

Conducta a seguir frente a un recién nacido en el salón de partos

A. FRENTE A UN RECIÉN NACIDO

NORMAL:

1. Tan pronto nazca, el niño deberá ser suspenso con la cabeza hacia abajo, mientras se realiza la aspiración de secreciones, mucus y sangre, de la boca y nasofaringe, mediante una sonda blanda de goma o una pera de goma preferentemente antes del primer llanto, para evitar sean aspiradas hacia el árbol bronquial cuando el recién nacido inicie su respiración.
2. El cordón será pinzado para cortarlo, *después que haya cesado de latir*. (Se ha demostrado que el niño recibe sangre adicional en proporción que alcanza 0.8 a 4.7% de su peso).
3. Se colocará al niño *de lado*, con el cuerpo en un plano *inclinado*, en un ángulo de unos 30 grados, la cabeza hacia abajo.
4. Nueva aspiración de secreciones, si es necesario.
5. Si el niño ha nacido por cesárea: se pasará una sonda al estómago (Nélaton No. 8 ó 10), realizándose aspiración del contenido gástrico.
6. El cordón se ligará a unos 3 cms. de su base de implan-

tación. Una vez seccionado, se practicará asepsia del extremo distal mediante una torunda embebida en yodo y alcohol seguida de nueva aplicación de alcohol con otra torunda.

7. *Profilaxis ocular*: instilación de 1 ó 2 gotas la solución de Nitrato de Plata al 1%, en cada ojo, seguida inmediatamente de irrigación de los mismos con solución salina fisiológica, para evitar la producción de conjuntivitis química. Se insistirá en que la solución de Nitrato de Plata sea siempre *fresca*.
8. Administración de Vitamina K: 1 ó 2 mgs. por vía intramuscular.
9. Limpieza del recién nacido con algodón *estéril*.
10. Pesarlo.
11. Toma de podogramas, manilla de identificación en los niños que van a Cuncros.
12. Bien abrigado se enviará a la Sala.

B. FRENTE A UN RECIÉN NACIDO ASFÍCTICO O CIANÓTICO:

1. El obstetra tratará que el pediatra de guardia esté presente y si es posible el anestésista.

2. Aspiración de secreciones tan pronto nace.
3. Cortar el cordón después que haya cesado de latir.
4. El recién nacido se colocará de lado y en un plano inclinado, excepto en el caso en que se sospeche la existencia de hemorragia intracraneal, en el cual la cabeza deberá siempre estar en el mismo plano, que el resto del cuerpo.
5. Si el niño no ha respirado al cabo de 1 minuto:
 - a) Limpieza de las vías aéreas superiores nuevamente.
 - b) Estimulación física: pequeños golpes sobre la planta de los pies, agua o alcohol sobre el tórax y abdomen.
 - c) Elevación y descenso de los miembros superiores rítmicamente en forma paralela al cuerpo sin compresión de la base del tórax.
 - d) Cafeína: a la dosis de 8-10 mg./Kg. I.M. o E. V. por el cordón umbilical.
 - e) Si no mejora, se hará una intubación endotraqueal por personal entrenado, que permitirá la aspiración de secreciones de la tráquea y bronquios principales y administración de oxígeno.
6. Si después de realizado lo anterior, no se ha producido la primera inspiración se pasará a los procedimientos de resucitación, o sea, la administración de oxígeno o aire a presión. Esto se logra:
 - a) Con el aparato de anestesia: se llena de oxígeno el balón y mediante la careta se administra dicho oxígeno,

no, a través de presiones rítmicas del balón, a una frecuencia de 15-20 por minuto y cuidando de no sobrepasar la presión de 20-25 cms. de agua en un recién nacido a término y de 15-20 cms. de agua si se trata de un prematuro.

Presiones superiores pueden ocasionar ruptura alveolar y bloqueo aéreo.

- b) Con el resucitador mecánico: se administra oxígeno a presión, intermitentemente y con la presión controlada. En ocasiones cuando no hay experiencias para realizar la intubación endotraqueal, se puede usar el resucitador mecánico, aunque no es lo más conveniente, siempre después de tomar las medidas que preceden a dicha intubación (5 a. b, c, d).
 - c) Respiración boca a boca: insuflación de aire directamente de la boca del operador a la del niño, a través de una gasa, a la presión mínima necesaria para lograr la expansión torácica del niño, o la penetración del aire en las cavidades alveolares, a una frecuencia aproximada de 15-20 por minuto. Puede controlarse parcialmente la presión necesaria mediante la auscultación del tórax del niño.
7. Resulta *imprescindible*, mientras se están practicando estas medidas, el mantener al niño *abrigado*, mediante paños calientes, y apagando el aire acondicionado del Salón. De

otra forma se produce un cuadro de shock por enfriamiento del niño.

