse cuidadosamente los pezones antes y después de cada tetada. La enfermera experta debe llevar al neonato con su madre la primera vez que lo alimente, ya que la madre necesitará asistencia y orientación. También necesitará encontrar una posición adecuada y cómoda sentada en una silla o acostada sobre un costado en la cama.

Después se le ayudará a limpiar lo mejor posible sus pezones y cuando todo esté listo, se colocará al bebé en la posición requerida para su amamantamiento. El pezón de la madre debe introducirse lo mejor posible en la boca del niño para que tenga un área de succión satisfactoria. La madre deberá sostener el tejido mamario para que no se pegue a la nariz del bebé y pueda respirar libremente.

El amamantamiento primario debe ser breve y poco a poco se aumentará su duración. Para proteger el pezón materno, la madre y su hijo deberán aprender la forma de dar y recibir alimento respec-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tivamente, es fácil y la medida de sus posibilidades, para hacer de la crianza una experiencia fructífera para madre e hijo.

En primer término, el lactante recibe poca leche de la madre, puede llorar bastante en la sala de cunas y quedar dormido en los brazos de su madre. Hay diferencias de opinión respecto a la necesidad de tetadas adicionales para el pequeño criado por su madre. Algunos médicos ordenan dar biberones con fórmula después de cada tetada, otros ordenan administrar agua solamente. La administración de agua sola, se basa en que el bebé al final sentirá hambre, que mamará hasta satisfacerse. La razón de la administración del biberón complementario es que el bebé necesita alimento y en cuatro horas tendrá hambre suficiente para ser amamantado de nuevo.

En el tercer día de post parto mas o menos la leche materna suele "bajar" y hay suficiente para alimentar al pequeño. a veces la congestión es tan intensa y dolorosa, que el bebé no puede sujetar el pezón y se necesitará un protector de pezón durante algunos días, hasta que alivie la congestión, generalmente en término de 2 semanas. En este período muchas madres habrán aprendido el arte de criar a sus niños satisfactoriamente. Los biberones complementarios son tomas de fórmula que se dan a los bebés normalmente -- amamantados, en una o dos ocasiones, esto permite a la madre más libertad sin descuidar al niño.

C) LACTANCIA ARTIFICIAL

Los bebés que no reciben leche materna, son alimentados por una fórmula administrada por biberón, Se han inventado variados artefactos por medio de los cuales se encuentre una semejanza al seno materno lo mejor posible y que su empleo sea seguro, económico y

fácil. En términos generales, el bebé alimentado por su madre debe -
succionar más fuerte y por más tiempo para obtener la misma cantidad
de leche que el lactante alimentado con biberón.

La fórmula es una receta extraordinariamente variable, que
puede hacerse para cubrir especificaciones exactas respecto a: calori-
fías, carbohidratos, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua.
La cantidad puede adaptarse y medirse exactamente y su temperatura -
variar. Muchos hospitales tienen una fórmula uniforme o de la insti-
tución, elaborada por compañía comercial que hace entregas regulares
o la fórmula es preparada en el cuarto de preparación del propio de-
partamento de recién nacidos.

Todas las fórmulas sea cual sea su contenido deben reunir
lo siguiente: ser estériles, recién elaboradas, etiquetadas conve-
nientemente y no deben haber sido abiertas con mucha anticipación de
la hora de la administración. Las fórmulas preparadas para las salas
de neonatos suelen colocarse en biberones de 4 onzas (120 cc) pues -
pocos bebés toleran mayor volúmen en una toma. La enfermera calienta
poco antes de administrarla. Se desechan las fórmulas del día ante-
rior, al igual el resto del biberón abierto,
Los neonatos que reciben alimentación con biberón suelen comenzar a
tomar una fórmula diluida, a partir de las 16 horas de nacido. Se le
ofrecen 4 onzas de ésta fórmula cada 4 horas hasta que el bebé tiene
3 días de nacido y a partir de ese momento aumenta un poco la con-
centración de la fórmula.

La mayoría de los bebés son llevados a su hogar cuando tie-
nen de 3 a 5 días de nacidos y se dá a la madre una fórmula que a -
porte 6 onzas por cada toma. Al crecer el niño y aumentar sus necesi-
dades nutricionales, se modificará la fórmula y se le agregarán a su
dieta alimentos sólidos.

La madre de un bebé que recibe biberón, será orientada y alentada a tener el niño en brazos en cada comida, al igual como lo haría si lo estuviera amamantando. Antes de dar el biberón, la madre deberá de lavarse las manos y colocarse en posición cómoda; el pequeño deberá ser sostenido en el ángulo del brazo semiflexionado y se le dará el biberón con la otra mano. Se colocará la mamila en la boca del bebé, siguiendo el ángulo de su lengua. Cuando el niño haya ingerido una onza, se le hará eructar. En el comienzo pueden bastar dos onzas de alimento, el exceso de leche puede causar hipo y/o regurgitaciones - las que debe ser evitadas, muchos bebés dejan de succionar y se duermen cuando han tomado suficiente alimento.

