

## Cuidados Inmediatos al Recién Nacido

Los cuidados inmediatos; que son de los que específicamente se hablará en este trabajo, son todos aquellos que se verifican en la sala de expulsión.

En una forma más ordenada iré describiendo cada uno de los cuidados.

1.—El cuerpo del niño se sostiene sobre la mano y el antebrazo que han quedado abajo. Se toma firmemente los pies del niño con los dedos pulgar y medio de la mano izquierda, colocando el índice entre los tobillos. Se deja colgar la cabeza del niño para favorecer la expulsión del moco de boca y vías respiratorias.

Antes que el niño inicie la primera inspiración, se procede de inmediato a la limpieza de boca y nariz, con una gasa esterilizada, para evitar puedan pasar a los pulmones las mucosidades y bloquear las ramas del árbol bronquial, impidiendo la expansión completa de los pulmones.

Para la aspiración se usa el aspirador de Potain con cuatro o cinco libras de presión. La regulación de las libras de presión se hace con el fin de que la succión que vaya a ejercer el aparato al aspirar, sea suave y no vaya a lesionar las mucosas. Además se puede usar también una perilla de caucho y en casos extremos, cuando no se cuenta con lo anterior, se procede a la extracción de las flemas por medio de una gasa envuelta en el dedo medio de la mano derecha, introduciendo en la boca. También se puede usar un gotero.

El recién nacido se coloca sobre el abdomen de la madre o en la mesa de exploración, si ya se seccionó el cordón, y se procede de inmediato a efectuar el siguiente cuidado. (ver fig. No. 1).



Figura Número 1.

2.—Sección del cordón. Los autores clásicos dicen que la sección del cordón debe hacerse cuando las arterias umbilicales dejen de latir, porque haciéndola antes perdería el niño la sangre que quedaría en la placenta. A pesar de que el cordón se ligue después de dejar de latir, queda todavía una buena cantidad de sangre en la placenta, por lo que la espera para seccionar el cordón no es para que la placenta vacíe su sangre en el niño. Lo que sucede es que la vasodilatación cutánea produce aumento de la capacidad circulatoria del recién nacido y otro tanto hace la inauguración de la función respiratoria, por la entrada en este momento a la pequeña circulación de una cantidad de sangre mucho mayor que antes del nacimiento.

Después que estos fenómenos se han verificado y se han hecho ostensibles, el primero por la coloración de la piel y el segundo por el llanto del niño, debemos creer que el organismo del niño no puede meter en su interior más sangre, y es entonces cuando debemos hacer la sección del cordón. En este momento también es cuando dejan de latir las arterias umbilicales, porque la baja de la tensión arterial consecutiva a las dilataciones cutáneas y pulmonar impide que la sangre llegue a la placenta. Además la exposición del cordón al aire provoca contracción de la túnica muscular de las arterias umbilicales.

Esta regla para hacer la sección del cordón, estará supeditada al momento en que el niño se ponga sonrosado y que lllore.

Este método ofrece la ventaja de que el niño aproveche 30 c.c. o más de sangre si el cordón no se pinza o corta, esto es bastante importante tratándose de niños prematuros. Otra ventaja de este método es que si el niño no respira adecuadamente, puede recibir oxígeno administrándolo a la madre. Esta maniobra no se llevará a cabo cuando se sospecha de una eritroblastosis fetal, debiendo entonces seccionarse inmediatamente, ya que, en este caso lo más importante es impedir el paso de la sangre al niño; que es la causante de este trastorno hemolítico; dejando al seccionar 10 cm. más de largo por si es necesario una exanguineo-transfusión.

Con objeto de practicar la ligadura lejos de la madre, la sección se puede hacer apenas salido de las vías maternas, este método ofrece la ventaja de permitir ocuparse separado y más cómodamente del niño y la madre.

Habitualmente se acostumbra hacer la sección colocando una pinza de Kocher a la mitad del cordón y a los centímetros colocar la otra y enseguida se secciona entre las dos pinzas, cortando con una tijera esterilizada. Sea cual sea el método empleado, las puntas de la tijera deben cubrirse con la mano puesta sobre el abdomen del niño, para no cortar un pie o una mano si súbitamente quedara en el campo; se abandona campo materno y se lleva lejos de la madre para efectuar ligadura del cordón (ver fig. No. 2).

