

Cuidados del recién nacido saludable

The care of the healthy newborn

Carlos López-Candiani

Departamento de Neonatología del Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema. El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer e implica, además, una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartado toda situación que conlleve un riesgo adicional.¹ Los cuidados de un recién nacido saludable, los que se brindarán en el hospital y los que se darán en casa, se agrupan bajo el concepto genérico de “cuidados de rutina”. El objetivo de este trabajo es hacer explícitos dichos cuidados.

Sala de partos

Se empieza por conocer la historia materna, embarazos anteriores (si los hay) y los detalles del actual hasta el momento del trabajo de parto. Es necesario que el pediatra tenga todo el equipo necesario para brindar una reanimación avanzada, aunque no haya antecedentes maternos o perinatales de riesgo, pues en el último minuto puede surgir una complicación; el Cuadro 1 enumera dicho equipo. Antes del nacimiento deberá acomodarse todo el material bajo la fuente de calor radiante; es responsabilidad del médico verificar que todo el equipo esté presente y en buenas condiciones. El pediatra deberá vestirse con ropa estéril para acercarse al ambiente donde nacerá el bebé, ya sea parto o cesárea. Existe evidencia de que en un neonato de término sin complicaciones, el pinzamiento del cordón posterior al minuto de vida puede traer beneficios.^{2,3}

En una evaluación rápida, el pediatra debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene buen tono muscular; en caso de responder afirmativamente a las tres interrogantes se requiere sólo la atención de rutina.⁴ El neonato puede colocarse

Recibido: 3 de octubre 2014

Aceptado: 10 de octubre 2014

Correspondencia: M en C Carlos López-Candiani
Av. Insurgentes Sur 3700-C
CP, 04530, México D.F.
Tel.: 1084-0900 ext. 1352
clopezcandiani@gmail.com

Este artículo debe citarse como

López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediatr Mex 2014;35:513-517.

Cuadro 1. Material necesario en la atención del recién nacido en la sala de parto

Calor	Fuente de calor radiante Campos o compresas calentadas
Ventilación	Bolsa de ventilación de 500 a 750 mL Máscara neonatal
Aspiración	Perilla de hule Sonda de alimentación Sonda de aspiración de meconio Sistema de succión
Intubación	Mango de laringoscopio Hoja recta del número 1 (0 para prematuros)
Medicamentos	Oxígeno Solución fisiológica Adrenalina
Otros	Estetoscopio Gasas Cinta o pinza de cordón Tubo para grupo y Rh Jeringa Oxímetro de pulso

boca abajo en el abdomen o en el pecho de la madre, allí aspirarse si fuera necesario, secarse, retirar el campo húmedo y cubrirse la parte posterior que no queda en contacto directo con la madre. El contacto de la madre con la piel del neonato en forma temprana se ha relacionado con una serie de beneficios como una mayor duración de lactancia materna, disminución en el llanto del niño, mejor estabilidad cardio-respiratoria⁵ e incremento en la temperatura corporal.⁶ Allí se pueden realizar las evaluaciones necesarias, identificación y posteriormente quedar en alojamiento conjunto con la madre.

En algunos hospitales se acostumbra que la evaluación posterior al nacimiento se haga bajo la fuente de calor radiante. En este caso, al pinzar y cortar el cordón umbilical, el obstetra entrega el bebé al pediatra que lo recibe en un campo

previamente calentado y lo lleva a la fuente de calor; allí realiza las actividades ya descritas de aspiración y secado. El cordón umbilical debe ser ligado a dos centímetros de la piel, en condiciones de esterilidad, ya sea con cinta o pinza.

Al minuto y a los cinco minutos de vida se realiza la valoración de Apgar (Cuadro 2)⁷ y se considera normal un puntaje de 7 o más. A los 10 minutos se realiza la valoración de Silverman-Andersen⁸ modificada (Cuadro 3); se espera obtener hasta dos puntos durante el periodo de transición. Posteriormente debe realizarse una exploración física minuciosa con el objetivo de identificar malformaciones; en particular deben revisarse permeabilidad de coanas, esófago y ano. Además, se realiza la somatometría (peso, talla y perímetro cefálico como mínimo). Siempre se identificará al bebé antes de salir de la sala de nacimiento, preferentemente con dos pulseras, anotando los datos de la madre, del bebé y los del nacimiento.

En el expediente clínico se consignarán los principales datos de la historia materna y gestacionales; curso perinatal, exploración física, valoraciones y somatometría, con las características que marca la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico.⁹ Debe calcularse la edad gestacional de acuerdo con los datos disponibles (fecha de última menstruación, ultrasonidos obstétricos o datos de madurez física a la exploración mediante la escala de Capurro).¹⁰ Una vez calculada la edad gestacional se evaluará el crecimiento intrauterino para la edad gestacional.¹¹ Se imprime la huella plantar en el expediente del menor y certificado de nacimiento, que debe llenarse el día del nacimiento.