8. Si habiendo realizado las primeras inspiraciones, el niño presenta cianosis, y/o la respiración es irregular:
 - a) Todas las medidas señaladas en los números 6 y 7 (estímulos físicos, estímulos químicos, intubación endotraqueal).
 - b) Administración de oxígeno mediante máscara, o directamente por la cánula endotraqueal, a razón de 2-3 litros por minuto.
9. Una vez iniciada la respiración se continuará la administración de oxígeno mediante máscara, procediendo con el resto de las medidas señaladas con los números (5) y siguientes de la Conducta Frente al Recién Nacido Normal.

C. FRENTE A UN RECIÉN NACIDO PREMATURO:

1. El obstetra tratará que el pediatra de guardia se encuentre presente en el momento del parto.
2. Cuando se sospeche que el recién nacido va a ser prematuro se tendrá preparada la bandeja estéril de la Sala de Prematuros, la que contiene también un paño estéril en su interior. Sería más conveniente tener una incubadora portátil en el Salón de Partos.
3. Aspiración de secreciones con la cabeza ligeramente hacia abajo, tan pronto nazca.

4. El cordón será cortado entre dos pinzas, después que haya cesado de latir.
5. Se recibirá al prematuro en la bandeja, cubriéndolo con un paño para darle calor. Se quita el aire acondicionado.
6. Se procederá a pesarlo, manteniéndolo envuelto en el paño, teniendo en cuenta lo que pesa la pinza y el paño.
7. Ligadura del cordón umbilical y profilaxis ocular, limpieza de la piel y podograma como en el recién nacido normal.
8. Administración de Vitamina K: 0.5 mg. por vía intramuscular.
9. Vitamina C: 100 mg. intramuscular.
10. Se enviarán a la Sala de Prematuros aquellos que pesen menos de 2,250 gms. por capacidad insuficiente del Servicio.
11. Si nace asfíctico se adoptarán las medidas señaladas en el apartado correspondiente. (Debe tenerse presente que normalmente el prematuro tiene una respiración irregular, con período de apnea).
12. Si la atención del prematuro no se realiza adecuadamente en el Salón de Partos, se debe enviar inmediatamente después de pesado a la Sala de Prematuros, donde se realizarán las medidas números 7, 8 y 9.

D. FRENTE A UN RECIÉN NACIDO EN EL CUAL SE SOSPECHE LA POSIBILIDAD DE ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR INCOMPATIBILIDAD MATERNO-FETAL (Rh ó ABO)

1. El obstetra tratará que el pediatra de guardia se encuentre

presente en el momento del parto.

2. Se tendrán preparados *dos tubos de ensayo* para recoger muestras de la sangre del cordón umbilical: uno sin coagulante para determinación de *bilirrubina*; de la segunda muestra del tubo conteniendo el anticoagulante, se tomará sangre para determinar *grupo sanguíneo, factor Rh, prueba de Coombs y dosificación de hemoglobina*.
3. El cordón será pinzado y cortado tan pronto nazca el niño, *sin esperar que cese de latir*; se retirará entonces la pinza para colectar la sangre en los dos tubos de ensayo.
4. Resto de las medidas señaladas con los No. 6 y siguientes de la Conducta Frente al Recién Nacido Normal.
5. Según los resultados de los exámenes de laboratorio se hará o no la ex-sanguíneo-transfusión.

E. FRENTE A RUPTURA DE BOLSA AMNIÓTICA PRECOZ O PREMATURA Y/O LÍQUIDO AMNIÓTICO FÉTIDO.

1. Si es un recién nacido a término y la ruptura ha tenido lugar más de 12 horas antes del parto se administrará profilácticamente:
Penicilina cristalina 150,000 U. cada 12 horas, durante 3 días.
Estreptomicina 30 mg. cada 12 horas, durante 3 días.
2. Si es un prematuro y la ruptura de bolsa ha tenido lugar más de 6 horas antes del parto se administra profilácticamente:
Penicilina cristalina de 50,000 a 100,000 U. según peso, cada 12 horas, durante 3 días.

Estreptomicina de 10 a 20 mg. según peso, cada 12 horas, durante 3 días.