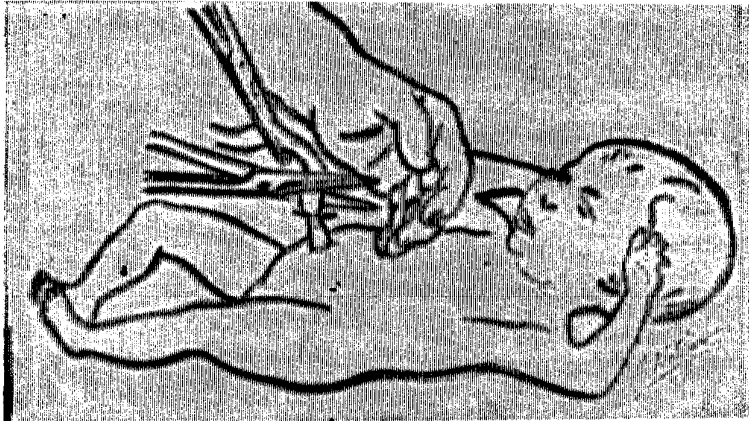


Figura Número 2.

3.—Ligadura del cordón. Hay varias formas de hacer la ligadura; hay quienes usan pequeñas pinzas especiales que colocan en la base del cordón, al ras de la piel; otros proceden por trituration cortando el cordón inmediatamente arriba de la pinza. Lo práctico es ligar con cinta de algodón o lino. La cinta de algodón viene en sobres o tubos ya esterilizados; de 25 cm. de largo por 3mm. de ancho en cada sobre o tubo.

Sea cual fuere el material de ligadura que se utilice, la ligadura debe hacerse de dos y medio a 3 cm. de la inserción abdominal.

Hay que recordar también que los vasos umbilicales están rodeados por la gelatina de Wharton; que esta gelatina se deseca fácilmente en contacto con el medio ambiente; en consecuencia, si no apretamos bien el nudo, al venir la desecación se aflojará la ligadura; de ahí que en los cordones gruesos, con abundante gelatina, aconsejan algunos autores tomar el cordón entre el índice en forma de asa y el pulgar. Haciendo presión con éste sobre aquél, desalojar la gelatina en el lugar que se hará la ligadura, con movimiento inverso al que hacen los niños al tirar una canica.

En los cordones delgados no hay problema, se comprende que en ellos es fácil hacer una buena ligadura, teniendo cuidado de hacer tanto en uno como en otro caso, dos ligaduras superpuestas, es decir, rodear el cordón con la cinta y hacer un doble nudo y después dar vuelta al cordón con la cinta y hacer otro nudo. El tipo de nudo o manera de anudar son variados, lo fundamental es que sea firme y estrangule suficientemente la gelatina de Wharton y el nudo no se corra.

Se pasa luego a hacer la curación umbilical.

Se dice que al seccionar el cordón queda una superficie cruenta donde puede iniciarse la infección y es ahí donde se hace la curación. Se emplea una solución antiséptica; se envuelve con gasa esterilizada y se venda moderadamente. Hay algunos autores que opinan que se debe dejar una curación seca, ya que no es fácil que penetren gérmenes; porque la fuerte ligadura que se aplica impide el paso de los microorganismos. (Ver Fig. No. 3).

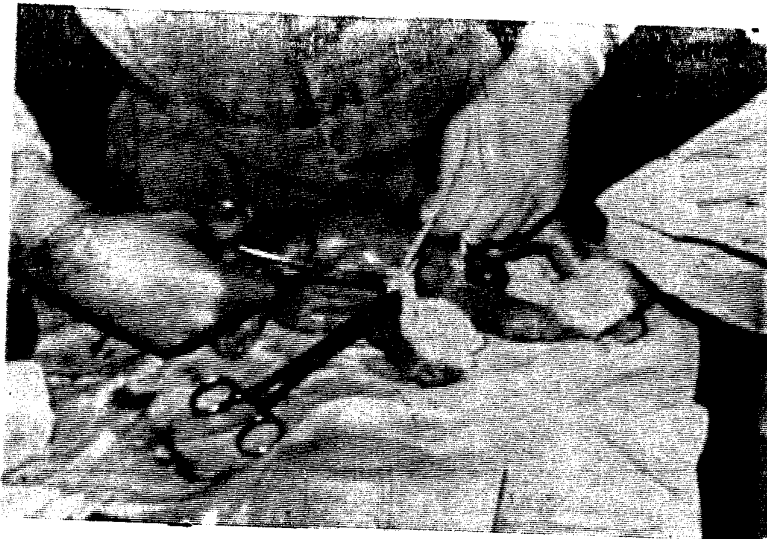


Figura Número 3.