Indicaciones en cunero

Se debe indicar, para todo recién nacido que permanezca en alojamiento conjunto o cunero, lo siguiente:

Cuadro 2. Evaluación de Apgar

Signo	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor a 100 x'	Mayor a 100 x'
Esfuerzo respiratorio	Apnea	Irregular	Regular/llanto
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Gesticulación	Tos, estornudo, llanto
Tono muscular	Flacidez	Semiflexión	Flexión
Color	Cianosis o palidez	Acrocianosis	Rosado

Cuadro 3. Evaluación de Silverman- Andersen

Signo	0	1	2
Aleteo nasal	Leve, ausente	Moderado, discreto	Marcado
Tiro intercostal	Leve, ausente	Moderado, discreto	Marcado
Retracción xifoidea	Leve, ausente	Moderada, discreta	Marcada
Disociación toracoabdominal	Leve, ausente	Moderada, discreta	Marcada (sube y baja)
Quejido espiratorio	Ausente	Intermitente o audible sólo con estetoscopio	Constante o audible a distancia

- Vitamina K, 1 mg intramuscular (muslo) para prevenir enfermedad hemorrágica del recién nacido.^{12,13}
 - Profilaxis oftálmica. Dos gotas de antibiótico (generalmente tobramicina o cloranfenicol) en cada ojo, independientemente de la vía de nacimiento, para prevenir conjuntivitis.
 - Inmunizaciones. La Cartilla Nacional de Vacunación incluye la BCG y la vacuna contra hepatitis B al nacimiento.¹⁴
 - Tamiz auditivo. Actualmente es una necesidad verificar la audición del neonato antes del egreso.¹⁵
 - Tamiz de cardiopatía crítica. Permitirá detectar algunas de las malformaciones cardíacas ocultas más frecuentes.^{16,17}
 - Bilirrubina transcutánea. (Aún no disponible en todos los centros) se debe realizar una determinación de bilirrubina transcutánea antes del egreso y analizar el riesgo de hiperbilirrubinemia intensa con las curvas de Buthani.¹⁸⁻²¹ De acuerdo con el riesgo, se toma muestra sanguínea, se cita para nueva determinación transcutánea o se dan sólo indicaciones sobre signos de alarma.
 - Tamizado metabólico. Se deberá tomar la muestra de talón al menos 48 horas después del nacimiento. Si el neonato egresa antes deberá citarse a los padres para que acudan a toma de la muestra 48 a 72 horas después.²²
 - Tamizado oftalmológico. Actualmente es obligatorio en México; puede realizarse desde el nacimiento hasta la cuarta semana, dependiendo de la edad gestacional y de los factores de riesgo.²³
- Actualmente existe la tecnología para un tamizado infeccioso y tóxico; seguramente en los próximos años podremos realizar detección no sólo de enfermedades sino establecer el riesgo de presentarlas a lo largo de la vida, por lo que el médico deberá estar atento para realizar una medicina preventiva efectiva.

En situaciones especiales se tomarán productos sanguíneos, por ejemplo: grupo sanguíneo, Rh y Coombs cuando la madre sea Rh negativo; glucosa semicuantitativa en neonatos de bajo peso, macrosómicos o hijos de madre con diabetes.²⁴

Indicaciones al alta

Al alta del binomio debe dárseles a los padres, por escrito, toda la información médica sobre el nacimiento: fecha, hora, somatometría, valoraciones de Apgar y Silverman-Andersen, edad gestacional, vacunas aplicadas y estudios de tamizaje realizados. Los progenitores deben conocer el peso de su hijo al egreso. Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa. Se enuncian a continuación los más importantes, sin que sean limitativos:

