

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ORGANIZACION, MANEJO Y CUIDADO EN EL SERVICIO
DE RECIEN NACIDOS DE UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL".

SERGIO ALBERTO MOLINA SEGURA

Guatemala, Junio de 1981.

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

REVISION DE LITERATURA

DESCRIPCION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo, es una contribución al estudio del problema asociado a la organización de una sala de Recién Nacidos en un hospital departamental. Dicho servicio generalmente tiene características especiales de deficiente organización, personal, equipo y un presupuesto mínimo que impide el establecimiento de un buen departamento de Recién Nacidos.

En el curso del presente trabajo se ofrecen una serie de conocimientos organizados para que sean cumplidos en beneficio de los niños que son atendidos en los servicios de recién nacidos, y algunas normas de distintos hospitales extranjeros y de nuestra capital con la finalidad de que se reconsideren en futuras organizaciones para nuestros hospitales departamentales; y así lograr disminuir el índice de mortalidad en este servicio.

Esperando que este sea un estímulo al mejoramiento de los servicios de recién nacidos a nivel de todo el país y que incentive a las autoridades correspondientes, para mejorar las condiciones de atención de nuestra población neonatal del área rural.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer el funcionamiento y actividades del servicio de recién nacidos del hospital nacional de Retalhuleu.
- 2.- Enfocar con claridad la organización de un servicio - de recién nacidos.
- 3.- Dar a conocer el equipo mínimo necesario para un mejor funcionamiento del servicio de recién nacidos.
- 4.- Fomentar una mayor comunicación entre obstetras y pediatras para mejorar el manejo y funcionamiento del servicio de recién nacidos.
- 5.- Concientizarnos en la necesidad de la atención esmerada que requieren los recién nacidos para reducir la incidencia de morbi-mortalidad a este nivel en nuestro país.
- 6.- Estimular a la organización de un personal eficiente -- y adiestrado en los servicios de recién nacidos de hospitales departamentales.
- 7.- Contribuir al estudio, análisis e interpretación del problema de organización de un servicio de recién nacidos en un hospital departamental enfatizándolo en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

MATERIAL Y METODOS

FISICOS:

- 1.- Hospital Nacional de Retalhuleu como un ejemplo del funcionamiento del servicio de recién nacidos en los - hospitales departamentales.
- 2.- Entrevista realizada al personal paramédico sobre sus conocimientos en el manejo del recién nacido.
- 3.- Bibliografía.

HUMANOS:

- 1.- Revisor y Asesor de la tesis.
- 2.- Personal paramédico laborante en el Hospital Nacional de Retalhuleu del servicio de recién nacidos.

METODOS:

- 1.- Realizar un plano del servicio de recién nacidos del - hospital Nacional de Retalhuleu. (medidas, número - de cunas, número de incubadoras, servicio de aislamiento, personal laborante.)
- 2.- Establecer que requisito llenan los recién nacidos para ser aceptados en el servicio.

- 3.- Establecer el número de partos esperados para un año en la población de Retalhuleu.
- 4.- Por medio de entrevista con el personal paramédico la borante en el servicio de recién nacidos, conocer la atención recibida por los recién nacidos.
- 5.- Por la revisión bibliográfica Nacional y Extranjera conocer las normas del servicio de recién nacidos en hos pita les capitalinos y extranjeros.
- 6.- Dar a conocer el equipo mínimo necesario con que debe de contar un servicio de recién nacidos en un hospi tal departamental de acuerdo con la demanda y con sus limitaciones económicas.

REVISION DE LITERATURA

Los primeros 28 días de vida del niño, constituyen una etapa de elevado riesgo para su existencia. En tan corto intérvalo de tiempo se acumulan para el recién nacido en apretada síntesis de la influencia de múltiples factores: Algunos vinculados a características que preceden a la concepción misma, al proceso de formación intrauterina, al momento del parto, y a los prime ros días post-natales. El resultado de tal influencia, en último término, se expresa en el truncamiento de la existencia o en la mayor o menor posibilidad de un progresivo crecimiento y desarro llo. (1,2,3,21)

En 1943 la oficina del niño, en colaboración con el comité para el estudio del feto y del recién nacido de la Academia - Americana de Pediatría, publicó el primer manual que establecía normas y recomendaciones definidas para la atención en hospi tales del recién nacido a término y prematuro. (4)

Sin embargo, existen muchos hospitales en diferentes luga res, en los cuales estas normas y recomendaciones no han sido -- aplicadas en forma sistemática.

Todo programa tendiente al mejoramiento de la atención del recién nacido hospitalizado debe basarse en la cooperación y co laboración de diferentes grupos. El problema no es exclusivamen te pediátrico, sino que concierne igualmente a tocólogos, enfer meras, administradores de hospitales y funcionarios de Salud Públi ca. (4,7).

La organización y cuidado en los servicios de recién nacidos tiene que ser basados en los siguientes seis factores:

- 1.- El limitado financiamiento disponible.
- 2.- La presión de admisiones para una adecuada acomodación.
- 3.- El corto entrenamiento del grupo.
- 4.- Las probabilidades de las culturas cruzadas.
- 5.- La necesidad de introducir las prevenciones al hospital
- 6.- La necesidad de desarrollar el hospital. (6)

A la luz de las consideraciones anteriores, cuando se analiza la situación de salud infantil en América Latina, destaca en primer término la precaria condición del menor de un año y, la de menor de un mes.

El daño perinatal expresado en frecuencia de enfermedades y muertes, es considerablemente mayor en las regiones pobres de desarrollo económico limitado, que en aquellas de los países de máximo desarrollo industrial. Esta alta mortalidad neonatal se explica de una manera general por factores socioeconómicos ligados al bajo nivel de vida de la mayor parte de la población; pero en términos más específicos tal situación estaría sugiriendo, que el mejorar la disponibilidad y la calidad de la atención médica puede lograrse en corto tiempo avances significativos. (4,5,7,24)

Operativamente la mortalidad infantil abarca el período de un año y se acostumbra dividirla en dos fases en función de una mayor o menor riesgo y el agrupamiento de las determi-

nantes causales promedio. Así, aquella que ocurre durante el primer mes de vida, o sea en un período objetivamente de mayor riesgo, cuya causalidad promedio de asocia a la gestación, embarazo, parto y adaptación al nuevo ambiente extrauterino, se le denomina mortalidad neonatal; y a la que sucede entre el primer y el onceavo mes cuyo riesgo o probabilidad de ocurrencia es menor, debido a las posibilidades de prevención ya que su causalidad se vincula más a los factores ambientales en general se le llama Mortalidad Infantil Tardía. (2,4,5)

Las dos terceras partes de las muertes durante el primer año de vida ocurren en los primeros 28 días después del nacimiento, y de éstas, el 58% ocurrirá entre las primeras 24 horas de nacido. Usualmente mueren de una de las 5 principales causas:

- Infección.
- Síndrome de Dificultad Respiratoria.
- Hipoxia por ventilación inadecuada.
- Hipoxia Intraparto.
- Malformaciones congénitas.

Las tres primeras son principalmente secundarias a prematuridad. (2,5)

SERVICIO DE RECIEN NACIDOS

AREA FISICA:

En la proyección de las instalaciones para la atención del recién nacido deben considerarse factores tales como la ubicación, capacidad, distribución del espacio, condiciones del me-

dio y equipo que ha de destinarse para:

- Servicio Regulares.
- Servicio de Admisión y Observación.
- Sala de Aislamiento.

SERVICIO REGULARES

UBICACION:

La maternidad y el servicio de recién nacidos deben estar separados e independientes de los otros servicios. Es preferible que ocupen un servicio separado o bien pisos completos de un edificio. En particular deben estar separados de cualquier servicio de hospital en el cual se asistan pacientes con enfermedades transmisibles.

El servicio de recién nacidos debe hallarse muy próximo a la sala de post-parto. (1,4,7,26,31)

CAPACIDAD:

El número de cunas debe ser igual al de camas para puérperas no infectadas. Las salas deben de ser pequeñas. Los argumentos más importantes en favor de la sala pequeña son:

- Limitar el número de contactos en el caso de que sobrevenga una infección de uno o varios niños de un servicio.
- Limitar el número de niños atendidos por cada miembro del personal de enfermería y auxiliar.

En los hospitales nuevos, o en aquellos donde se proyectan modificaciones, las salas del servicio deben de ser diseñadas para no más de 12 niños, preferiblemente para no más de 8. Una idea práctica desde el punto de vista del espacio de trabajo y distribución del personal, es la de disponer de un departamento con dos salas de 8 a 12 niños cada una, ambas comunicadas entre sí por un recinto común de trabajo.

DISTRIBUCION DEL ESPACIO:

Al distribuir el espacio debe considerarse no solo el que ocupa el niño, sino además el necesario para un lavado, calentador de frascos, balanza, tambor para pañales, cestos para ropa etc., y reducir así a un mínimo las posibilidades de infección cruzada.

Se recomienda destinar un mínimo de 2.25 mts. cuadrados por cada niño. Es mejor destinarle 2.75 mts. cuadrados. El espacio debe estar distribuido de tal forma que queden 60 cms de distancia entre las cunas. Por ejemplo una sala para 8 niños tendría un mínimo de 18 mts. cuadrados o mejor 22 mts. cuadrados. (1,4,7,21,22)

CONDICIONES DEL MEDIO:

Las salas deben de estar bien alumbradas y ventiladas a una temperatura constante, controlada termostáticamente, de unos 24° C. Las paredes deben de ser de colores claros sin reflejos con un material y un diseño simple fácilmente limpiables. Las cunas y los closets deben ser de un metal fuerte y de color blanco. Por las noches una luz central en el servicio es

esencial o ya sea luces individuales para cada cuna o luces -
movibles que se puedan llevar cuando sea necesario a cada -
cuna. Todas las ventanas deben de estar provistas de tela de
alambre si se abren en época calurosa y permitan un cierre -
adecuado durante el tiempo frío. (22)

No se considera necesario ni práctico refrescar el aire
en los servicios para niños nacidos a término.

Las cunas no deben de ser colocadas muy cerca de las
paredes exteriores o de las ventanas abiertas. (4,5,7,8)

EQUIPO:

No se aconseja el uso de cortinas, ni persianas. Aparte
de la dificultad de mantener limpias impide la observación
de los niños por el personal.

Los cubículos o separaciones individuales no impiden -
las infecciones cruzadas y además aumentan las dificultades
de la limpieza por lo tanto no se recomienda.

Debe disponerse de un enchufe eléctrico por cada dos
cunas, siempre que sea posible el oxígeno debe ser llevado
hasta las salas por cañerías para ahorrar personal, tiempo y
espacio, evitando así movimiento innecesario de personas en
la sala.

Cada sala debe estar dotada de su propio lavabo, con
agua corriente caliente y fría, provisto de unapalanca de-
control accionable con el brazo, rodilla o pié, de preferen-
cia estos últimos, ubicado de tal modo que evite viajes lar-
gos a las enfermeras. Es indispensable una provisión suficien-

te de toallas de papel. Algunos de los detergentes y otras -
sustancias semejantes son preferibles al jabón.

Cerca del lavabo se dispondrá de un recipiente para -
pañales con tapa de pedal y otro recipiente para la ropa u--
sada.

Cada sala debe tener una balanza con fiel automático
o fin de asegurar la exactitud de las pesadas y economizar ti-
empo. (1,4,6,28)

En cada sala debe existir un calentador de biberones -
con capacidad suficiente para los que son usados en la lactan-
cia artificial.