4.—Profilaxis de la oftalmía purulenta. Inmediatamente después de haber ligado el cordón se pasa a efectuar este procedimiento. La gran frecuencia con que se encuentra la infección gonocócica en la mujer, en el fondo de las glándulas cervicales; el hecho de que dichas glándulas sean exprimidas por el paso de la cabeza, y la gran receptividad que tiene la mucosa de la conjuntiva del niño por el gonococo, hace temer en el recién nacido la oftalmía purulenta, enfermedad que puede dejar ciego al niño.

Aunque actualmente se encuentra en desuso, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha prescrito el método que debe seguirse; este procedimiento es el de Credé, el cual se efectúa de la manera siguiente :

- a).—Se lavan los ojos con agua bidestilada.
- b).—Se aplica de una a dos gotas de solución de nitrato de plata al uno por ciento en cada saco conjuntival inferior.

c).—Se mantiene el ojo cerrado durante un minuto.

d).—Se vuelve a lavar el ojo con solución salina, para neutralizar el exceso de nitrato de plata y se limpian los líquidos que escurrieron.

Para la aplicación suele lograrse fácilmente que el niño abra los ojos si se coloca sobre ellos la mano para impedir la luz brillante de la sala de partos. No se tratará de abrir los párpados por fuerza, pues esto hace que se tornen edematosos y rojos. Se cuidará de que la solución no se ponga en contacto con la piel, pues causaría una mancha parda que preocuparía a la madre. Actualmente se emplean solución de penicilina y está prescrito el uso de unguento oftálmico con antibiótico, aunque no es aconsejable debido a que lleva vehículo eso hace que no se difunda el medicamento en el medio acuoso del fluido lagrimal. También se emplean otros antibióticos, como Aureomicina y Eritromicina; parece ser que producen menos reacción conjuntival que el nitrato de plata. (Ver Fig. No. 4).



Figura Número 4.

5.—Cuidados de la piel. Antiguamente se acostumbraba bañar a los niños con agua tibia; pero se presentaban complicaciones graves por los enfriamientos a que eran sometidos, y a esto se debe principalmente que en algunos hospitales se hayan suprimido porque no cuentan con una calefacción adecuada; esto nos indica que el cuarto donde se encuentra el niño debe estar tibio y que, durante el baño sólo se expondrán áreas pequeñas del cuerpo, mientras el mecanismo regulador de la temperatura no esté establecido.

En las instituciones que no cuentan con los medios apropiados, se hace la limpieza quitando suavemente el unto sebáceo con una gasa, ya sea sola o mojada con algún aceite.

Hay autores que opinan que ni siquiera el unto debe quitarse por ser útil para la calefacción del niño, no sólo como capa protectora externa, sino por el calor que produce al absorberse; principalmente en los niños prematuros en los cuales su aparato termoregulador no está completamente desarrollado. Se procederá inmediatamente después de limpiarlo a pesarlo, pues la cifra que se obtenga servirá de punto de partida para seguir ulteriormente la curva de peso del niño. (Ver Fig. No. 5).



Figura Número 5.

6.—Temperatura. Mas, que para estimar, las condiciones térmicas en que se encuentra el recién nacido, esta técnica se efectúa con el fin de ver la permeabilidad del ano u otras anomalías que existan. La introducción en el recto se hará suavemente, con un termómetro perfectamente lubricado. Si se expulsa meconio, el hecho debe anotarse.

Cuando se dificulta la introducción, debe informarse de inmediato al médico. (Ver Fig. No. 6).



Figura Número 6.

7.—Investigación de malformaciones congénitas. La inspección preliminar de la criatura debe comprender la observación cuidadosa en general; si bien hacer el diagnóstico compete al médico y no a la enfermera, al observar cuidadosamente al niño la enfermera pudiera descubrir una anomalía que el médico no haya visto. Debe buscarse los siguientes datos: Falta dedos, dedos supernumerarios, pie equino, fractura de clavícula o de huesos largos, paladar hendido, labio leporino, frenillo de la lengua corto, criptorquidia uretrales anormales, hernia, hidrocele o imperforación anal.

