Cuidados del recién nacido normal

R. Jiménez

La asistencia al recién nacido en sala de partos es responsabilidad del pediatra; no obstante necesita la colaboración de obstetras, comadronas y anestesistas para procurar las mejores condiciones de atención, principalmente si es un parto de riesgo. El pediatra será responsable de la atención al recién nacido siempre que esté presente y tomará las decisiones que a su buen criterio profesional sean más adecuadas para el niño, tanto desde el punto de reanimación como de los cuidados a que debe ser sometido. En todos los casos debe dejar constancia escrita de su actuación, de gran valor por posibles consecuencias posteriores.

Partos de riesgo elevado

Si siempre es deseable que el neonatólogo esté presente en todos los partos, en determinadas circunstancias es obligado. Éstas son aquellas circunstancias maternas que pueden dar lugar a un parto de alto riesgo y, por tanto, la presencia de un neonato patológico en el que haya que efectuar alguna maniobra específica.

Las principales causas se resumen en la tabla I.

Este grupo de recién nacidos se someten habitualmente a observación en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde, aparte de las normas específicas que cada caso requiere, es necesario tenerlos bajo vigilancia continua, la cual se efectúa mediante:

a) Normas generales: deberá ingresar en incubadora, mejor sin ropa para una mejor visualización y a temperatura neutra. Es conveniente efectuar aspiraciones frecuentes para mantener las vías respiratorias libres.

b) Control de constantes: dependiendo de la gravedad se efectuarán cada 4 o 6 horas.

- *Temperatura:* de preferencia se hará mediante un sensor continuo de temperatura o bien con termómetro individual localizado en axila.
- *Frecuencia cardíaca:* por monitorización con dos electrodos colocados en la línea axilar media, unos 3 cm por debajo del hueco axilar. Debe vigilarse la posibilidad de lesión cutánea, secundaria a los electrodos, más frecuente en prematuros.
- *Frecuencia respiratoria:* de preferencia también con monitor, siendo aconsejable con pantalla osciloscópica y alarmas. Es preferible al estetoscopio habitual.
- *Tensión arterial:* mediante el Dynamap. De gran importancia por ser la hipotensión signo guía de gravedad.
- *Control de la FiO_2:* ambiental, obligado cuando se administra oxígeno.
- *Gases sanguíneos:* de preferencia transcutáneos o por la saturación de la Hb.

c) Control de la vitalidad.

TABLA I. Gestación de riesgo elevado	
Riesgo 1	Bajo nivel socioeconómico Escaso control (<5 visitas) Edad (<16 años; > 35 años) Esterilidad o infertilidad previa Multiparidad (>4 embarazos) Talla baja (<145 cm) FUR desconocida Obesidad Aumento de peso anómalo (> 16 kg; < 6 kg) Fumadora (>10 cigarrillos/día) Hemorragia genital del primer trimestre Período intergénsico < 12 meses Patología asociada no grave
Riesgo 2	Malformación genital Cirugía en útero Malos antecedentes obstétricos Antecedentes de irradiación o tratamientos contraindicados en la gestante Embarazo prolongado Embarazo múltiple Anemia (Hb<10 g/dl) Infección materna Diabetes A o B bien controlada Cardiopatía tipo I–II Hipertensión o preeclampsia leves Inserción placentaria anómala Malformación fetal Sospecha de desproporción pelvis-fetal
Riesgo 3	Drogadicción o alcoholismo Cardiopatía tipo III-IV Patología asociada grave Diabetes B mal compensada o superior Hipertensión o preeclampsia graves Isoinmunización (anti-D u otra) Retraso de crecimiento intrauterino Rotura prematura de membranas Amenaza de parto pretérmino Hemorragia genital del 2º o 3er trimestre Polihidramnios. Olioamnios Presentación fetal anómala (>37 semanas)

Mediante anotación de los cambios que se aprecien de coloración o actividad.