Cada niño debe tener su cuna individual con comparti-
mientos para mantener una cantidad suficiente de pañales, -
camisetas, un termómetro y torundas de algodón.

En cada sala deben de haber sillas para que los niños -
que no se puedan llevar a sus madres a lactar, puedan ser sos-
tenidos correctamente mientras se les alimenta. (1,4,6)

En este servicio es importante el uso de equipo desecha-
ble, sale más barato, más eficiente y de mayor ayuda al re--
ducir la infección cruzada. Aunque es muy difícil, por no -
decir imposible convencer a los administradores que el extra-
costo inmediato es mejor que cubrir a largo término el gasto -
de antibióticos. (6).

SALA DE OBSERVACION

Debe habilitarse una sala de observación para niños con
sospecha de un proceso infeccioso, de manera que sea posible

aislarlos transitoriamente y observarlos con mayor atención. Se trata de una instalación reversible si se aclara que el niño no está infectado y si no ha estado expuesto a una infección comprobada durante su estadía en la sala de observación, puede regresar a la sala de niños sanos. Pero si se confirma el diagnóstico de infección, será necesario trasladarlo inmediatamente a la sala de aislamiento. (4,7)

UBICACION:

La sala de observación debe de estar próxima al servicio regular a fin de asegurar una atención y supervisión de enfermería más cuidadosas.

CAPACIDAD:

Habitualmente se requiere una cuna de observación por cada 10 a 15 cunas del servicio regular.

DISTRIBUCION DEL ESPACIO, CONDICIONES DEL MEDIO Y EQUIPO:

Las normas y recomendaciones que se formulan para una sala de observación son similares a las indicadas para los servicios regulares.

ANTESALA:

La sección destinada a observación debe contar con una antesala en ella debe de haber un lavabo, equipo de esterilización de biberones, tetillas usadas y un ropero para batas y mascarillas.

SALA DE AISLAMIENTO

Debe de habilitarse una sala de aislamiento para la atención de los recién nacidos con diagnóstico confirmado de infección.

UBICACION:

El aislamiento de los recién nacidos puede realizarse de varias maneras:

- 1.- En el servicio de pediatría del hospital.
- 2.- Mediante su traslado a un servicio de pediatría de otros hospital, si no se dispone de este tipo de atención especial en el hospital de nacimiento.
- 3.- En una sala situada en otro punto del hospital. Esta última es lo menos recomendable.

En caso de existir una sala especialmente para aislamiento se recomienda:

CAPACIDAD:

Una cuna en la sala de aislamiento por cada 30 cunas en el servicio regular.

DISTRIBUCION DEL ESPACIO:

Se recomienda asignar 3.75 mts. cuadrados por cada cuna en la sala de aislamiento. (9).

INSTALACION ACCESORIA:

Además de las unidades ya mencionadas, el hospital debe suministrar un cuarto para vestuario de las enfermeras, donde puedan cambiar su ropa de calle por la que utilizarán dentro del servicio de recién nacidos, con la existencia de un armario para artículos de limpieza, los paños, baldes utilizados en el servicio, que no deberán ser utilizados en otros lugares. (1,4)

COCINA DIETETICA PARA LACTANTES:

La disposición y los procedimientos a emplearse en la cocina dietética para los lactantes deben ser cuidadosamente planeados en los hospitales que proveen asistencia al recién nacido.

Se prestará particular atención a los siguientes factores:

- Ubicación.
- Construcción.
- Equipo.
- Personal.
- Preparación de los biberones.

UBICACION:

La ubicación de la cocina dietética y la supervisión de la preparación de fórmulas variarán según el personal de que se disponga y los problemas peculiares de cada hospital.

Debe habilitarse un cuarto especial para la preparación de los alimentos. Este cuarto no debe utilizarse para ningún otro fin. Estará situado en un lugar donde la contaminación sea mínima y cerca del servicio de recién nacidos, cocina central o despensa.

CONSTRUCCION:

Se recomienda que la cocina dietética conste de dos secciones:

- Cuarto de limpieza donde se recibirá y lavará la cristalería, las tetillas y los utensilios.
 - Cuarto para la preparación, calentamiento final y almacenamiento de biberones y fórmulas alimenticias especiales.
- Estas deben de comunicarse por una ventana corrediza.

EQUIPO:

El equipo mínimo para el cuarto de limpieza consiste en un lavabo, un mostrador de trabajo con dos piletas, un lavador y enjuagador mecánico de botellas, estantes, canastillos para los biberones y un carro para el transporte de botellas y armarios apropiados.

PERSONAL:

Quién supervisa la cocina dietética debe ser una persona especializada en la preparación de fórmulas y en técnicas de esterilización. Debe adiestrar y dirigir a todo el personal

de la cocina dietética. Las personas que trabajen en esta - sección deben usar batas y gorros y no deberán tener contacto alguno con enfermos infecciosos. (2,4,28)

PERSONAL LABORANTE EN EL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS

PERSONAL MEDICO Y SUS NORMAS:

Dicho personal debe actuar en estrecha relación con el personal obstétrico.

Debe existir un médico jefe quién de preferencia será un pediatra con preparación especial y experiencia en la - atención del recién nacido a término y prematuro.

El médico jefe debe tener a su cargo:

- Las actividades ordinarias.
- Las visitas
- El recorrido de las salas.
- Las reuniones clínicas y clinico-patológicas.
- Los formularios de registro.
- Los sistemas de registro.
- La distribución de trabajo entre el personal.
- Los programas de exámenes obligatorios.

Actividades Ordinarias:

El médico jefe debe fijar y hacer cumplir todos los - aspectos de la atención específica y habitual del enfermo. - Aunque defina estas actividades con la colaboración del personal médico y de enfermería, debe quedar claramente estable

cida su autoridad para asegurar su cumplimiento. Las actividades ordinarias deben distribuirse por escrito entre médicos y enfermeras.

Visitas de Sala:

El médico jefe o su representante deben efectuar visi-tas diarias al servicio. Este debe dirigir las visitas y las reu-niones clínicas relacionadas con problemas de la madre y del recién nacido.

Reuniones Clínico-Patológicas:

Se organizarán estas en cooperación con el personal de obstetricia y anestesiología con el fin de estudiar las causas de las muertes de los recién nacidos. Las enfermeras al igual que los médicos deben de asistir a estas reuniones.

Sistemas y Formularios de Registro:

El médico jefe es responsable del cumplimiento del re-gistro escrito así como aprobar la elección o el diseño de formularios para el registro de la historia, examen físico y evo-lución clínica de cada lactante.

Distribución del Trabajo:

La guardia debe cubrirse en forma permanente por un - médico del servicio, quién se debe encontrar presente en la sala de partos cuando se atienda un parto distócico, partos - prematuros.

Hay una hora médico para cada doce recién nacidos -

normales y una hora médico por cada recién nacido patológico (1,4,7,23).

PERSONAL DE ENFERMERÍA:

La atención del recién nacido debe estar en todo momento bajo la supervisión inmediata de una enfermera diplomada con especialización avanzada y experiencia en el cuidado de niños nacidos a término y prematuro. (4,7).

- Debe de ser por lo menos 1 hora enfermera por cada 3 prematuros o recién nacidos patológicos.
- Debe de ser por lo menos una hora enfermera por cada 8 recién nacidos a término o normales.
- Debe de ser 1 hora auxiliar de enfermería por cada 2 recién nacidos normales. Una hora de auxiliar de enfermería por cada 0.75 recién nacidos patológicos. (1,4)

El personal auxiliar debe recibir adiestramiento antes de su designación para la atención de los niños, y trabajar bajo la supervisión del cuerpo de enfermeras diplomadas. Sus funciones deben de ser especificadas con claridad y por escrito. El trabajo que se les asigne debe ser proporcional a su educación, adiestramiento y experiencia.

Para la atención en la sala de observación, cuando el número de niños internados no requiere la existencia de un equipo especial de enfermeras, se asignará a una persona del servicio la responsabilidad del cuidado de estos niños en cada turno de 8 horas. (1,4,7,23)

El personal debe recibir entrenamiento sobre asepsia y antisepsia, microbiología, higiene y saneamiento. Permanen

temente se realizarán charlas educativas y reuniones técnicas para analizar y cambiar ideas sobre medidas de prevención, seguridad y tratamiento.

No debe permitirse el trabajo directo de personas que lleguen a ocupar cargos por reemplazos, substituciones, etc., sin recibir amplia información sobre las actividades específicas en este campo.

Control de salud del personal:

- 1.- Examen médico al ingreso (incluyendo examen dental).
- 2.- Certificación médica ante cada enfermedad del personal.
- 3.- Realizar exámenes periódicos por lo menos una vez al año y ante cada brote epidémico de frotis nasofaríngeo, coprocultivo o el que se considere necesario. Exclución de cualquier funcionario con infecciones respiratorias, cutáneas o digestivas. (1,4,31)

PROCEDIMIENTO BASICOS

La cuna y el equipo del recién nacido constituyen unidades individuales. En consecuencia, es necesario lavarse las manos antes y después de tocar a cada niño. Todos los cuidados deben de ser proporcionados al niño en su propia cuna. No debe haber artículos de uso común como mesas de baño o de vestir.

TECNICA DEL LAVADO DE MANOS:

- Abrir las llaves del agua.
 - Enjabonarse las manos y antebrazos con jabón bactericida, (hexoclorofeno) hasta el codo en forma completa, cu
- *

briendo todas las superficies sin descuidar los espacios interdigitales y las caras laterales de los quintos dedos con abundante espuma.

- Enjaguar las manos y dejar escurrir el agua por los brazos desde las manos hacia los codos.
- Secar las manos con servilleta de papel o de género esterilizado utilizable una vez, primero las manos y luego proseguir en dirección hacia el codo. Si las llaves son de manía se cierran con la servilleta que se usó para secarse las manos y que finalmente se elimina en una bolsa de papel.
- El personal debe mantener las uñas cortas y mantenerlas siempre limpias. No usar anillos ni reloj de pulsera.

BATAS:

Antes de entrar a la sala, todo el personal debe lavarse las manos y colocarse las batas.

Técnica para colocarse la bata:

- Tomar la bata colgada en la unidad del niño, del cuello e introducir primero una mano y luego la otra.
- Atar las amarras del cuello sin tocar el gorro o pelo del operador.
- Atar las amarras de la cintura cruzando la parte posterior de la bata y cubriendo totalmente la bata del uniforme.

Procedimiento para quitarse la bata:

- Desatar las amarras de la cintura, lavarse las manos.
- Desatar las amarras de cuello, con el movimiento de uno de los hombros se desliza la manga del mismo lado

hacia la mano cubriéndola. Con esta mano cubierta se saca la otra manga completamente y luego se termina - se saca la bata tomándola de la parte del cuello. Se introduce un hombro en el otro y se cuelga dejando la parte de adelante hacia la unidad del niño.

En condiciones corrientes no es necesario el cambio de bata más de una vez por día, salvo cuando se haya ensuciado al atender a un niño. Toda persona en la sala de observación o aislamiento debe colocarse una bata limpia, pero dejarla en la sala antes de salir. En la sala de aislamiento se utilizará la técnica de las batas individuales para cada niño.

El uso de gorros es optativo, pero si se usan, deben colocarse antes del lavado de manos.

La ropa de calle debe ser cambiada por ropa de trabajo hospitalario, pantalones, blusas y sobre ellas se colocan las batas esterilizadas. Queda estrictamente prohibido el salir con el equipo de trabajo (ropa esterilizada) a otras dependencias anexas o vecinas a las salas de recién nacidos. (1,2,4, - 23).

ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS.