D) PRACTICAS DE ALIMENTACION

En algunos hospitales, es costumbre que las madres amamenten a su hijo o le den el biberón en el horario establecido, excepto en las tomas de la madrugada, las cuales las administra la enfermera pediátrica. Los biberones con fórmula, son llevados a un calentador antes de su administración. Cada bebé es preparado para recibir su alimentación. Se le cambia el pañal y se limpia según sus necesidades y después envuelto en un cobertor o sabanita, durante el día la enfermera llevará a cada niño con su madre para que reciba su alimento ya sea amamantado o con fórmula. Después de 20 o 30 minutos, son llevados de nuevo a la sala de cunas, se desecha la sabanita o cobertor (ha tocado el lecho materno) y se procederá a colocarlo en su respectiva cuna. Se observará que estén limpios y secos y se colocarán sobre uno de sus costados para dormir hasta la siguiente fórmula

En la hoja correspondiente se harán las anotaciones necesarias: cantidad ingerida, si hay o no hay regurgitaciones etc.

Los biberones calentados y abiertos se desecharán y solamente se emplearán los nuevos en la siguiente toma.

C O N C L U S I O N E S

Al finalizar la investigación efectuada para la elaboración de este trabajo, considero que las conclusiones a las que he llegado, son las que a continuación expongo:

1.- A nivel Tocoquirúrgico:

- a) Profilaxis oftálmica
- b) Identificación correcta
- c) Somatometría

2.- A nivel pediátrico y del Depto de Cunas:

- a) Doble ligadura de cordón umbilical
- b) Lavado gástrico
- c) Revisión de identificación
- d) Fijar rutina para el egreso del neonato

CONCLUSIONES

La higiene de la madre mediante el control prenatal es la mejor profilaxis para cuando llegue el período expulsivo; para la protección tanto de la madre como del bebé.

La atención intrahospitalaria de la madre durante el trabajo de parto, como en el período expulsivo y post-parto, representan un mayor margen de seguridad para el binomio Madre/Hijo.

El control y observación del recién nacido por personal profesional capacitado durante por lo menos, las primeras 72 horas de vida; garantizan su buen desarrollo posterior.

El procurar, por medio de pláticas y consejos, orientar y ayudar a la madre en el cuidado y atención del bebé dentro del hogar para su normal y sano desarrollo. Esto nos dará como consecuencia lógica, un mayor número de niños sanos tanto psíquica como físicamente.

Y por último, la importancia de la lactancia materna que es la alimentación habitual y constante del lactante en nuestro medio.

Es indiscutible el valor que ella tiene para los niños dentro de los primeros meses de edad. Ya que la leche materna es el alimento biológico ideal, homólogo de la misma especie, estéril, completo, que puede ofrecérsele al niño.

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad infantiles, correspondientes al primer año de vida, muestran de un modo fehaciente mayores índices en los niños alimentados con leches no humana, en tanto que es de observación práctica y común, que aquellos que toman la

leche materna, generalmente se enferman con poca frecuencia y cuando esto ocurre, habitualmente el pronóstico es benigno, el tratamiento fácil y además parecen ofrecer mayor resistencia a algunos padecimientos infecciosos.

Como se ha dicho, la leche materna es un alimento biológico de la mejor calidad nutricional.

Contiene y resume los requisitos indispensables, es decir; es un alimento en condiciones normales, calóricamente suficiente, equilibrado, adecuado y estéril; que posee elementos nutritivos: proteínas, grasas, e hidrocarbonados de la mejor calidad, vitaminas sales minerales y agua.

Por esto, no es, ni puede ser sustituible, y por lo cual deberá ser respetado como el alimento de elección en la mayoría de los niños sanos hijos de madres igualmente sanas.

Por todo lo expresado, debe insistirse en el alto valor biológico, nutricional y protector de la leche humana.

BIBLIOGRAFIA

Obstetricia Práctica

W. Pschyrembel Edit Labor

Pediatría

Valenzuela Edit Interam

Enfermería Pediátrica

Bläck- Wright E. Interam.

Manual Pediátrico

Ediciones I.M.A.N.

Manual de Pediatría

Silver, Kempe y Bruyn
Edit El manual moderno

GUADALAJARA, JAL., 28 de Julio de 1989.

DIRECCION ESCUELA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
P R E S E N T E .

Después de haber revisado el ante-proyecto de tesis que pre
sentó la Sra. Cecilia Estela Abascal Johnson, con el tema -
CUIDADOS MEDIATOS E INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO, para obte
ner el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en-
la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Gua-
dalajara, damos nuestra aprobación por medio de la presente,
a la terminación del trabajo de tesis.

Sin otro particular quedan de ustedes.

A T E N T A M E N T E


ENF. MYRNA ESTHER GONZALEZ L.


ENF. HA. GUADALUPE GAXIOLA C.