

## CAPITULO IV.

Cuidados mediatos.- Una vez llevados a cabo los cuidados inmediatos del niño dentro del servicio, se seguirán los cuidados mediatos:

1.- Administración de oxígeno y calentamiento del niño, de preferencia dentro de la incubadora.

Cuando ha dejado de ser necesaria la administración continua de oxígeno para estos niños. Se puede tener un pequeño embudo conectado al tubo administrador de oxígeno para en caso necesario administrarlo por medio de este en una forma más directa.

2.- Aspiración frecuente de flemas mientras éstas existen, y drenaje postural.

3.- Cubrir las indicaciones de atención médica una vez realizado el examen clínico.

4.- Manejo mínimo del pequeño que se reducirá a tomar la temperatura y cambiar el pañal en el primer día; peso, baño, y administración de alimentos, en los siguientes.

5.- Ayuno absoluto de 12 a 48 horas, según su peso al nacimiento y las indicaciones del médico.

6.- Si el esófago es permeable, después del ayuno administrar solución glucosada al 5% de 5 a 20 c.c. cada dos o tres horas de acuerdo a su peso de nacimiento y las indicaciones, con sonda, gotero o alimentador según sus condiciones de viabilidad.

7.- Después de la dieta de solución glucosada, iniciar la alimentación con la leche elegida y preferentemente por medio de sonda para los muy pequeños y de gotero o alimentador para los mayorcitos y siempre de acuerdo con sus condiciones fisiológicas.

8.- Vigilancia constante del pequeño.

9.- Observación metódica y cuidadosa de las condiciones normales o patológicas que el niño presente.

10. - Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de la enfermera y si es necesario, directamente al médico.

**Emergencias.** - Los fáciles y frecuentes accidentes que se presenten en éstos niños, traen como consecuencia, la aplicación de medidas de emergencia para contrarrestarlos. Sin embargo no siempre las que vamos a describir se pueden utilizar únicamente por accidentes, sino que forman parte, en determinadas ocasiones, de las medidas de rutina para la atención del prematuro. En éstas condiciones se encuentra por ejemplo la aspiración de flemas, la aplicación de oxígeno y las medidas de resucitación.

Los accidentes más frecuentes son: Cianosis, asfixia, paro respiratorio, disnea, vómitos y hemorragias. No todos ellos son de la incumbencia de la enfermera, pero es conveniente que conozca la manera de combatirlos, por lo menos en los primeros momentos.

La cianosis y la asfixia, así como la disnea, cuando no se presentan de manera constante sino eventualmente y en forma inesperada, pueden ser causadas por trastornos del mecanismo fisiológico de la respiración, ya sea en el centro regulador, en los músculos de la respiración, o en los pulmones mismos. En el último caso, lo más frecuente es que sea causada por atelectasia por gran cantidad de flemas en los pasajes aéreos, por introducción de líquidos en ellos o por formación de membrana hialina. La causa puede también encontrarse en distensión exagerada del estómago por líquidos o por gases, lo que dificulta, la expansión correcta del diafragma y disminuye la capacidad respiratoria, provocando disnea y cianosis. En ocasiones también lo puede causar la inmadurez del diafragma o su inervación insuficiente. A veces la cianosis puede ser provocada por una lesión cardíaca congénita de tipo cianótico potencial, por lesión cerebral, o bien, junto con la disnea, por procesos febriles.

Lo primero que la enfermera debe hacer en éstas condiciones, es proceder a la aspiración de la sustancia que obstruya los conductos aéreos, ya sea moco, líquido amniótico o alimento y administrar oxígeno en forma directa.

Una vez sacado el niño del momento agudo del accidente, debe ponérsele cuidadosamente en posición de decúbito ventral tratando de favorecer con ello, el drenaje de líquido que aún permanece en las partes altas del árbol respiratorio. En seguida se debe poner al niño un tiempo variable, en ambiente de oxígeno si es que antes no lo tenía.

Cuando es alimento el que ha pasado a los conductos aéreos, se nota en primer lugar, asfixia bruzca seguida frecuentemente de tos espasmódica y después cianosis. En éstas condiciones debe suspenderse inmediatamente la administración del alimento, volver al niño a la posición de decúbito ventral y hacer aspiraciones del líquido introducido en la traquea. Después se puede proceder en la forma aconsejada anteriormente.

La administración exagerada de líquido por vía oral o una técnica incorrecta de la alimentación, que permita el paso de una cantidad grande de aire al estómago, o el no lograrse la salida del mismo por medio del eructo, provocan distensión gástrica que dificulta los movimientos diafragmáticos, trayendo como consecuencia, la disnea y posteriormente cianosis.

El procedimiento a seguir en ésta situación, debe ser el de levantar al pequeño y llevar a cabo la extracción del aire, provocando el eructo por medio de palmaditas dadas en la parte baja de la espalda; si se logra, deberá ponerse al niño en decúbito lateral derecho para facilitar sus frecuentes eructos. Si no se ha obtenido el resultado deseado, se puede pasar una sonda por vía gástrica para provocar la salida del aire. Posteriormente, si a consecuencia de lo anterior hay meteorismo, está indicada la aplicación de una sonda rectal. Es conveniente administrar oxígeno por veinte o treinta minutos con objeto de favorecer la normalización de la respiración.

En ocasiones, sobre todo cuando los accesos de apnea son muy frecuentes y prolongados, es preciso recurrir a la respiración artificial. Esta puede ser llevada a cabo por medios manuales colocando al niño en decúbito dorsal, y previa aspiración de flemas, llevar los brazos a la posición de abducción forzada para después bajarlos a los lados del cuerpo, haciendo con los pulgares moderada presión del diafragma a través del abdomen. Estos movimientos deben llevarse a cabo regularmente, pero con

lentitud para dar tiempo a la respuesta del centro regulador de la respiración.

Hemorragias. - Solamente determinados tipos de hemorragias pueden ser atendidos por la enfermera. Estos son principalmente la hemorragia del cordón umbilical, las epistaxis y algunas otras de tipo externo que eventualmente pudieran presentarse.

La del cordón se previene por la inspección minuciosa de la ligadura y se corrige con una nueva ligadura correctamente aplicada.

Las epistaxis frecuentemente necesitan de atención médica, pero por el momento la enfermera puede aplicar un taponamiento anterior o hacer compresión externa sobre la nariz.

En general, cualquier tipo de hemorragia que se presenta durante los primeros 10 días de edad, justifica la aplicación de vitamina K a razón de 2 a 4 mg. por vía intramuscular.

A medida que pasa el tiempo el niño va aumentando de peso y al igual que todos sus órganos va adquiriendo madurez.

Este progreso se nota día a día y es entonces cuando se procede a realizar pruebas para comprobar el grado de madurez adquirido y para prepararlo para una vida más independiente, fuera de la incubadora.

Se empieza por quitarle el oxígeno por períodos cortos (esto es si el niño ha tenido oxígeno) estos períodos se van alargando según las posibilidades del niño hasta que se quita por completo.

El paso siguiente es el control de la temperatura.

Se empieza por bajar día a día el grado de calor hasta que el niño mantiene la temperatura adecuada con el mínimo de calor de la incubadora, entonces se le pone una camisetita de algodón y una camisita de franela, se le cubre con una frazada y se le quita por completo el calor a la incubadora.

Si vemos que el niño sigue manteniendo la temperatura a-