El recién nacido necesita de una atención inmediata en la misma sala de partos. El ideal de la puericultura moderna es la asistencia exclusiva del niño por una persona especializada que precinda de la atención de los otros problemas propios del parto.

La atención del recién nacido significa cumplir con una

serie de actividades con la máxima rapidez, evitando así el enfriamiento del niño. Este debe colocarse de inmediato a su nacimiento en un plano por lo menos 20 cms. inferior al plano del cuerpo de la madre.

Se realiza la ligadura del cordón umbilical con el objeto de precaverse de hemorragias por el mismo, aunque teóricamente en muchísimos casos no sea necesaria, siendo suficiente una simple onfalotripsia (trituration del cordón y sus vasos con un clamp).

El momento oportuno para proceder a la ligadura es el del cese de los latidos funiculares. Entre el nacimiento y la cesación de latidos pasan de la placenta al feto unos 90 a 100 cm. cúbicos de sangre, lo que para el niño significa un aporte sanguíneo de importancia.

La técnica de preferencia para la ligadura es la siguiente:

- Cesados los latidos en el cordón, se coloca una pinza Kocher a 2-3 cms. de su inserción umbilical y una segunda pinza a 2-3 cms. de esta en dirección, a la placenta, seccionando entre ambas con la tijera, retirando la pinza colocada junto al ombligo, se la sustituye por una ligadura para lo que se utiliza hilo de seda, algodón o lino grueso, estéril efectuándose la ligadura con nudo quirúrgico. Para asegurar la hemostasia, algunos rodean nuevamente el cordón con el mismo hilo, practicando un segundo nudo simple. Se entiende que todas estas maniobras se efectuarán bajo rigurosa asepsia, y que al término de las mismas se tocará la su-

perficie cruenta del muñón con un antiséptico, examinando a la vez los componentes del cordón. (1,4,10, 21,22,27,28,30,31)

Condiciones Generales:

Pinzamiento inmediato del cordón: En los recién nacidos con asfixia neonatal (depresión respiratoria grave), enfermedad hemolítica por factor Rh y también cuando la madre ha recibido anestesia por inhalación o pentotal.

- La expresión del cordón aumenta la volemia (aproximadamente 20%), sin beneficios evidentes en los recién nacidos a término normales. NO DEBE EFECTUARSE en los niños con enfermedad hemolítica por factor Rh, sospecha de hemorragia intracraneana, insuficiencia cardíaca o bajo peso de nacimiento.
- Debe observarse la respiración del recién nacido que normalmente es casi por completo diafragmática, con el resultado de que la parte anterior blanda del tórax suele retraerse hacia dentro durante la inspiración, al paso que sobresale el abdomen. (2)

Equipo para inducir la respiración:

- 1.- Puede necesitarse una pera de aspiración o bien un dispositivo mecánico de succión para la aspiración suave a nivel de la faringe, y ocasionalmente una sonda semi rígida para la aspiración de la tráquea en los niños asfixiados.

- 2.- Debe disponerse de una camilla de reanimación.
- 3.- La sala de partos debe disponerse de un cilindro con oxígeno puro, que permita su administración mediante máscara, cuando sea necesario.
- 4.- Deben prohibirse las siguientes maniobras: Limpieza manual de la boca y ordenamiento traqueal.

ASPIRACION:

Consideraciones Generales:

Producido el parto y antes de seccionar el cordón, -- excepto en los casos en que este se corte de inmediato, la -- persona que atiende o ayuda al parto procederá a la inmediata aspiración nasal, bucal y faríngea colocando al recién nacido en posición de Trendelenburg y en un plano inferior al del periné.

En los recién nacidos cubiertos de meconio o secreciones mucosanguinolentas espesas se realizará además la aspiración gástrica. A fin de efectuar este último procedimiento -- con mayor comodidad, podrá diferirse el mismo hasta momentos después de la sección del cordón.

La técnica debe ser cuidadosa y de breve duración pues to que si es brusca o prolongada se puede producir en algunas ocasiones bradicardia, espasmo laríngeo reflejo o sangramien to.

TERMORREGULACION:

Consideraciones Generales:

- En el útero gravídico existe una gradiente térmica materno-fetal.
- En condiciones normales la temperatura fetal es aproximadamente 0.5 °C superior a la materna.
- Al nacer, la temperatura corporal cae rápidamente -- (0.1 a 0.3 °C por minuto), este descenso es más acentua do en los niños de bajo peso de nacimiento y si la tem peratura ambiental es inadecuada (inferior a 28 °C).
- La pérdida calórica se produce por radiación (66%), e vaporación, conducción y convección.
- La disminución de temperatura en el recién nacido se de be a evaporación del líquido amniótico a una acentuada gradiente térmica entre el ambiente y el cuerpo mayor -- conductibilidad térmica y superficie corporal.
- El enfriamiento puede determinar riesgo de hipoglicemia mayor consumo de oxígeno y acidosis metabólica que per siste de 24 a 72 horas en condiciones inadecuadas (tem peratura ambiente inferior a 28 °C) y que es más prolon gada y severa en los niños de bajo peso de nacimiento, -- más aún si estos presentan asfixia o síndrome de dificultad respiratoria.
- Debe tratar de mantenerse al recién nacido en ambiente -- térmico neutral, situación en la que el consumo de oxígeno es mínimo, o sea en condiciones tales que la diferen cia entre la temperatura corporal profunda y la cutánea -- (supraumbilical) no sea mayor de 1 °C. y la diferencia en tre la temperatura cutánea y la ambiental no sea superior a 1.5 a 2 °C.

Conducta:

- Recibir al recién nacido en la sala de partos en mantillas, sabanillas calentadas previamente, depositarlo en cuna calefaccionada, secarlo y cambiar de envoltura.
- Donde existan condiciones materiales, la temperatura ambiente será mantenida alrededor de 28 C. en las salas de atención del recién nacido inmediato.
- La temperatura para los niños colocados en incubadoras al ingreso debe estar entre 30-35 C. dependiendo este rango de la madurez y condiciones del niño con un 50-60% de humedad.
- Si no existe la posibilidad de mantener la temperatura ambiente sobre 28 C. ni de contar con cunas calefaccionadas, debe calentarse al recién nacido mediante cantimploras o bolsas de agua caliente envueltas con frazadas y además colocar una fuente de calor radiante cercana.
- Mientras el recién nacido no regule su temperatura, se controlará la misma cada hora. Una vez lograda la termorregulación corporal, el control de temperatura se efectuará cada 6 horas.
- Se considerará la temperatura estabilizada cuando esta corresponda a la definida como "ambiente térmico neutral" o por lo menos cuando la temperatura rectal sea superior a 36.5 C - 37 C. y la axilar a 36 - 36.5 C.
- En los niños con hipotermia severa, será recomendable determinar simultáneamente el equilibrio ácido-básico (1,2,4,10,11,14,30).

PROFILAXIS DE LA OFTALMIA GONOCOCCICA:

Esta afección, producida por el gonococo de Neisser, recogido por las conjuntivas del feto a su paso por el canal vaginal, produce en este una conjuntivitis purulenta, la que, no tiene riesgo vital para el niño, al curar la cicatrización conduce a una opacidad de la córnea que determina la ceguera. (10)

- Los ojos del recién nacido deben ser protegidos con una solución de nitrato de plata al 1%, una gota en cada ojo. (1,2,4,10,11)
- La irrigación de los ojos con solución salina isotónica, practicada inmediatamente después de la instilación de la solución argéntica, reduce según se afirma, la frecuencia de la conjuntivitis química, sin disminuir la eficacia profiláctica del nitrato de plata. (1,2)

APRECIACION DEL ESTADO FISICO:

- Debe efectuarse un rápido examen con el objeto de descartar defectos y enfermedades importantes.
- Es preferible postergar el examen detenido, inclusive las mediciones de talla y peso, hasta que la condición del recién nacido se haya estabilizado.

Valoración del Recién Nacido por el Método de Puntuación - de Apgar.

SIGNOS

PUNTAJES

0

1

2

Frecuencia Cardíaca

Ausente

Lenta inferior a 100

Superior a 100

Esfuerzo Respiratorio

Ausente

Llanto débil-hipoventilación

Bueno, llanto fuerte.

Tono Muscular

Flaccidez

Cierta flexión de Extremidades.

Mov. activo extremidades bien flex.

Irritabilidad refleja (respuesta a la estimulación de la planta del pie)

Sin respuesta.

Muecas.

Llanto.

Color.

Azul Pálido

Cuerpo rosado extre. azules

Totalmente rosado.

- A los 60 segundos del nacimiento del niño se valoran y suman los cinco signos en el orden consignado y se anotan tanto los puntajes parciales como el total.
- Así se obtiene un puntaje total variable entre 0 y 10.
- Puntajes 0-1-2-3- revelan asfixia neonatal (hipoxia o anoxia intrauterina, depresión anestésica grave, apnea del recién nacido) y por lo tanto necesidad de reanimación inmediata.
- En todos los casos de asfixia neonatal se repetirá y anotará la valoración cada 5 minutos hasta observar el ascenso.

- Si el puntaje persiste bajo a los 5 minutos, el riesgo de daño neurológico es mayor.
- Puntajes de 4-5-6 revelan depresión moderada que necesita tratamiento y nueva valoración cada 5 minutos hasta observar su normalización. Si después de la primera determinación baja el puntaje a menos de 4, se recurrirá también a reanimación inmediata.
- Los valores de 7-8-9-10 corresponden a niños generalmente normales.

Técnica:

- Será efectuado por médico o enfermera debidamente entrenados en el manejo de la tabla.
- La frecuencia cardíaca puede apreciarse mediante la palpación del cordón, auscultación del corazón o palpación del choque de la punta.
- El esfuerzo respiratorio se traduce tanto en la intensidad del llanto como en el de la respiración.
- El tono muscular está claramente definido en la tabla.
- La irritabilidad refleja se obtiene golpeando rápida y tangencialmente la planta del pie o adentrando ligeramente la punta de una sonda de goma al realizar la respiración faríngea y nasal. En el primer caso la respuesta es el llanto y en el segundo la tos o el estornudo.
- La apreciación del color está bien establecida en la tabla.
- Para una mejor precisión cronológica, es conveniente contar con un reloj de pared con segundero en la sala de partos. (1,2,4,7,10,14,23)

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRAGICA DEL RECIEN NACIDO:

- Tiende a prevenir la enfermedad hemorrágica por deficiencia de vitamina K en los primeros días de vida.
- Inyección por vía intramuscular de vitamina K natural, (Konakió), dentro de las primeras 24 horas de vida en todo recién nacido. Dosis: 0.5 mg. en los niños de bajo peso al nacimiento; 1mg. en los recién nacidos de término. (1,2,7)

IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO:

Entre el parto y el momento de alta existen muchas oportunidades para que el niño sea colocado en un lugar equivocado o cambiado por otro. Por lo tanto, para impedir que ocurra tal cosa, el hospital debe instruir a todo el personal acerca de la importancia de:

- Los principios de la identificación
- El procedimiento para la identificación

Principios de la Identificación:

- 1.- El hospital debe adoptar medidas para la identificación correcta del niño en el momento de su nacimiento. Esta identificación deberá realizarse en la sala de partos, antes de que la madre y el niño salgan de ella.

Por razones legales tienen gran importancia las siguientes técnicas destinadas a que el hospital puede probar siempre que determinado niño es hijo de determinada madre.