8.—Somatometría. La obtención de estos datos tiene gran importancia ya que toda alteración en la salud del organismo infantil repercute inmediatamente sobre su nutrición y en consecuencia los datos de somatometría son el índice clínico más firme para apreciarlo.

Por estos motivos se considera como elemental y básico la recolección y el conocimiento de estas medidas en el examen de todo niño.

Los principales datos que precisa conocer son los que se refiere a su peso, talla, perímetro torácico, cefálico y, longitud del pie.

**PESO.**—Debe obtenerse del niño desnudo de preferencia, en básculas pesa-bebé, de contra peso mejor que de resorte, con graduaciones mínimas de cinco gramos. La primera vez debe pesarse con exactitud para que el registro permanente sea preciso. La balanza se equilibra cubriendo el platillo con una compresa esterilizada, antes de colocar sobre ella al niño. (Ver Fig. No. 7).

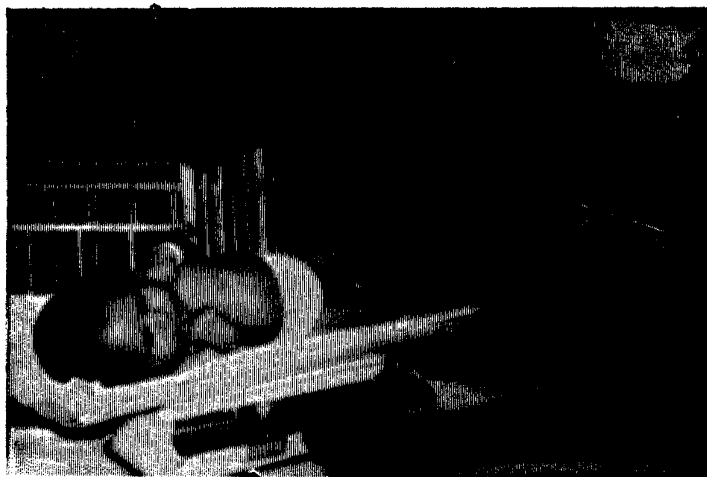


Figura Número 7.

**TALLA.**—La estatura del pequeño debe recogerse con el pediómetro del cual existen modelos muy sencillos, o que se pueden improvisar simplemente en la mesa de exploración, o una superficie de material rígido con graduaciones en centímetros, de tal manera que al colocar al niño en decúbito dorsal se sostengan sus extremidades inferiores extendidas, para medir la distancia que existe entre las plantas de los pies y el occipucio. (Ver Fig. No. 8)





Figura Número 8.

**PERIMETRO TORACICO.**—Se toma pasando la cinta sobre la parte media del tórax a nivel de las tetillas. (Ver Fig. No. 9).



Figura Número 9.

**PERIMETRO CEFALICO.**—Habitualmente se toma con la cinta métrica que se pasa por la frente y occipucio a un nivel horizontal. (Ver Fig. No. 10).



Figura Número 10.

**LONGITUD DEL PIE.**—La dimensión longitudinal de la planta del pie recientemente ha servido como índice importante en el recién nacido, especialmente para juzgar acerca de la edad intrauterina, de manera que es una medida importante que debe tomarse. Se considera como normal para el mexicano una medida de 7.5 a 8 centímetros, con pequeñas variaciones según el sexo.

Esta medida se toma de manera que el pie quede extendido y formando un ángulo recto con la parte anterior de la pierna.

9.—Identificación. La identificación adecuada del niño es importantísima y, sea cual sea el método empleado, los datos de nombre y sexo deben ser precisos.

Cómo métodos para identificación de los niños se emplean cuentas, con letras o sin ellas, cordeles, sellos de plomo, perdigones y pinzas. Con las cuentas adecuadas se forma un collar o un brazelete en que se indican sexo, inicial del nombre y apellido de la madre; los extremos del cordón se introducen por un perdigón de plomo que después se pinza para fijar las cuentas. Este método casi nunca causa irritación cutánea y sirve durante toda la estancia en el hospital.

Otro procedimiento consiste en emplear dos discos metálicos con número de identificación; uno de ellos se cuelga del cuello del niño con cordel, para pescar y se cierra con un perdigón hendido; el otro disco, con el número de identificación correspondiente, se coloca de la misma manera en la muñeca izquierda de la madre; las placas se dejan hasta que la mujer es dada de alta del hospital, momento en que se comprueban la igualdad de los números y se quitan los discos. Un tercer modo consiste en escribir los datos de identificación en cintas que se atan a la muñeca y tobillo del niño; estas cintas dan un poco más de espacio, por lo que puede añadirse la fecha de nacimiento; solamente que este método tiene la desventaja que las cintas se pierden si no se atan con seguridad y no se observa diariamente. En algunos otros hospitales se ponen los datos de identificación en esparadrapo que se pega en la espalda del niño, pero es demasiado traumático.

Para que un sistema empleado para identificación personal sea eficaz, debe tener estas características: 1) individualidad, 2) continuidad, 3) inmutabilidad. Las huellas digitales, palmares o plantares son los únicos métodos de identificación personal que satisfacen estos requisitos. Las áreas de fricción de los dedos, las palmas de las manos y las plantas de los pies tienen surcos papilares que forman patrones perfectamente definidos de características distintas. La posibilidad de que dos seres tengan las áreas dérmicas superficiales de los dedos, las palmas de las manos o los pies con características exactas es tan remota que queda fuera de toda probabilidad. Así, pues, la identificación personal por cualquiera de estos métodos resulta adecuada; de esta manera satisface el primer requisito, la INDIVIDUALIDAD.

La formación definitiva de los surcos y pliegues de las palmas de las manos, de los dedos y de las plantas de los pies del ser humano comienza varios meses antes del nacimiento y persisten toda la vida. Estas formaciones permanecen intactas, después de la muerte hasta que el cuerpo se descompone. Por ello, se satisface el segundo requisito, la CONTINUIDAD.

Durante toda la vida del ser humano los pliegues y surcos de manos y pies permanecen exactamente en su forma original y no se modifican. Por ello se cumple la tercera característica, la INMUTABILIDAD.

En la actualidad, casi todos los hospitales emplean como identificación de los niños las huellas de los pies de preferencia a las huellas digitales o palmares. Esto se debe a que los surcos son más notables en los pies y es más fácil obtener las huellas de las extremidades inferiores en los recién nacidos.

La finalidad de tomar las huellas de los pies es tener un registro permanente de individualidad, para, si se presentara ulteriormente alguna duda sobre la identidad del niño y de su madre, disponer de pruebas

concluyentes. Así, pues, las huellas de los pies del niño deben tomarse inmediatamente después del nacimiento.

Es indispensable que la enfermera advierta las consecuencias que puede tener cualquier duda sobre la identidad del niño. Un hospital puede perder una reputación envidiable; los padres pueden perder la tranquilidad por años, y sobre la enfermera recaerán culpa y censura para siempre. Hay que asegurarse de que la identificación del niño sea adecuada.

**TARJETA OFICIAL DEL RECIÉN NACIDO.**—La tarjeta oficial del recién nacido debe llenarse antes de llevarlo a la sala de niños. Una tarjeta completa debe contener los siguientes datos: Nombre completo de la madre y dirección; sexo, fecha y hora del nacimiento, tipo de parto, presentación, en que tiempo del parto hubo ruptura de las membranas, valoración clínica del recién nacido, factor Rh de la madre, método de identificación que se usó, nombre y firma del médico que atendió el parto.

A continuación se incluye la tarjeta oficial del recién nacido, que debe emplearse en las instituciones hospitalarias.

### T A R J E T A O F I C I A L

Nombre de la madre : \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

PC \_\_\_\_\_ PT \_\_\_\_\_

Pie \_\_\_\_\_

### A P G A R

Malformaciones congénitas                      Si                      No

Otros problemas :

Huella del pie :

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Atendió el parto \_\_\_\_\_

Al terminar los cuidados inmediatos que requiere el recién nacido, se procederá a vestirlo. El niño debe ser enseñado a la madre antes de sacarlo de la sala de partos, si la mujer está despierta. Si se halla anes-  
tasiada, el niño deberá llevarse a la cama tan pronto como ha desper-  
tado lo bastante para verlo. y ha de permitírsele que lo abrace y acari-  
cie. El padre y la familia pueden ver al niño después que ha ingresado  
en la sala para niños. En muchos hospitales el reglamento permite en-  
señar al niño a los visitantes sólo en horas determinadas, cosa convenien-  
te para el niño y para el personal de enfermeras.

Para el traslado del recién nacido a cunas se debe llevar la tarjeta  
de identificación, firmada por el médico.