1. Alimentación. Preferentemente al seno materno a libre demanda. Los beneficios son numerosos y es el alimento de elección por naturaleza.²⁵ En caso de que la madre no quiera o no pueda amamantar se deberá indicar tipo de fórmula y la forma correcta de prepararla. No se debe dar ningún otro alimento, agua, ni endulzar la fórmula.²⁶
2. Aseo. Baño diario con agua tibia, jabón neutro a ácido. Lubricar piel con crema para bebé.
3. Cordón umbilical. Asearlo con agua y jabón; mantenerlo limpio y seco durante el día. Los antisépticos retrasan la caída, pero si las condiciones higiénicas de la habitación del bebé son deficientes se recomendará solución con clorhexidina a 4%.²⁷
4. Micciones. Debe haber 6 a 8 micciones al día; 6 o más horas sin orinar puede indicar deshidratación; en ese caso se deberá acudir a consulta.
5. Evacuaciones. Dependiendo del tipo de alimentación serán las evacuaciones; cuando son exclusivamente amamantados son semilíquidas, amarillo mostaza con grumos blancos después de cada tetada. En caso de alimentación con fórmula pueden ser 1 o 2 al día, café o verde, pastosas. Es normal el pujo para evacuar.
6. Ictericia. Dos terceras partes de los neonatos tendrán ictericia fisiológica que no requiere tratamiento. Aunque la luz solar convierte la bilirrubina liposoluble en hidrosoluble, la limitada disponibilidad a su exposición la hace ineficaz para tratamiento de la ictericia patológica. En tal caso se requerirá fototerapia.
7. Chupón. La mayoría de las veces no se recomienda su uso, pues se relaciona con destete temprano, sofocación, caries, mala oclusión (si se usa en edades avanzadas) e infecciones (si existen malas condiciones higiénicas). Sin embargo, se ha reconocido reducción en la incidencia de muerte súbita del lactante. Quizá en algunos neonatos con factores de riesgo pueda aconsejarse su uso.^{28,29}
8. Circuncisión. La discusión ha sido prolongada. Hay pocas indicaciones médicas para su realización y 80% de las realizadas se hace sin ninguna de ellas. Se sugiere informar a los padres los beneficios y riesgos potenciales y que sepan que se trata de un procedimiento electivo;³⁰ cuando los padres están decididos a hacerla lo mejor es realizarla antes del egreso del neonato por personal capacitado.
9. Hábitos de dormir. La recomendación actual es dormir boca arriba, sin colchón demasiado blando, sin cubrir la cara y nunca compartiendo la cama con los padres.³¹
10. Se debe acordar consulta entre el quinto y séptimo días después del nacimiento para evaluar el éxito en alimentación, estado de hidratación, recuperación del peso de nacimiento, ictericia y, sobre todo, para aclarar las dudas que inevitablemente tendrán los padres una vez que se encarguen del cuidado de su bebé en casa.

REFERENCIAS

- Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)* 2009;71(9):349-361.
- Duley L, Batey N. Optimal timing of umbilical cord clamping for term and preterm babies. *Early Hum Dev* 2013;89(11):905-8.
- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD004074.
- Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J et al. Neonatal resuscitation. *Circulation* 2010;122(Suppl 3):S909-919.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
- Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatr Int* 2010;52(2):161-70.
- Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg* 1953;Jul-Aug:260-267.
- Silverman WA, Andersen DH. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. *Pediatrics* 1956;17(1):1-10.
- Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*. México D.F. a 15 de octubre de 2012.
- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatrics* 1978;93(1):120-122.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. *Diario Oficial de la Federación*. México D.F. 6 de enero de 1995.
- Martín-López JE, Carlos-Gil AM, Rodríguez-López R, Villegas-Portero R, Luque-Romero L, Flores-Moreno S. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding of the newborn. *Farm Hosp* 2011;35(3):148-55.
- Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002776.
- US Preventive Services Task Force. Universal screening for hearing loss in newborns: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2008;122(1):143-8.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-0031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño. *Diario Oficial de la Federación*. México D.F. 9 de febrero de 2001.
- Bradshaw EA, Martin GR. Screening for critical congenital heart disease: advancing detection in the newborn. *Curr Opin Pediatr* 2012;24:603-608.
- Mahle WT, Newburger JW, Matherne P, Smith FC, Hoke TR, Koppel R. Role of pulse oxymetry in examining newborns for congenital heart disease: A scientific statement from the AHA and APA. *Pediatrics* 2009;124(2):823-836.
- Bhutani VK, Vilms RJ, Hammerman-Johnson L. Universal bilirubin screening for severe neonatal hyperbilirubinemia. *J Perinatol* 2010;30:Suppl:S6-15.
- Buthani VK, Stark AR, Lazzeroni LC, Poland R, Gourley GR, Kazmierczak S et al. Predischarge screening for severe neonatal hyperbilirubinemia identifies infants who need phototherapy. *J Pediatr* 2013;162(3):477-482.
- Mohamed I, Blanchard AC, Delvin E, Cousineau J, Carceller A. Plotting transcutaneous bilirubin measurements on specific transcutaneous nomogram results in better prediction of significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns: a pilot study. *Neonatology* 2014;105(4):306-11.
- Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy-term and near-term newborns. *Pediatrics* 1999;103(1):6-14.
- Secretaría de Salud. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. *Diario Oficial de la Federación*. 24 de junio de 2014.
- Peña Nieto E, Osorio Chong MA. Decreto por el que se reforma el artículo 61 de la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. 25 de enero de 2013.
- Karlsen KA. The S.T.A.B.L.E. Program 6th ed. Park City: The STABLE Program, 2012.
- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827-841.
- Langman R. Discharge procedures for healthy newborns. *Am Fam Physician* 2006;73:849-52.
- Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (3).
- Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J Pediatr (Rio J)* 2009;85(6):480-9.
- Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician* 2009;79(8):681-5.
- American Academy of Pediatrics. Male circumcision. Technical report. *Pediatrics* 2012;130(3):e756-785.
- Trachtenberg FL, Hass EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factors changes for sudden infant death syndrome after initiation of back-to-sleep campaign. *Pediatrics* 2012;129:630-638.