- 2.- Dentro de la sala de partos deberán colocarse al niño dos identificaciones idénticas. Estos deben ser claramente visibles y utilizados por los médicos y enfermeras cada vez que se cambia de lugar al niño.
- 3.- Los medios de identificación deben especificar el nombre completo y número de ingreso de la madre, el sexo del niño, la fecha y hora del nacimiento, y otros datos que ayuden a establecer una correlación clara con la identidad de la madre. Los errores en la anotación del sexo deben evitarse mediante el uso de los términos femeninos y masculino.
- 4.- Cuando se toman las impresiones plantares, digitales o palmares mediante una técnica correcta y bajo la supervisión experta, este sistema de identificación tiene valor de exactitud. Bien ejecutado, el sistema de impresiones es el único medio de identificación seguro.
- 5.- Los medios de identificación del niño deben ser reconocidos expresamente por la madre o por la persona que retira al niño del hospital. Uno de estos medios deben conservarse como parte de la ficha hospitalaria del niño.
- 6.- Debe informarse a todas las madres internadas en la maternidad sobre el sistema de identificación utilizado, así como señalar su responsabilidad en el control de la identificación que lleva el niño cada vez que este es llevado junto a su cama y cuando se le traslada a su domicilio.

Procedimiento para la identificación:

Medios de identificación:

- 1.- Los medios de identificación son atados a las muñecas o tobillos por duplicación.
- 2.- Son medios apropiados las cintas atadas o cosidas, las fajas a prueba de agua y de aceite, o cualquier medio de identificación semejante, sobre el cual se registran los datos señalados en el inciso No. 3.

Sala de Partos:

- 1.- Los medios de identificación se preparan separadamente para cada niño y son responsabilidad de la enfermera a cargo de la sala de partos. Todos los medios de identificación deben ser colocados al recién nacido inmediatamente después del parto.
- 2.- Antes de llevar al niño a su sala, la enfermera supervisora y el médico controlan todos los medios de identificación, para comprobar si están registrados en ellos el nombre y número de ingreso de la madre, la fecha y hora del nacimiento y el sexo del niño. Simultáneamente se colocan los mismos datos de identificación en el registro del nacimiento del niño.

Servicio de Recién Nacidos:

- 1.- Cuando el niño llega al servicio de recién nacidos, la enfermera de la sala de partos y la enfermera de recién nacidos hacen un control para verificar que los datos de

todos los medios de identificación y los del registro de nacimiento del niño sean idénticos. Se verifica el sexo del niño y ambas enfermeras firman el registro de nacimiento.

- 2.- La tarjeta de identificación del niño para la cuna es llevada por la enfermera del servicio, quién la asegura a la cuna.
- 3.- Los medios de identificación del niño y las tarjetas de la cuna deben ser revisados cada vez que se retira o devuelve al niño a su cuna.

Presentación a la madre:

- 1.- En la primera presentación del niño a su madre se explicará el sistema de control y los procedimientos de identificación. Así mismo se da instrucciones a la madre en el sentido de que revise los medios de identificación del niño cada vez que lo reciba. Debe mostrarse el sexo del niño a la madre.

Alta del niño y de la madre:

- 1.- En el momento del alta todos los medios de identificación son confrontados, en la sala con la tarjeta de la cuna y con el registro de nacimiento del niño por la enfermera jefe o por la enfermera diplomada a cargo de la sala.
- 2.- El niño es llevado a la madre o a la persona que lo toma en custodia. La madre revisa todos los medios de identificación del niño, firma un testimonio de que acepta a

su hijo como el propio. Sirve de testigo a esta firma la enfermera diplomada a cargo de la sala, el medio de identificación del niño se quita y es archivado ad juntamente con el registro de nacimiento correspon- diente. (1,4,7,10,11,14)

DISPOSICIONES PERMANENTES DEL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS

Una vez que el recién nacido ha sido trasladado desde la sala de partos hasta la sala regular debe ser objeto de un mínimo de manipulación. No obstante ello, se dedicará máxima atención a las técnicas de cuidado individual.

Cada niño debe ser atendido teniendo siempre presen te que sea cual fuere el lugar de su nacimiento, este es po- tencialmente peligroso como fuente de infección. Muchas epidemias han estallado en las llamadas "Salas Limpias". En consecuencia es necesario lavarse las manos antes y des- pués de tocar a cada niño. (4)

El recién nacido debe hallarse bajo observación cons- tante. La cuna de todo niño recién llegado a la sala debe ser colocado en un lugar donde pueda ser debidamente obser- vado.

Debe vigilarse su aspecto general, especialmente en cuanto a la aparición de cianosis o hemorragias. Para ello es necesario quitarle la ropa o pañal a fin de examinar el - cordón. Debe vigilarse la aparición de disnea o de vómitos y observar el momento de emisión de las primeras heces y orina.

ADMISION:

Serán admitidos en el servicio de recién nacidos SOLA MENTE los niños nacidos en la sala de partos o en los pabellones de cirugía del hospital. (4,2,28)

EXAMEN FISICO DEL RECIEN NACIDO:

El examen físico inicial del recién nacido, que debe - realizarse lo más pronto posible después del nacimiento, tiene un doble objetivo:

- Descubrir posibles anomalías.
- Establecer una base de referencia para los exámenes ul teriores.

El examen del recién nacido requiere práctica, pacien cia cuidado, flexibilidad en relación con los procedimientos habituales. Así si el niño está quieto y relajado en el momento de verle, se efectuará en primer lugar la palpación del abdomen o la auscultación del corazón antes de proceder a maniobras más molestas. (2).

El médico deberá escribir su apreciación clínica del ni ño inmediatamente después de su ingreso. El detalle con que se efectue este examen dependerá de su opinión sobre el esta do general de niño. Debe incluir siempre una inspección cui dadosa del color, de la actividad y de la respiración, y debe rá buscar cuidadosamente cualquier signo de hemorragia. De be ser incluido la edad gestacional del recién nacido por el - método de Dubowitz y una comparación de su edad gestacio- nal con el peso de nacimiento. (ver gráfica de ref. U. de co lorado Battaglia F. y Lubchenco L. (1,4,28,31)

Método cuantitativo para determinar la edad gestacional del recién nacido de Dubowitz simplificado y adaptado por Capurro y Schwartz del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

Método de Dubowitz simplificado:

1.- El examen debe realizarse en la siguiente condiciones:

- Entre 12 y 48 hrs. de vida.
- Dos horas después de la comida.
- En vigilia tranquila.
- Evitando el enfriamiento.
- Evitando manipulaciones bruscas en el R.N.

2.- Parámetro del recién nacido considerados por este método y puntajes adjudicados.

En los recién nacidos sin agravio encefálico, se consideran parámetros físicos y neurológicos.

EXAMEN		PUNTAJE				
F	A) Textura de la piel	0	5	10	15	20
I	B) Forma de oreja	0	8	16	24	
S	C) Glándula mamaria	0	5	10	15	
I						
C	D) Pliegues Plantares	0	5	10	15	20
O	E) Formación del Pezón	0	5	10	15	

ESCALA DE ADJUDICACION DE PUNTAJE POR PARAMETRO

A) Textura de la piel:

- Muy fina, gelatinosa
- Fina y lisa
- Algo más gruesa, discreta descamación superficial
- Gruesa, grieta superficiales, descamación en manos y pies.
- Gruesa, apergaminada con grietas profundas.

B) Forma de la oreja:

- Chata, deforme, pabellón no incurbado
- Pabellón, parcialmente incurbado en el borde
- Pabellón parcialmente incurbado en toda la parte superior.
- Pabellón totalmente incurbado

C) Glándula mamaria:

- No palpable
- Palpable, menor de 5 mm.
- Entre 5 y 10 mm.
- Mayor de 10 mm.

D) Pliegues Plantares:

- Sin pliegues
- Marcas mal definidas sobre la parte anterior de la planta.
- Marcas bien definidas sobre la mitad anterior, y surcos en el tercio anterior.
- Surcos, en la mitad anterior de las plantas
- Surcos, en más de la mitad anterior de las plantas,

E) Formación del Pezón:

- 0.- Apenas visible. No areola
- 5.- Pezón bien definido. Areola lisa y chata. Diámetro: menos de 0.75 cm.
- 10.- Pezón bien definido. Areola punteada. Borde no levantado. Diámetro: menos de 0.75 cm.
- 15.- Pezón bien definido. Areola punteada. Borde levantado. Diámetro: mayor de 0.75 cm.

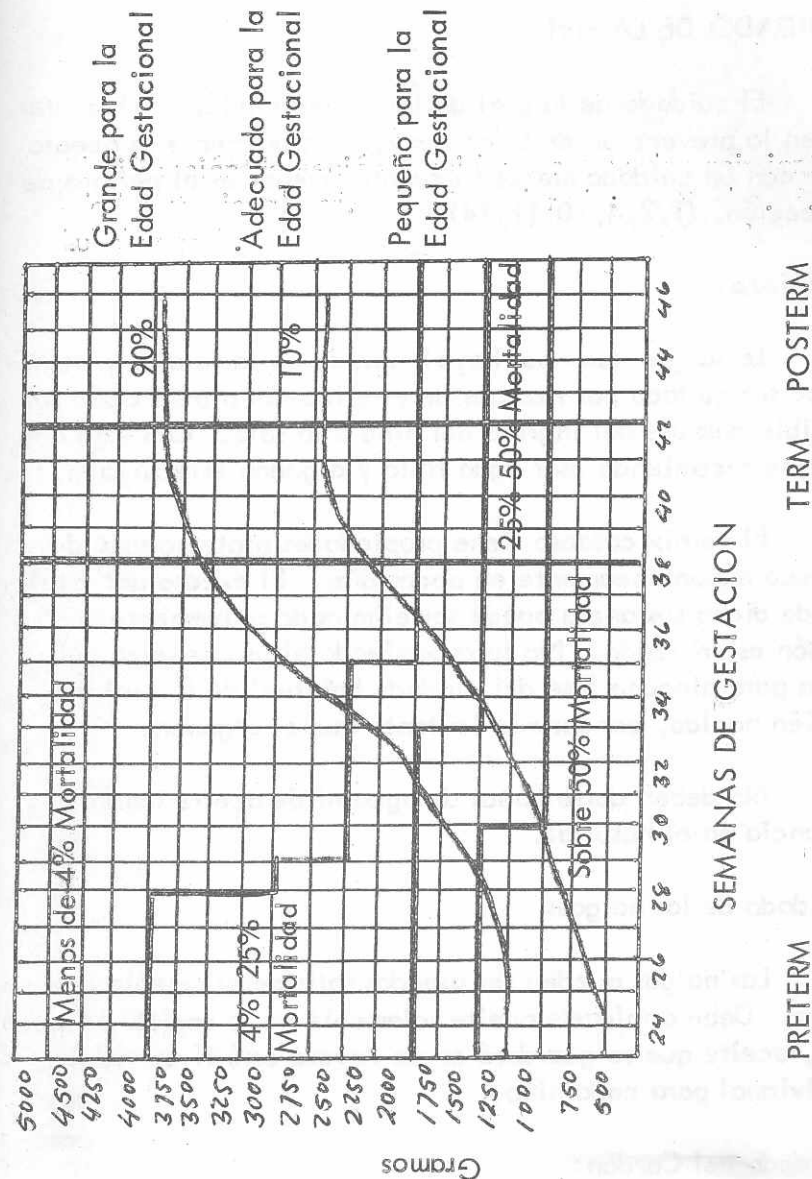
CALCULO DE EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS

- a.- Suma de los puntajes de cada parámetro.
- b.- Agregar la constante 204
- c.- Dividir el total dentro de 7

Esto nos dá la edad gestacional en semanas, teniendo un margen de error de ± 9 días.