Además de los apartados anteriores, se harán los controles de laboratorio indicados para su afección de base. Es primordial un cuidado de enfermería por personal profesional y especializado que tenga el concepto de atención integral, lo cual significa no sólo el cuidado del niño sino la atención a la familia, de vital importancia en este tipo de asistencia

Cuidados en sala de partos

Normas generales

Existen una serie de normas para los cuidados del recién nacido, útiles para todos los niños.

Evitar la pérdida de calor. Para ello, recoger al niño en un paño estéril, seco y caliente. Mantenerlo siempre bajo un foco de calor radiante.

Aspirar secreciones de boca y nariz. En un parto vaginal no es necesario aspirar secreciones gástricas.

Estímulos cutáneos. Unas palmadas en las plantas de los pies suelen ser suficientes para que el recién nacido inicie una respiración efectiva. Si esto no ocurre, deben iniciarse de inmediato las medidas de reanimación adecuadas.

Apgar. Valoración al minuto y 5 minutos.

Brazalete de identificación. Colocarlo correctamente de forma que no pueda retirarse con los movimientos del niño. Esta identificación se mantendrá todo el tiempo que el niño permanezca en el hospital y es aconsejable que lo retiren los padres al llegar a casa. Actualmente está en estudio la implantación de una identificación definitiva.

Ligadura del cordón umbilical. Nunca debe exprimirse el cordón. El niño se mantendrá en posición salomónica, para que expulse las secreciones del árbol respiratorio, en un plano ligeramente inferior (10 cm) a la placenta, durante 30-60 segundos. Si existe hipersedación materna, enfermedad hemolítica o alguna situación que requiera reanimación inmediata, la ligadura será precoz (15 segundos).

No bañar a los niños. Limpiarles simplemente la cara con una gasa o toalla secas, para facilitar su observación; el unto sebáceo tiene un importante papel protector de la piel. Sólo está indicado el baño cuando exista sospecha de corioamnionitis.

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica. Administrar una dosis única de 1 mg (0,1 ml) de vitamina K1 intramuscular. Aunque la vía oral también es posible, en general la parenteral es más segura.

Prevención de la oftalmía neonatal. Administrar pomada oftálmica de tetraciclina al 1% (aureomicina) o de eritromicina al 0,5% en ambos ojos. Esta medida es parcialmente efectiva para la profilaxis de la conjuntivitis por *Chlamydia trachomatis* y muy útil ante la *Neisseria gonorrhoeae*.

En la actualidad, en los países industrializados es más frecuente la infección por *Chlamydia*, que aparece en un 11-14% a pesar de la profilaxis indicada. Si la madre es portadora de *Neisseria gonorrhoeae*, está indicada la administración parenteral de una dosis de penicilina G sódica (25.000-50.000 U/kg).

Pesar a todos los niños y registrar este dato en la historia y libro de partos. Esta medida debe realizarse en todos los partos, aunque se trate de fetos muy pequeños o nacidos muertos, dado que posteriormente será una medida necesaria para cualquier cálculo estadístico o epidemiológico.

Mantenerlo en incubadora o cuna térmica, o por lo menos bajo un foco de calor, en decúbito prono hasta que pase al nido junto a su madre.

Obtener sangre de cordón. Para determinar grupo y Rh, así como hematócrito en todos los niños. En caso de que este valor sea superior o igual a 60 %, se practicará hematócrito central (intravascular) a las 6 horas de vida.

Cuidados especiales

Estos cuidados estarán indicados en aquellos niños en los que se den determinadas circunstancias, y deben realizarse sistemáticamente sin esperar una indicación individual.

Determinar la glucemia (mediante tiras reactivas) en los siguientes casos:

— Hijos de madre toxémica

— Hijos de madre diabética

— Peso > 4.000 g

— Peso < 2.500 g

— Retrasos de crecimiento intrauterino

— Pretérminos (< 37 semanas)

Estos controles deben realizarse cada 30 minutos mientras el niño permanezca en sala de partos y después continuarán durante las primeras 24 horas de vida.

Valoración del estado neonatal y destino

Después de proporcionar al niño estas primeras atenciones debe practicarse una somera exploración a fin de descartar patología, en especial malformaciones importantes, y evaluar el estado del neonato, tras lo cual se decidirá su destino al nido de niños sanos o bien su ingreso en una unidad de patológicos.

Cuidados en el nido

Normas generales

Al ingreso de un recién nacido hay que transcribir en la historia del mismo los datos de la historia materna. Es necesario comprobar que los cuidados en la sala de partos se han realizado de forma adecuada, en especial lo que concierne a identificación, administración de vitamina K y profilaxis ocular.

Controlar las *secreciones oroforíngeas*, practicando si precisa aspiraciones cuidadosas, primero en boca y después en fosas nasales. Si son muy abundantes, colocar al recién nacido en posición de Trendelemburg.

Comprobar el *grupo sanguíneo y Rh* del recién nacido en especial si la madre es Rh (-) o posee el grupo O. En caso de recién nacido Rh positivo y madre Rh negativo, administrar a la madre 1/2 inyectable de gammaglobulina anti-D.

Controlar la *micción y deposición meconial*, anotando el horario de aparición de ambas y frecuencia de las mismas.

Controlar la *temperatura axilar* cada 8 horas, y si es inferior a 36 °C, aplicar con cuidado una esterilla eléctrica y no realizarle exámenes más detallados hasta que no se haya estabilizado la temperatura.

Control de la *función cardiorrespiratoria*. La frecuencia cardíaca oscila entre 120-150 lat./min, con una coloración sonrosada y la frecuencia respiratoria entre 40 y 60 resp./min.

Control del cordón umbilical. Comprobar al ingreso del niño la ligadura del cordón de forma que no pueda sangrar. La pinza no debe presionar la pared abdominal.

Practicar controles de *glucemia* (mediante tiras reactivas) a las 0, 1, 2, 4, 6, 12 y 24 horas de vida e iniciar alimentación precoz a las 3 horas de vida, en los recién nacidos en los que se den las circunstancias siguientes:

— peso inferior a 2.500 g

— peso superior a 4.000 g, hijos de toxémica leve, hijos de madre con diabetes gestacional o tipo A.

Si el *hematócrito del cordón* es igual o superior a 60%, practicar a las 6 horas de vida determinación del *hematócrito central*. Se considera patológico para esta segunda determinación una cifra superior a 65%.

En todo *recién nacido por cesárea*, practicar *lavado gástrico* con suero fisiológico a través de sonda nasogástrica y con emboladas de 5 ml, hasta que el suero salga limpio.

Si la *madre es positiva para el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg)*, practicar extracción de sangre para determinación de HBsAg y administrar 0,5 ml de gammaglobulina específica i.m. y 0,5 ml (10 µg) de vacuna recombinante específica SC en región deltoidea.

Control de peso diario, que se anotará en la historia del niño.

Higiene del recién nacido

Cuidados de *la piel y orificios naturales*. Baño diario del recién nacido con esponja individual, sin inmersión. Limpieza y cambio de pañales tantas veces como sea necesario, y si precisa, se aplicará crema protectora en área del pañal.

Cura cuidadosa del ombligo con alcohol al 70% dos veces al día y cada vez que haya estado en contacto con heces u orina.

Control de la *temperatura ambiental y ropa*. Es más recomendable un ambiente caliente (22-25 °C) que abrigar excesivamente al recién nacido. Las prendas de vestir serán de fácil colocación y holgadas.

Visita del neonatólogo

Pasadas unas horas del nacimiento se llevará a cabo una exploración completa. Es necesario explorar a todos los niños dentro de las primeras 24 horas de vida y es aconsejable por lo menos una nueva revisión antes del alta hospitalaria al tercer día.

Contacto madre-hijo

Es muy importante para la madre y el recién nacido establecer una buena relación afectiva. Las normas hospitalarias, en general, no favorecen esta relación, por lo que debe procurarse que el contacto madre-hijo se establezca lo más precozmente posible (inclusive en la sala de partos, dejando al recién nacido sobre el abdomen de la madre) y se mantenga la mayor parte del tiempo, evitando separaciones innecesarias y excesivamente prolongadas. Siempre que la madre lo pida y sea posible, se dejará al recién nacido con ella. Muchas madres necesitan en estos momentos un mayor apoyo emocional y ayuda de las personas que las rodean.

Higiene del personal

Deben mantenerse normas de asepsia, con lavado de manos y antebrazos, antes y después de la manipulación de cada niño. No utilizar pulseras, anillos ni relojes de muñeca.

Alimentación del recién nacido

Lactancia materna

Si la madre está en condiciones y el recién nacido no presenta problemas, puede hacerse la primera tetada entre las 3 y 6 horas de vida. En ningún caso debe retrasarse más allá de las 12 horas de vida.

La duración máxima de la tetada debe ser de 10 minutos en cada pecho. Cada toma se ini-

ciará por el último pecho que se dio en la anterior. Las tomas serán cada 3 horas, procurando establecer un descanso nocturno de 6 horas.

En las tomas iniciales y siempre que la tetada no parezca satisfactoria, durante las primeras 48 horas se suplementará con suero glucosado al 5%. En los recién nacidos de peso inferior a 2.500 g y en los que tengan una pérdida de peso superior al 8%, puede ser necesario suplementar con fórmula láctea, después de dar el pecho, sin forzar, aunque en general hay que evitar dar otros suplementos a fin de favorecer la lactancia materna.

Cuando un niño ingresado en pediatría reciba lactancia materna, la leche debe recogerse en el nido guardándola en jeringas o biberones de plástico y conservándola en nevera.

Lactancia artificial

Las dos primeras tomas se harán a las 6 y 8 horas de vida con 10-15 ml de agua estéril. Si éstas son bien toleradas se pasará a fórmula láctea, iniciándose el primer día con un máximo de 5 ml/kg/toma, el segundo 10 ml/kg/toma y 15 ml/kg/toma el tercer día. Tomará biberones aproximadamente cada 4 horas y cuando sea posible con pausa nocturna de 6-8 horas.

Diagnóstico precoz (screening endocrino-metabólico)

A las 48 horas de vida se puede practicar una determinación de cuerpos reductores en orina (Clinitest) para la detección de galactosemia. Basta con poner en contacto una pastilla de Clinitest con el pañal mojado de orina y valorar el cambio de color. Nunca dejar la pastilla en contacto directo con la piel del niño.

A las 72 horas de vida se realizan las extracciones de sangre para detección de fenilcetonuria e hipotiroidismo. Por punción de talón se obtiene una pequeña muestra de sangre que debe impregnar bien los papeles secantes de forma que aparezcan todos los círculos llenos por ambas caras. Estas determinaciones suelen hacerse en laboratorios que abarcan una extensa población.

Instrucciones para el alta

La madre debe recibir antes de su salida de la clínica el *Carnet de Salud* en donde constarán los datos correspondientes a filiación, antecedentes y nacimiento, la modalidad de alimentación con que es dado de alta y especialmente si existe alguna patología o las observaciones necesarias sobre el período perinatal, a fin de que el pediatra disponga posteriormente de la mayor información posible y de la forma más fidedigna.

Proporcionar a la madre normas sobre los cuidados del recién nacido, si es posible por escrito, aconsejándole su lectura con atención. Si precisa alguna aclaración, se procurará darle las explicaciones que sean necesarias.

En ningún caso retirar el brazalete de identificación y dejarlo para que lo haga la familia en casa.

Recordar a los padres la necesidad de seguir revisiones periódicas por su *pediatra de cabecera*.