ADVERTENCIAS:

1. La administración de oxígeno solamente será efectiva si las vías aéreas se encuentran permeables.
2. La insuflación boca a boca, conlleva dos grandes riesgos: ruptura alveolar por imposibilidad de controlar la presión e infección.
3. Deberá evitarse:
 - a) *Toda maniobra brusca*: El recién nacido será tratado con delicadeza; se evitarán las palmadas fuertes, la hiperflexión del niño, aún el intento de respiración artificial mediante la compresión manual del tórax (por inútil). Podrá emplearse como estímulo físico para provocar el llanto, pequeños golpes en las plantas de los pies.
 - b) La limpieza digital de la cavidad oral mediante una torunda de gasa: provoca erosiones de la mucosa que pueden conducir a moniliasis oral, úlceras (aftas de Bednar), o aún a infecciones más severas.
 - c) El pasaje repetido a través de las fosas nasales de sondas o catéteres, a veces de grueso calibre e introducidas bruscamente, provocando traumatismo con hemorragia nasal que dificultan posteriormente la respiración o la succión del recién nacido o conducen a infecciones.

- d) El baño del recién nacido en el Salón de Partos.
4. Debe clasificarse bien a los recién nacidos en cuanto al peso, para que no haya prematuros fuera del Servicio apropiado.
 5. Debe administrarse vacuna BCG a todos los recién nacidos, excepto prematuros y recién nacidos a término con patología grave.
 6. Se vigilará cuidadosamente a los recién nacidos en cuanto a: respiración, color y lesiones de la piel, ojos, ombligo, vómitos, no expulsión de meconio y caracteres de las deposiciones, carácter del llanto, reflejo de Moro y succión, motilidad y sensorio.

A LAS ENFERMERAS DEL SALÓN DE PARTOS

Medicamentos y equipos que deberán tener en el Salón para la atención y tratamiento de los recién nacidos:

- Ampulas de Vitamina K de 25 mg. por 1 ml. (para diluir añadiéndoles 9 ml. de solución salina fisiológica: de esa manera $\frac{1}{2}$ ml. contiene 1.25 mg.).
- Ampulas de Cafeína y Benzoato de Sodio de 0.50 gm. por 2 ml. (para diluir 1 ml. en 9 ml. de solución salina fisiológica; de esta manera 1 ml. contiene 25 mg. de cafeína, dosis usual para un recién nacido a término). (Para un prematuro 0.5 ml. de la solución así preparada.)
- Ampulas de Vitamina C de 100 mg.
- Sondas Nélaton Nos. 8 y 10.
- Peras de goma de 1 y 3 onzas de capacidad.

- Solución de Nitrato de Plata al 1%, *fresca*. Cambiarla cada 5to. día.
- Bandeja estéril con paño en su interior para recibir los prematuros.

Los prematuros deberán ser pesados envueltos en el paño estéril en el que se le recibió. Hay que comprobar en cada Servicio el peso del paño y pinza.

REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACION DE LECHE

1. Durante las primeras 12-24 horas no se le dará al recién nacido nada por la boca. Si tuvo una ligera asfixia o tiene vómitos se espera 24 horas.
2. A las 12-24 horas se empezará a dar el pecho poniéndolo 3 minutos en cada pecho para que estimule la secreción láctea. (Se puede a continuación dar suero glucosado hasta que tenga leche.) Cuando la madre tenga suficiente leche dar cada pecho durante 10 minutos, invirtiendo en cada tetada el orden del pecho que se da primero. Si la madre tiene mucha leche es suficiente un solo pecho durante unos 20 minutos.
3. En algunas Instituciones se emplea tres tomas de suero glucosado comenzando a las 12-24 horas, siguiendo posteriormente con el pecho. En caso de contraindicación justificada, será que no se dará el pecho, cardiopatía, enfermedades crónicas, etc.). La sífilis e incompatibilidad materno-fetal no constituyen contraindicaciones.
4. Las fórmulas se ordenarán según el número que corresponda y antes de una hora determinada al Dpto. de Dietética. (Esto puede variar según la organización general del Servicio.)
5. Se dejará preparada Banapectina al 2%, para casos de urgencia.

6. Las tomas serán individuales, o sea, que cada recién nacido tendrá los biberones preparados necesarios para las 24 horas. (La madre no podrá preparar leche en la Sala.)
7. El horario de las fórmulas y pecho: 6 a.m., 9 a.m., 12 m., 3 p.m. 6 p.m. y 12 p.m.
8. Los pomos irán limpios al Dpto. de Dietética.
9. Las enfermeras tendrán que dar charlas a las madres respecto a la instrucción de ellas en cuanto a la alimentación y el cuidado del niño, así como medios de evitar enfermedades.