COMENTARIO: Este método tiene la ventaja sobre el método original de Dubowitz, de tomar menor cantidad de parámetros por lo que lleva escasos minutos y además, puede ser utilizado para R. N. deprimidos. Estas características hacen que pueda recomendarse como rutina en Servicios de Neonatología.

Ref. U. de Colorado, Battaglia. F. y Lubchenco. L.



CUIDADO DE LA PIEL:

El cuidado de la piel de los recién nacidos es importante en la prevención de infecciones. Actualmente se acepta que con un cuidado menos frecuente, menor es el peligro de infección. (1,2,4,10,11,14)

Limpieza:

La sangre que nose haya limpiado en la sala de partos - debe ser quitada por razones de estética tan pronto como sea posible después del ingreso del niño a la sala. Con este objeto se recomienda usar agua tibia y algodón esterilizado.

El v́ernix caseoso tiene propiedades protectoras y desaparece espontáneamente en pocos días. El exceso antiestético de dicha sustancia puede ser eliminado suavemente con algodón esterilizado. No se recomienda el uso de gaza quirúrgica para ninguna fase del cuidado habitual de la piel del recién nacido, por ser más irritante que el algodón.

No deben darse baños de agua ni de aceite durante la estancia en el hospital.

Cuidado de las nalgas:

Las nalgas pueden ser aseadas satisfactoriamente con agua. Debe emplearse aceite solamente en la región del pañal, aceite que se guardará en un envase estéril de vidrio, individual para cada niño.

Cuidado del Cordón:

Debe procurarse mantener limpios el cordón y la región

umbilical. La rezumación del cordón umbilical se seca con alcohol al 70% o con cloruro de Benzalkonium, haciendo la correspondiente anotación en la historia. (1,2,4,21,24, - 27,30)

Temperatura:

Cada niño debe tener su termómetro individual. En los niños normales la temperatura debe tomarse al ingreso en la sala y consecutivamente cada 4 horas hasta que se estabilice. Posteriormente se tomará una vez al día.

Peso:

Cada niño debe ser pesado junto a su cuna, tomándose precauciones para evitar que se enfríe. La bandeja de la balanza debe tener una cubierta completa, que será cambiada para pesar a cada niño. Se recomienda colocar las balanzas en una mesa con ruedas, a fin de facilitar su transporte de una cuna a otra. En recién nacidos normales es suficiente que tengan el peso de ingreso al servicio y el peso de egreso. (1,2,8)

Limpieza de la sala:

No debe permitirse el sacudido o barrido en seco dentro de la sala. Las paredes y el piso, así como los muebles y el resto del equipo, deben ser lavados o enjuagados. El personal de limpieza que no esté empleado exclusivamente en el servicio debe usar batas y mascarillas mientras trabaja.

ALIMENTACION NATURAL DEL RECIEN NACIDO

El fomento de la alimentación natural constituye una medida de gran importancia. Su responsabilidad está en manos de todo el equipo de salud y su trascendencia se establece en el período del recién nacido y muy especialmente en los primeros días de vida. (1,24)

Se recomienda la alimentación materna para todos los niños nacidos a término. Nada contribuye tanto como la educación prenatal al éxito de este plan de alimentación. La experiencia ha demostrado que cuando una madre no desea amamantar a su hijo, la insistencia en que lo haga después del puerperio fracasa habitualmente. Debe explicarse a la madre indecisa las ventajas de la alimentación materna y las pequeñas molestias que pueden acompañarla durante las primeras semanas.

La alimentación al pecho debe iniciarse tan pronto como lo permita el estado de la madre y del niño; el único complemento a utilizarse puede ser el agua, aunque se compruebe una pérdida moderada de peso en los primeros cinco o seis días. (1,2,4,14)

Hay que hacer esfuerzos para que la madre se encuentre en condiciones psicológicas adecuadas. Esto incluye la educación de ella en el embarazo, tratar de evitar el temor, ansiedad, fatiga y dolor. Es muy importante manejar el problema del dolor al pezón. Debe explicarse a la madre que el pezón es normalmente sensible en los primeros días de lactancia, pero que este dolor es transitorio. Si se mantiene un buen drenaje de la leche y si el niño hace llegar sus labios hasta la areola y no al pezón y pueda respirar mientras ma-

ma, las grietas y las fisuras serán excepcionales. Por último la madre debe organizar su vida en forma que pueda tener la mayor tranquilidad posible, por lo menos en los primeros 15 días, hasta que se establezca una buena secreción de leche.

Es muy importante no dar agua ni mamaderas de relleno, que van a disminuir la fuerza de succión del niño. Si ello fuera absolutamente necesario, será mejor administrarlas con cuchara o gotario, porque el mecanismo de succión es distinto para el biberón. Este último por requerir menor esfuerzo, entraña el riesgo de desplazar la alimentación del pecho.

Ventajas de la lactancia materna:

- La leche materna es en todo momento fácilmente disponible a la adecuada temperatura donde quiera que la madre se encuentre.
- No se requiere tiempo alguno para la preparación del alimento.
- Las dificultades de alimentación, tales como la regurgitación, los cólicos y las reacciones alérgicas son menores y menos graves en los niños alimentados a pecho.
- Se proporciona al lactante una íntima y confortable relación física con su madre.

Inconvenientes de la alimentación materna:

- Las fisuras o grietas del pezón constituyen una indicación para que se interrumpa transitoriamente la lactancia si resulta doloroso el empleo de una pezonera.
- La mastitis obliga a interrumpir la lactancia. Puede reanudarse está, después de haberse cumplido un tratamiento adecuado para la infección.

Las enfermedades graves maternas, como septicemia, nefritis, eclampsia, hemorragias graves, tuberculosis, fiebre tifoidea o paludismo, constituyen contraindicaciones permanentes de la lactancia del mismo modo que representan indicaciones de la alimentación artificial del niño, la desnutrición crónica, la debilidad, epilepsia, demencia, determinadas neurosis, psicosis post-partum.

CONSIDERACIONES SOBRE USO DE INCUBADORAS

La incubadora se considera como un elemento indispensable para tratar a los niños fríos o con otro tipo de problemas. Pero de ninguna manera significa que sustituye una buena técnica de atención en el cuidado del recién nacido.

Tipos de Incubadora:

Existen diversos tipos de incubadoras, las más usadas en los servicios de recién nacidos son: Isolette, Draeger, Simonsen, Alizé, Armstrong, estas últimas son consideradas como incubadoras de transición, es decir en el traslado del niño de incubadora a cuna.

Objetivos de una incubadora:

- Mantener una temperatura estable.
- Proporcionar oxígeno y humedad en cantidades adecuadas y fácilmente regulables.
- Ofrece mayor aislamiento.
- Permitir buenas técnicas asépticas.

- Proporcionar atención y tratamiento al niño sin exponerlo a cambios bruscos.

Es de fundamental importancia que toda incubadora cumpla con ciertos requisitos. Las profesionales del equipo de Salud que trabajan en un servicio de recién nacidos, deben conocer las características esenciales de una buena incubadora, por que con frecuencia son consultadas al adquirirse una de ellas. Además de conocer las características, deben saber su funcionamiento, regulación y limpieza y darlo a conocer a todo el personal que trabaja en la unidad.

Requisitos de una incubadora:

- Fácil manejo.
- Buena visibilidad que permita la fácil observación del niño.
- Dispositivo de calefacción con control automático o fácilmente regulable y el control termostático debe estar colocado dentro de la incubadora.
- Balanza propia.
- Movilidad y durabilidad.
- Fácil limpieza.
- Posibilidad de efectuar técnicas adecuadas y manipular con facilidad al niño.
- Dispositivo especial para extraer material sucio.
- Bajo costo.
- Incubadora libre de riesgo eléctricos.
- Firma responsable que tenga repuestos y técnicos preparados para su reparación.
- Sistema de alarma.

Limpieza y mantenimiento:

Si el funcionamiento eficiente de la incubadora exige lubricarla periódicamente, debe anotarse la fecha de la última lubricación especialmente cuando el uso de la incubadora es continuo.

También debe anotarse la fecha del cambio de filtro, ya que debe hacerse periódicamente, y si no se tiene el cuidado de proceder a este cambio, al emplear oxígeno, la concentración aumenta y además disminuye la admisión del flujo de aire.

Es muy importante considerar la limpieza de las incubadoras, debido a que posee el ambiente ideal que favorece el desarrollo de gérmenes. Es responsabilidad de la enfermera supervisar constantemente cuando se efectúa el aseo de una incubadora especialmente cuando ha estado en contacto con un niño infectado.

Debe efectuarse cultivo después del aseo terminal y durante la permanencia del niño dentro de la incubadora; especialmente del depósito de agua, porque justamente la humedad es el medio propicio para el desarrollo de Pseudomonas, germen responsable de graves infecciones en el recién nacido.

En las incubadoras se usa agua destilada esterilizada, y se agrega 0.5 - 1 cc. de solución acuosa de nitrato de plata al 1 X 10000 para 1 litro de agua destilada. Es fundamental que el agua que se use sea destilada porque la corriente aunque esté esterilizada, deteriora el depósito de

agua porque se forman endurecimientos de sales calcáreas.

También debe considerarse el uso de vinagre en el procedimiento de aseo terminal de una incubadora infectada con Pseudomona Aeruginosa.

Procedimientos:

El ideal es que una vez que se desocupe la incubadora debe ventilarse al aire libre durante 24 horas y después lavarla. Para efectuar el aseo el operador debe usar guantes esterilizados.

- 1.- Retirar gancho, manguillas, goma que rodea la plancha metálica, regulador de humedad y colocarlos dentro del lavatorio con detergente y agua tibia durante 15 minutos.
- 2.- Destornillar tapa del depósito de agua, retirar el soporte del depósito, el depósito mismo, ajustador de goma, todo esto se coloca también dentro del lavatorio con detergente.
- 3.- Retirar colchonetas y planchas metálicas. Se lavan con detergente y se secan.
- 4.- Lavar la cámara plástica, por dentro y por fuera, los portamanguillos, deben lavarse con el hisopo grande. En seguida la parte metálica de la cámara teniendo la precaución de lavar con el hisopo chico el orificio que conecta con el depósito de agua, debido a que esta parte es uno de los focos de infección de la incu-

badora, si no se limpia bien.

- 5.- Lavar el estante metálico por dentro y por fuera, cordones eléctricos por fuera y rueda del estante. Una vez lavadas la cámara y estante se enjuagan, se secan y se limpian con desinfectante.
- 6.- Los elementos que se dejaron remojando en el lavatorio, se lavan con el hisopo, especialmente el regulador de humedad y depósito de agua, se enjuagan y se secan limpiándose después con desinfectante.
- 7.- Antes de colocar los elementos de la incubadora en su lugar, se puede colocar luz ultravioleta durante 30 minutos a toda incubadora junto a sus elementos respectivos. El uso de luz ultravioleta para ser eficaz requiere de humedad adecuada.
- 8.- Amar la incubadora, conectarla durante 12-24 horas, sin agua destilada en su depósito, con el fin de terminar su desinfección y quede bien seca. Si no se va a ocupar se cubre con un paño limpio.

Observaciones:

- 1.- Cuando la incubadora hubiera estado en contacto con un niño infectado por *Pseudomona Aeruginosa*, antes de lavarla con detergente puede lavarse con vinagre y dejarla con esto durante 24 horas y después efectuar todo el procedimiento indicado.
- 2.- Antes de usar una incubadora es importante que en lo posible se efectue un cultivo, especialmente si ha estado en contacto con un niño infectado.

- 3.- Efectuar el procedimiento de aseo terminal cada vez que se desocupe la incubadora, y por ningún motivo - colocar un niño en ella sin haberla lavado, aunque haya mucha urgencia; lo único que podría omitirse sería el conectar la incubadora sin agua durante 12 horas.
- 4.- Este procedimiento se efectúa también después de 8 a 10 días que el niño haya usado la incubadora, es decir, que si el niño necesita continuar en ella, debe cambiarse a otra limpia y lavar la usada. (1,4,14,28)

DESCRIPCION

La presente sección trata de dar una imagen del servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Retalhuleu.

El departamento de Retalhuleu situado a 210 kms. de la ciudad capital cuenta con una población aproximada de 147,500 habitantes, de lo cual podemos deducir que los embarazos esperados para un año son de 7,375 y los partos esperados para un año es de 7,006.

AREA FISICA DEL SERVICIO:

El servicio de recién nacidos se encuentra situado entre las salas de labor y partos y post-parto.

El área se divide en dos:

- Servicio Regular de recién nacidos.
- Cuarto de Aislamiento.

El área física del servicio es de 4.88 mts. de ancho por 7.50 mts. de longitud, estando incluido en esta área el cuarto de aislamiento cuyas medidas son 2.51 mts de ancho por 4.12 mts. de longitud.

Comunicación con las otras salas:

Existe una puerta situada al nor-este del servicio, la cual comunica con el servicio de labor y partos, existiendo una relación de 0.50 mts. de distancia entre la primera cama de labor con dicha puerta. Esta es utilizada por el personal para el traslado del recién nacido desde la sala de partos a la sala correspondiente pasando por el servicio de Labor.

Situada al ser-oeste del servicio, se encuentra ubicada la segunda puerta que comunica al servicio de post parto. Esta siempre se mantiene entreabierta (21 cms.) a pesar de tener dos pasadores. En esta puerta se encuentra incluida una ventana de 59 cms. de ancho, la cual se puede abrir para entregar a los recién nacidos a sus madres, pero esta no es utilizada para ello.

SERVICIO REGULAR:

Capacidad:

Cuenta con 5 cunas, una de las cuales es móvil pueden

do colocarse en posición de Trendelemburg. (en la sala de post-parto se encuentran 19 camas, destinadas 15 de estas para puerperio normal). Cuenta además con 2 incubadoras, que no funcionan adecuadamente.

Distribución del Espacio:

Entre cada cuna hay una distancia de 30 cms, distribuidas en una área de 2.51 mts. cuadrados.

Cuenta además con un lavabo que mide 1.16 mts. de largo por 59 cms. de ancho, un vestidor para recién nacidos que mide 1.17 mts. de largo por 52 cms. de ancho. Esté se encuentra continuo a una ventana de vidrio que da hacia el patio interior del hospital. Abajo del vestidor se encuentra un cesto para la ropa sucia.

Además existe un gavetero general, el cual es utilizado para guardar pañales y medicamentos a utilizarse en el servicio.

Condición del medio:

La sala se encuentra bien iluminada durante el día, (tiene 7 ventanas), y por las noches se encuentran disponibles 2 lámparas no movibles, Presenta además dos tomacorrientes servibles debajo de cada una de las lámparas, se encuentran un tambo de oxígeno, el cual no es permanente.

No existe balanza en el servicio de recién nacidos, por lo que es utilizada la que se encuentra en el servicio

de partos. (peso en kilogramos). No se utiliza jabón anti-séptico para el lavado de manos, ni se encuentran toallas.

SALA DE AISLAMIENTO:

Capacidad:

Cuenta con 3 cunas. Una de estas es utilizada para la fototerapia. Se encuentra además una incubadora, 1 gabinete conteniendo medicamentos.

Ubicación:

Se encuentran dentro del servicio regular de recién nacidos, midiendo 4.12 mts. x 2.51 mts. con una puerta que comunica al servicio regular. Hay un tomacorriente, un interruptor de luz y una lámpara de gancho inservibles.

A este servicio ingresa los niños nacidos fuera del hospital que ameriten ingreso, además de los recién nacidos que se encuentran en el servicio regular y sala de post-parto -- que presenten patología infecciosa o ictericia, proporcionándole a todos el mismo cuidado dado por el personal paramédico. No existe lugar destinado para la limpieza de los pacientes.

Cocina:

La preparación de fórmulas lácteas se efectúa dentro del servicio regular, utilizando como mesa el lavabo. El agua es hervida en la cocina general, llevada esta al servicio en termos.

Las pajas son lavadas en el mismo lugar donde se bañan los niños, estas son hervidas en esterilizadora de pajas, utilizando una pequeña estufa localizada en el servicio de post-parto. Todo lo anteriormente mencionado es realizado por la auxiliar de enfermería a cargo del servicio.

PERSONAL LABORANTE EN EL SERVICIO DE RECIÉN NACIDOS.

PERSONAL MEDICO:

Específicamente no hay médico de guardia encargado de la sala, siendo los médicos internos los que se encargan de la evaluación del recién nacido y ordenar su tratamiento.

La historia clínica utilizada para los recién nacidos es la misma que se utiliza en todo el hospital, por lo que en la mayoría de veces durante la evaluación pasan desapercibidos muchos datos de importancia.

Por la manera de ser manejado este servicio, no es posible determinar las horas médico por cada recién nacido.

PERSONAL DE ENFERMERIA:

Se cubren tres turnos de 8 horas cada uno. Durante el turno de mañana y tarde, una auxiliar de enfermería es la encargada del servicio, para la atención de los niños de la sala regular, sala de aislamiento y los niños del servicio de post-parto.

Una enfermera graduada cubre los servicios de maternidad y recién nacidos durante estos mismos turnos.

En el turno de la noche una auxiliar de enfermería cubre los servicios de labor y partos, recién nacidos y post-parto, no dándose a basto para atender los tres servicios satisfactoriamente. Este turno no es cubierto por enfermera graduada en todo el hospital.

La mayoría del personal laborante en el servicio, no utiliza uniforme especial, ni bata, usando el mismo uniforme que todo el personal del hospital. En caso de ser utilizado un uniforme especial, se entra y sale del servicio con el mismo.

El personal es adiestrado pero no sobre este campo específicamente.

Por lo anteriormente expuesto, se puede observar que no hay una distribución uniforme de las actividades de enfermería en el servicio por lo que no es factible determinar las horas ocupacionales.

Funcionamiento del Servicio:

Una vez atendido el recién nacido en la sala de partos por el personal médico, la enfermera es la encargada de identificarlo, colocando una pulsera de tela adhesiva en el antebrazo, se pesa y luego el recién nacido es llevado a su sala por la misma enfermera. El infante es recibido por la enfermera del servicio, quién le realiza los cuidados médicos:

- La limpieza de la piel se realiza con agua y jabón - Ambar, la limpieza de la cabeza se realiza con un -

- pequeño cepillo quirúrgico de uso común.
- Todos los recién nacidos a término normales se bañan diariamente.
- Aplicación de Alfer-Tetra Unguento oftálmico, usado una vez.
- Administración de 1 mg. de vitamina K intramuscular.
- Cuidado del cordón umbilical con gaza esterilizada, hibitane.
- Control de la temperatura rectal al inicio de cada turno.
- Examen físico por el personal médico, con anotación correspondiente en la historia clínica.
- La primera toma de Dextromalto se le da al niño a las 3-4 horas después de nacido.

PLANO No. 1

SERVICIO ACTUAL DE RECIEN NACIDOS.

I SERVICIO REGULAR

- A) Vestidor
- B) Lavamanos
- C) Incubadoras
- D) Gabetero
- E) Cunas
- F) Tambo de Oxígeno.

II SERVICIO DE AISLAMIENTO

- a) Cuna con equipo de fototerapia.
- b) Cuna
- c) Incubadoras
- d) Gabinete.

PLANO No. 2

CAMBIO RECOMENDADOS

I ELIMINAR SERVICIO DE AISLAMIENTO

- A) Vestidor
- B) Lavamanos
- C) Incubadoras
- D) Gabetero
- E) Cunas
- F) Tambo de Oxígeno.

SALA DE POST-PARTO

7.50 Mts.

SALA No I

4.12 Mts.

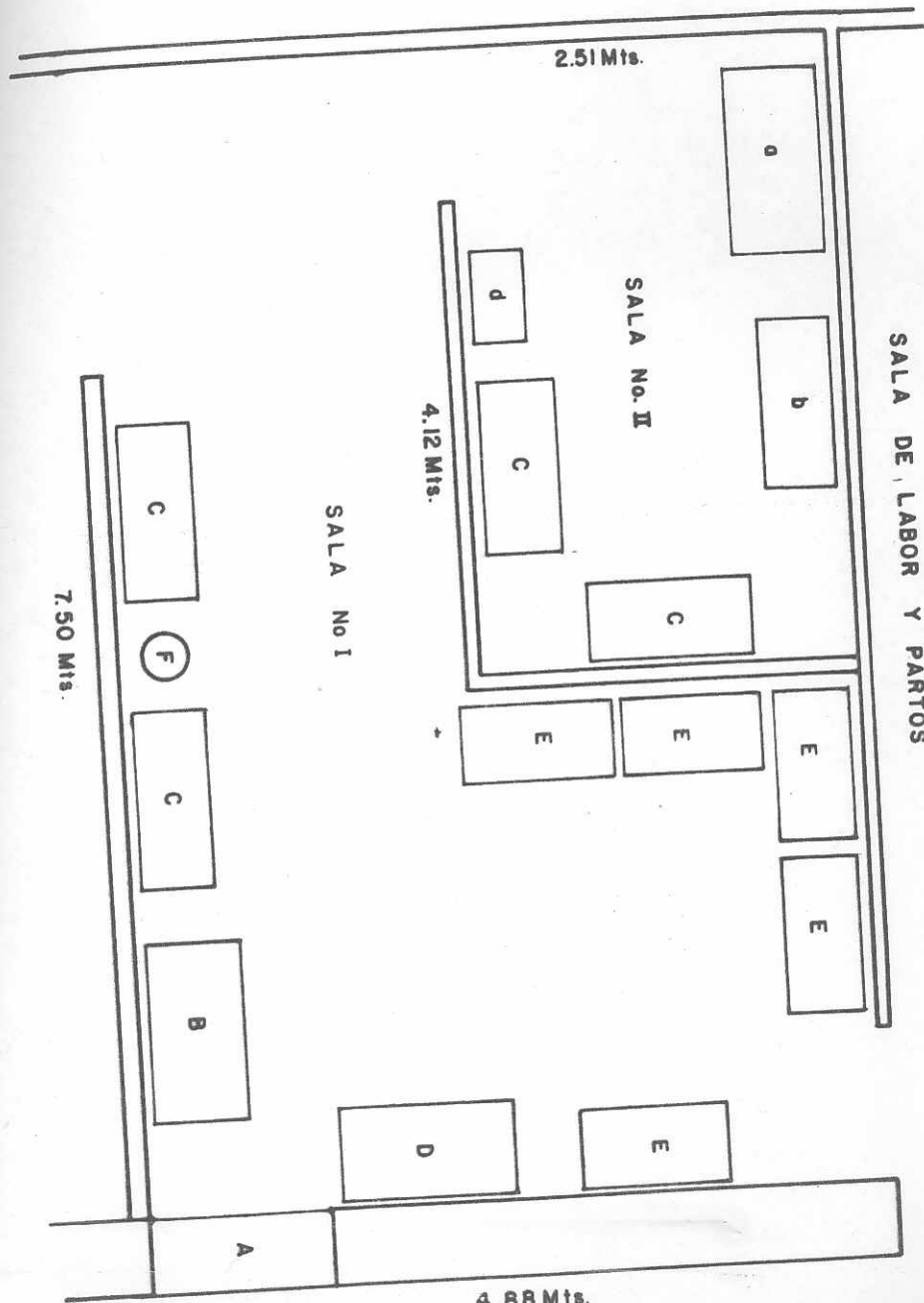
2.51 Mts.

CORREDOR

SALA DE LABOR Y PARTOS

4.88 Mts.

PATIO



PASILLO INTERIOR

SALA DE LABOR Y PARTOS

SALA DE RECIEN NACIDOS

ESC.

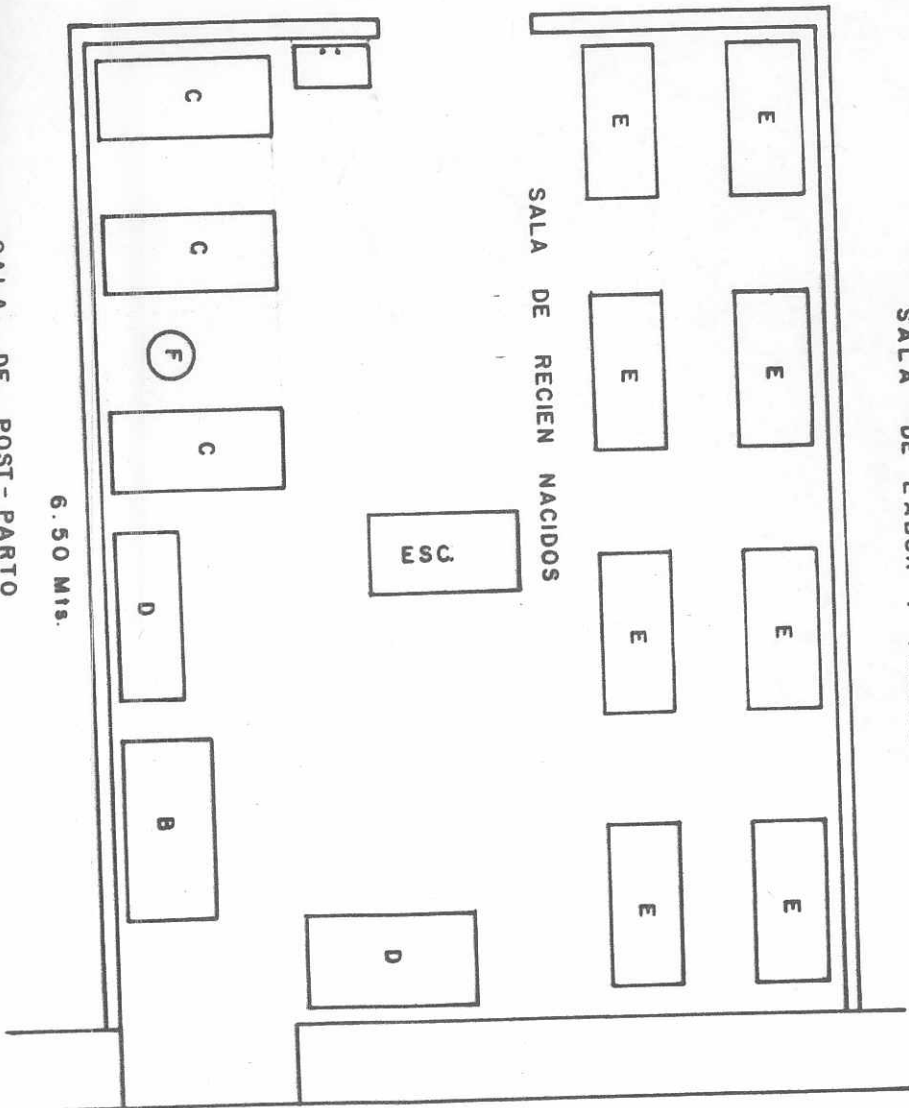
PATIO

4.88 Mts.

6.50 Mts.

SALA DE POST-PARTO

ESC. I/50



REGIONALIZACION

Por años los pediatras han estado interesados en lograr la regionalización por consolidación, y unir todos los pequeños servicios pediátricos. Su objetivo primordial ha sido siempre el de mejorar su cuidado.

Regionalización no es centralización. Regionalización provee un sistema coordinado de cuidado perinatal para una población definida por un acuerdo mutuo entre los hospitales y los médicos, cada hospital en la región, identifica el grado de complejidad en el cuidado que puede dársele a madre e infantes, y los pacientes son tratados en el hospital mejor situado para manejar los problemas esperados. De esta manera un cuidado de calidad es proveído a todas las madres e infantes especialmente recién nacidos.

La meta de dicha organización regional es balancear las necesidades del paciente y recursos disponibles. Cada región identificará ambos recursos los cuales, puedan proveer un óptimo cuidado perinatal y los pacientes quienes están en el más alto riesgo y que deban requerir la más especializada forma de cuidado.

Aún en la literatura pediátrica para comenzar tales objetivos de regionalización tiene que haber algunos cambios. Se ha mencionado por ejemplo el costo, así como la calidad de estos servicios como una justificación para regionalizar tales cuidados.

Otro cambio se ha llevado acabo con respecto a una faci

lidad individual para lograr dentro de la comunidad un acercamiento regional. Por otro lado tenemos que las publicaciones de la Academia Americana de Pediatría ha dado recientemente un gran énfasis a la regionalización y ha comenzado a dar algunas normas, señalando el volumen mínimo de las unidades del servicio necesitadas para justificar o facilitar los cuidados pediátricos y de recién nacidos.

NIVELES DE ATENCION

Estas pautas se refieren a los aspectos normativos de atención neonatal de acuerdo con estos parámetros.

- 1.- Número de nacidos vivos.
- 2.- Volumen de patología perinatal.
- 3.- Características docentes.
- 4.- Ubicación geográfica.

NIVEL I:

- 1.- Localidad con más de 10,000 nacidos vivos.
- 2.- Volumen de patología perinatal importante.
- 3.- Centro docente de especialización de post-grado.

NIVEL II:

- 1.- Localidad con 5,000 a 10,000 nacidos vivos.
- 2.- Volumen de patología moderado o alto.
- 3.- Conectado con centros docentes de especialización de post-grado imparte además docencia en pre-grado.
- 4.- Necesidad de autonomía determinada por distancia y otros centros regionales.

NIVEL III:

- 1.- Localidad con 1000 a 5000 nacidos vivos.
- 2.- Volumen de patología perinatal moderado.
- 3.- Regionalizado con otros centros docentes.

NIVEL IV:

- 1.- Localidad con menos de 1000 nacidos vivos.
- 2.- Población rural dispersa.
- 3.- Sin actividad docente permanente.

Los hospitales del nivel I, funcionan como centros regionales y proveen todos los aspectos de cuidado perinatal, incluyendo cuidado intensivo y un alto grado de continuidad disponible y consultas de subespecialidad.

Estos hospitales deben de proveer programas educacionales, servicios de consulta y cubrir lo referido por los niveles II, III, IV.

El centro regional debe tener un adecuado equipo de personal entrenado que pueda administrar cuidado perinatal, conducir una educación continua y evaluar la calidad del cuidado perinatal de la región entera. El personal del centro regional tiene la responsabilidad de comunicarse con padres, equipo médico y resto de hospitales a través de la región. Esta comunicación no es solamente esencial para un buen cuidado del paciente, sino también es el más efectivo método educacional para perfeccionar este cuidado.

El concepto de cuidado regional incluye libres movimientos de pacientes entre los diferentes niveles de cuidado dentro del --

hospital, así como también entre los hospitales dentro de la región. En ambas, los recursos deben ser organizados para -- proveer progresivos niveles de cuidado apropiados a las necesidades cambiantes del paciente.

Los hospitales del nivel II deben de proporcionar servicios tanto para pacientes prenatales normales como para pacientes de alto riesgo y para el manejo de recién nacidos enfermos seleccionados. La lista de casos de enfermedad que puede ser diagnósticada y tratada adecuadamente. Será limitada en parte por la capacidad de consultantes necesarios y en parte por la concentración de individuos preparados para el cuidado perinatal.

Los hospitales del nivel III proveen servicios para nacimientos sin complicaciones y recién nacidos normales. Generalmente el número de nacimientos en estos hospitales es pequeño, y los hospitales que pertenecen a este nivel son necesarios en áreas pobladas y esparcidas. (1,7,13,27,29)

PERSONAL

El cuidado total perinatal es multidisciplinario, involucrando médicos, enfermeras, paramédicos, y personal no médico.

Los médicos y todo el personal laborante debe de identificar, en el embarazo temprano amenazas potenciales o activas a la salud fetal. Más o menos un 60% de todos los fetos destinados a ser un recién nacido enfermo puedan ser identificados con una historia cuidadosa y durante las frecuentes visitas prenatales.

El desenvolvimiento de las enfermeras deben ser extendido a proveer un cuidado comprensivo en cada nivel de hospital.

TRANSPORTE NEONATAL

La coordinación del transporte de los infantes requeridos dentro de una región será comúnmente la responsabilidad del hospital del nivel III. Cualquiera que sea, por tierra o transportación aérea puede ser usada, dependiendo de la topografía del área y distancias que deben de ser viajadas. Cualquiera de los métodos que sea usado, apropiado equipo y personal experto (preferiblemente ambos, médicos y enfermeras) deben de ser disponibles para estabilizar al infante a una mejor condición para partir desde el hospital de origen y para administrar tratamiento requerido durante el viaje.

CONCLUSIONES

- 1.- La organización y manejo de un servicio de recién nacidos debe efectuarse en equipo, médico pediatras, obstetras, paramédicos, directores y administradores.
- 2.- En el hospital Nacional de Retalhuleu, no se le presta la atención necesaria al servicio de recién nacidos, constituyendo esto una sala accesorio.
- 3.- Los recién nacidos enfermos y normales no son evaluados por un médico especializado.
- 4.- A la larga es mejor invertir en Hospitales "claves" para proveerlos de: personal especializado, equipo, medicamentos y transportes que hacerlo en forma insatisfactoria en todos los hospitales departamentales.
- 5.- La regionalización es utilizada en muchos países con éxito y es un sistema que ayudará a disminuir el alto índice de mortalidad neonatal.

RECOMENDACIONES

- 1.- Que el personal del servicio de recién nacidos, cumplan y hagan cumplir al personal de otras salas los requisitos para entrar a este servicio.
- 2.- Hacer posible el adiestramiento del personal, para el cuidado del recién nacido asistiendo a hospitales especializados en neonatología.
- 3.- Pedir asesoramiento de un hospital con mayor experiencia para el mejor funcionamiento del servicio de recién nacidos.
- 4.- Cumplir estrictamente las normas de manejo del recién nacido, que no afectan la economía de ningún hospital y se evitan muertes innecesarias.
- 5.- Dar plan educacional a cada madre desde que consulta por primera vez, hasta su egreso con el recién nacido, sobre la importancia de observarlo y cuidarlo.
- 6.- Con la nueva construcción de un hospital en Quezaltenango, recomiendo que se adopten medidas, para que en ésta cabecera departamental, se efectue la regionalización del recién nacido patológico, de todo el sur y occidente de la república.
- 7.- Hacer conciencia que todo ser que nace, tiene derecho a vivir y nosotros somos en parte, los responsables de que lo logre.

- 8.- Leer y comprender el mensaje, que dejo al realizar -
esta tesis, para la atención del nuevo ser.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO

SECCION LABOR Y PARTOS

Nombre de la Madre: _____ Historia Clínica No. _____
Sección: _____ Cama No.: _____ Fecha y hora de nacimiento: _____

DATOS DE LA MADRE Edad: _____ Grupo de Sangre: _____
Rh. _____ Embarazos anteriores: _____
Nacidos muertos: _____ Nacidos vivos: _____
Viven actualmente: _____ Han muerto: _____
Causas _____ Abortos _____ Causas: _____

Enfermedades anteriormente: _____

EMBARAZO ACTUAL: Duración: _____

Prenatal Si () No () Lugar: _____

T.B. _____ Lúes: _____ Endocrinopatías _____

Enf. Virus: _____ Otras: _____

Eclamsia: _____ Pre-eclamsia _____ Hiperemesis: _____

Toxemia: _____ Hemorragias: _____

Trat. y Resultados: _____

Estado Nutricional de la madre: _____

PARTO: Duración del 1o. y 2o. Período: _____

Ruptura de membranas artificial ()

Espontánea () Tiempo antes del parto: _____

Presentación: _____ Posición: _____

Tipo de Parto: _____

Fórceps por: _____

Operación: _____ Motivo: _____

Analgesia (tipo y tiempo antes del parto): _____

Anestesia: _____

Medicamentos: _____

Cordón: _____ Placenta: _____
 DATOS DEL PADRE: _____
 OBSERVACIONES: _____

Nombre Asistente del Parto _____

NIÑO: Condiciones al nacer: _____
 Sexo: _____

Respiración espontánea () con estimulantes ()
 minutos después del parto: _____
 Tipo de estimulantes: _____ Respiración artificial: _____
 Aspiración: _____
 Índice de APGAR: _____
 Profilaxia Ocular: _____
 Otros tratamientos en el Depto. de Obstetricia: _____
 Llevada al Depto. de Rec. Nacidos por: _____
 Fecha y hora: _____
 Condiciones al ser recibido: _____
 Recibido por: _____

Historia Clínica Sección del Recién Nacido.

1er. apellido 2o. apellido 1er nombre 2o. nombre No. exp. Méd.

Varón ()

hijo de:

Mujer: () Nombre de la madre _____

Fecha y hora de nacimiento: _____

Horas de Nacido: _____

Peso al nacer: _____ Talla: _____ Circ. Cabeza: _____

Circ. Tórax: _____

Circ. Abdomen: _____ Temp.: _____

Talla Occipito Sacra: _____

Examen practicado por: _____

Fecha y hora: _____

EXAMEN FISICO

- | | Descripción de hallazgos |
|--|---|
| 1 0 Estado General | (madurez, nutrición, postura, anormales: actividad, color, grito, edema, asimetrías, tono, resp. temp.) |
| 2 0 Piel (Erupciones, Hematomas) | _____ |
| 3 0 Cabeza, Cuello, (moldeada, bolsa, serosanguínea, cefalohematoma, craneotabes, traumatismo, fontanelas, deformidades) | _____ |
| 4 0 Ojos, (anomalías, Conjuntivitis) | _____ |
| 5 0 Nariz, (Secreción Obstrucción) | _____ |

- 6 0 Boca, (Labios, encías, lenguas, paladar) _____
- 7 0 Faringe, (color, secreciones) _____
- 8 0 Oídos, Pebellón, conducto, -- timpano _____
- 9 0 Tórax, (Hipertr. mamas, costillas, clavícula,) (Retracciones, deformidades) _____
- 10 0 Corazón, (ritmo, soplos, frecuencia) _____
- 11 0 Pulmones, (ventilación, estertores, percusión) _____
- 12 0 Abdomen, (cordón bazo, hígado) Hombre: (Test. descend. Prepucio) _____
- 13 0 Genitales: Mujer (labios, himen, secreciones) _____
- 14 0 Columna vert. (Espina Bífida, deformidades) _____
- 15 0 Extremidades Superiores e Inferiores (movilidad, Deformidades) Diagnóstico provisional: _____
- 16 0 Nervioso. Reflejos Prehensión, succión, deglución, sensibilidad. _____
- 17 0 Ano (permeabilidad) _____
- Clave: Normal (v) Anormales (x) _____
- INDICACIONES INMEDIATAS: _____

Firma del Examinador

EXAMEN DE EGRESO

Fecha y hora: _____ Practicado por: _____
 Peso: _____ Talla: _____ Temperatura: _____
 Peso al nacer: _____ Diferencia: _____
 Vacuna (vía): _____
 Piel: _____ Cabeza: _____ Ojos: _____
 Cordón: _____ Genitales: _____
 Observaciones: _____

Diagnóstico Definitivos: _____
 Tratamiento efectuados: _____

Estado al salir: _____
 Alimentación: _____
 Indicaciones o tratamiento en su domicilio: _____

Referido a: _____

Firma del Examinador

FECHA Y HORA DE ENTREGA DEL RECIEN NACIDO

Quezaltenango, ____ de ____ 198 __, a las ____ Horas y ____ min.

Firma o impresión digital de la madre o encargado que recibe al recién nacido _____
 Enfermera

Supervisora de Enfermería

Médico Jefe.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud. El Recién Nacido. Normas de Atención Médico-- Social. colección Manuales.
- 2.- Nelson Waldo, et al. Tratado de Pediatría. Salvat Mexicana de ediciones S.A. de C.V. 6ta. Impreso en México 1978. 1595 p.
- 3.- Watson E.H., Lowrey G. Crecimiento y Desarrollo del niño. México. 1a. Edición en español. Editorial Trillas S.A. 1965. 406 p.
- 4.- Academia Americana de Pediatría. Normas y Recomendaciones para la atención del recién nacido a término y prematuro en hospitales. Illinois EUA. Casa Nestlé, Traducción al español realizada por la oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de O.M.S. 133 p.
- 5.- Lowry M.F. West Indian Medical Journal NEONATAL CARE IN JAMAICA. Vol. 27 Jamaica. 1978, p 127-128.
- 6.- Cecily D. Williams, Jelliffe Derrick. Mother and Child health Delivering the services. HEALTH SERVICES FOR CHILDREN. London, Oxford University press. 1972.
- 7.- American Academy of Pediatrics. Standards and -- Recommendations for Hospital care of Newborn infants REGIONALIZATION OF PERINATAL SERVICES. Illinois E.U.A. 6ta. 1977.

- 8.- Hughes Davis. Conservative care of the newborn baby. Archives of disease in childhood January 1979.
- 9.- Hill Burton. Reglamentos del Servicio de Salud Pública (E.U.A.) para la administración de la ley, de inspección y construcción de hospitales, apéndice A. -- pág. 3.
- 10.- Schwarcz Ricardo et al. Obstetricia. Argentina. 3ra. Libreria el Ateneo Editorial. 923 p. 1977.
- 11.- Williams et al. Obstetricia, Impreso en México, Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V. 1978.
- 12.- Thompson, Theodore R. Pediatrics. Neonatal Transport Nurses: an analysis of their role in the transport of New born infants. Minnesota. EUA. Vol 65 No. 5 Mayo - 1980 p. 887-892.
- 13.- Polk L.D. Clinics Pediatrics. WILL YOUR HOSPITAL BE PERMITTED TO HAVE A PEDIATRIC SERVICE AND A NEWBORN NURSERY ?, Filadelfia Vol. 19, 1978 Pág. 329-32.
- 14.- Schaffer A.J. Avery M.E. Enfermedades del Recién Nacido. 3ra. 1973.
- 15.- Boettcher J.H. American Journal of nursing FATHER S PART IN NEWBORN CARE. E.U.A. Vol. 79 No. 5 - Mayo 1979 p. 917.
- 16.- Srivastava J.R. Indian Journal Pediatrics THE NEW-- BORN BABY KAMBUR STUDIES. Kampur. Vol. 45 . No. 361 1978 p. 55-63.

- 17.- Panizon Franco. Minerva Pediatrica. L'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE PEDIATRICO. Italia, No. 30, 1978. p. 1879-1882.
- 18.- Benfield, D. Gary, et al. Pediatrics GRIEF RESPONSE OF PARENTS TO NEONATAL DEATH AND PARENT PARTICIPATION IN DECIDING CARE. Ohio - Vol 62, No. 2 August 1978.
- 19.- Amey William. et al. Clinical Pediatrics. CARING FOR PARENTS OF SICK NEWBORNS E.U.A. Vol. 17, No. 1, January 1978.
- 20.- Normas generales para ingresos al servicio de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios.
- 21.- Cerezo R. Figueroa R. MANUAL DE ATENCION DEL RECIEN NACIDO Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1981. 370 p.
- 22.- Viegas Dráuzio et al. Normas de Asistencia hospitalar aos Recém-Nascidos. Sao Paulo Brasil 1a. Edición. Casa Nestlé, 1972. 38 p.
- 23.- Mancilla Victor Hugo. Atención mínima del neonato en Guatemala. (tesis). Facultad de Ciencias Médicas Julio 1979. 75 p.
- 24.- Organización Mundial de la Salud. Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud Sexto informe. No. 600. Ginebra Suiza. 1976. 109. p.

- 25.- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Taller Internacional sobre metodología para la normalización de la atención materno-infantil. 1er. taller internacional. La Habana, Cuba. - Noviembre 1979 64 p.
- 26.- Martell Miguel, Belitzky Rubén. Guía para docencia en el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano). Normas y procedimientos para la reanimación neonatal en la sala de partos. Publicación CLAP 711. Diciembre de 1976. 17 p.
- 27.- Caldeyro-Barcia Roberto et al. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo humano FUNCIONES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION EN ASISTENCIA PERINATAL. CLAP 772. Hospital de Clínicas, Piso 16 Montevideo Uruguay. Junio de 1978. 31 p.
- 28.- Bustos R. et al. Normas y procedimientos adoptados para la atención del recién nacido normal y patológico, en la sala de recién nacidos del Hospital de Clinicas. CLAP Archivos de Pediatría del Uruguay. 1974. (222-231).
- 29.- Caldeyro Barcia Roberto. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano ATENCION PERINATAL PROGRESIVA REGIONALIZADA. CLAP Montevideo Uruguay 1978. 20 p.
- 30.- Consigli Carlos A. et al. Normas para la atención del recién nacido. Departamento de Atención Médica. Dirección nacional de normalización médica y sanitaria. - serie 100, No. 2 República Argentina. 1970 78 p.

- 31.- Sicre Rivas Alfredo. Normas de Pediatría. Instituto Cubano del Libro. La Habana 1971. (p 195-291).
- 32.- Organización Mundial de la Salud. Método de atención Sanitaria de la Madre y el Niño basado en el concepto de Riesgo. Publicación en Offset No. 39, Ginebra Suiza. 1978. 45 p.

Br.


Sergio Molina Segura.-

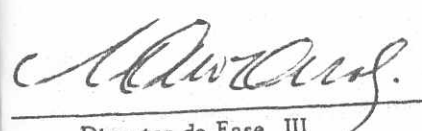

Asesor.

Dr. Victor M. Rodas

Dr.


Revisor.

Dra. Graviola Brooks


Director de Fase III

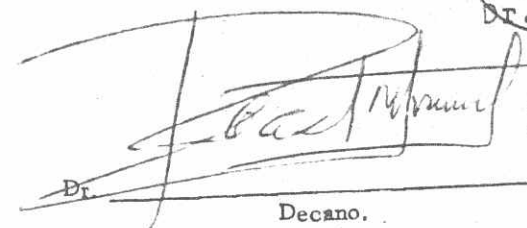
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr.


Secretario

Dr. Raúl A. Castillo

Bo.


Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo