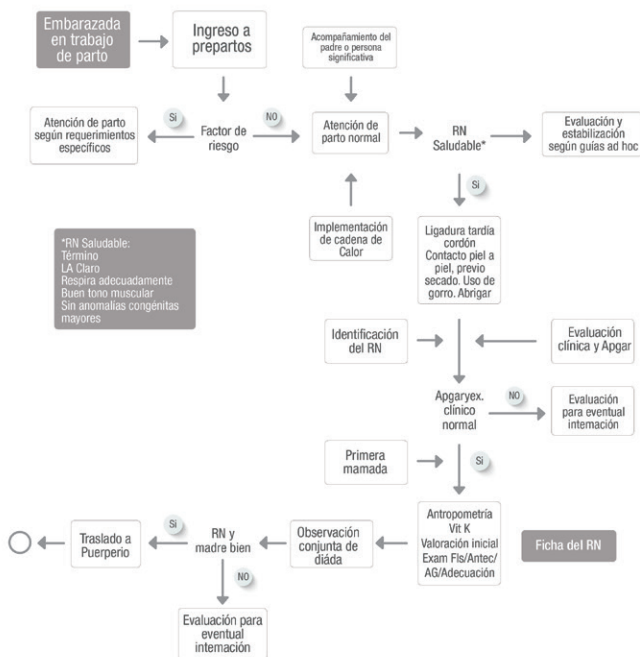


ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO SANO

Dr. Fernando Carvajal E.

El nacimiento de un niño (a) es un evento trascendental para una familia. La atención inmediata del neonato sano debe sustentarse en recomendaciones que combinen la mejor evidencia disponible con las preferencias de los usuarios y la experiencia de los equipos de salud. Por ende, debe existir un balance entre la evaluación de las necesidades clínicas del neonato y de su madre y la posibilidad de facilitar que los padres puedan disfrutar estos momentos biográficos. En casos de riesgo se debe adaptar a las necesidades clínicas correspondientes.

Flujograma del proceso:



Objetivos:

1. Vigilar la adaptación cardiorrespiratoria neonatal
2. Cautelar el logro de una adecuada termorregulación del neonato
3. Fomentar el apego con sus padres y el inicio de una adecuada lactancia
4. Pesquisar precozmente la presencia de malformaciones congénitas u otras patologías
5. Realizar evaluación antropométrica e identificación del neonato
6. Efectuar profilaxis de algunas patologías neonatales.

Descripción y Fundamentos del Proceso [Nivel de Evidencia (NE) y Grado de Recomendación (GR)]:

- Durante el trabajo de parto debe valorarse los antecedentes de la embarazada. Si existen factores de riesgo debe estructurarse una atención acorde a dichos antecedentes. En el caso de no existir, se aplica el esquema descrito.
- Durante la estadía en Sala de Partos debe propiciarse el acompañamiento del padre del bebé (o alguna persona significativa para la madre) [NE: 1+; GR: B].
- Para favorecer una adecuada termorregulación, debe asegurarse implementarse los 10 pasos definidos como la "Cadena de calor" por la OMS [NE: 4; GR:D], entre los cuales está el que la Sala de Partos se encuentre adecuadamente calefaccionada.
- Si al nacer se aprecia un bebé saludable (término, LA claro, respira adecuadamente, buen tono muscular, sin anomalías congénitas mayores), se debe realizar un pinzamiento tardío del cordón (60 segundos) ya que facilita la transfusión placentaria, logrando una mayor estabilidad hemodinámica y mejorando los depósitos de hierro en lactantes (pese al mayor riesgo de fototerapia). [NE: 1++; GR: A]
- Mientras el cordón se encuentre intacto, el bebé puede ser puesto en el abdomen o tórax de la madre, sin influenciar el volumen de la transfusión placentaria. Sin embargo, el efecto de la gravedad puede afectarlo, por lo debe evitarse poner a alturas mayores de 10 cm del introito. El tiempo de la ligadura del cordón debe ser registrado en la ficha del neonato [Práctica recomendada]. La recolección de sangre para Banco de células madre no debería interferir con la ligadura tardía del cordón [NE: 3; GR: A]
- No debe realizarse aspiración rutinaria al nacer de niños sanos. [NE: 1+; GR:A]
- El neonato debe ser puesto en contacto piel a piel con su madre para favorecer la condición de estabilidad fisiológica del niño, favorecer el apego, fomentar la lactancia materna y mejorar la satisfacción usuaria [NE: 1+; GR: B]. Previamente se secará y se cubrirá con paños precalentados. La cabeza debe ser cubierta con un gorro de algodón para disminuir la pérdida de calor. [NE: 2+; GR: C]

- Para asegurar la activación de las conductas prealimentarias de un neonato se debe mantener en contacto piel a piel con el pecho de su madre en forma ininterrumpida durante la primera hora de vida. [NE: 1-; GR: B]. La alimentación al pecho materno debe iniciarse durante ese período, para lo cual se debe posponer los procedimientos de antropometría, administración de vitamina K y el examen de niño hasta después de la primera mamada. [NE: 3; GR: D]
- Si la madre está imposibilitada de efectuar el contacto piel a piel, es posible plantearle al padre el realizar dicho procedimiento, obteniendo un efecto similar. [NE: 1-; GR: B]
- Debe evitarse la aspiración gástrica al nacer, ya que puede alterar el inicio de la alimentación y generar molestias innecesarias al neonato. [NE: 2+; GR: C]
- Inmediatamente después de nacer todo neonato debe ser identificado con una pulsera con el nombre de su madre, la que debe ser puesta con la observación de ella y no debe ser retirada hasta después del alta. [Práctica recomendada]
- La evaluación inicial del RN (incluyendo el Apgar) debe comenzar mientras se encuentra en contacto piel a piel. Después de la primera alimentación y antes de las 24 de vida deberá ser evaluado prolijamente en sus antecedentes y examen físico. [NE: 4; GR: D]
- La evaluación inicial debe registrar en la ficha el examen físico, las medidas antropométricas (peso, talla, perímetro craneano), el puntaje Apgar, la edad gestacional y el nivel de adecuación según la curva de Alarcón-Pittaluga. [NE: 2+; GR: D]
- Pese a que Neonatal Ballard Score ha demostrado una utilidad aceptable para estimar la edad gestacional (+/- 2 semanas), resulta inferior a lo que se logra con los antecedentes obstétricos, por lo que debería usarse sólo cuando exista una discordancia muy grande entre ambos datos. [NE: 2+; GR: D]
- Todos los neonatos deben recibir Vitamina K im (1 mg en >2000 g., 0,5 mg. en <2000 g. ó 0,3 mg en <1000 g) una vez que completó la primera mamada y dentro de las primeras 6 horas de vida. [NE: 1+; GR: B]. La administración se realizará mientras la madre lo amamanta, por su efecto analgésico. Si no fuera posible, se le podrá administrar entre 0,2 y 0,5 ml de sacarosa al 20% por vía oral, dos minutos antes, y se le ofrecerá una tetina para succionar. [NE: 2+; GR: C]
- El puntaje Apgar registrado sólo tiene un valor referencial retrospectivo y no debe ser usado para establecer pronósticos a largo plazo de la evolución neurológica de un neonato. [NE: 2+; GR: C]
- No se recomienda realizar el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN sano [NE: 2+; GR: C]. Se debe confirmar visualmente en las primeras horas la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad [NE: 4. GR: D].

- En países con incidencia de oftalmia neonatal gonocócica muy baja y buenas prácticas de control de salud materno-infantil, se ha suspendido la profilaxis rutinaria neonatal, sin observarse diferencias en la incidencia [NE: 3; GR: D]. Se puede considerar su uso frente a los siguientes factores de riesgo: Presencia de infección vaginal activa, ausencia de control prenatal, sospecha o historia de enfermedades de transmisión sexual, conducta sexual de alto riesgo, drogadicción. La profilaxis mediante la aplicación tópica de pomada de eritromicina al 0,5%, solución de nitrato de plata al 1%, pomada de tetraciclina al 1% o povidona yodada al 2,5%, se considera igualmente eficaz [NE: 1+; GR: A]. No se requiere el uso de profilaxis ocular en los RN por cesárea con bolsa íntegra.
- Los RN deben ser bañados cuando alcancen la estabilidad térmica y nunca antes de la primera hora de vida [NE: 1-; GR: B]
- Durante las dos primeras horas de vida el recién nacido debe estar vigilado por personal que pueda detectar cualquier alteración o signo clínico que pueda hacer sospechar la presencia de alguna patología en el niño [NE: 3; GR: D]. Una vez terminado el proceso de observación la madre y su hijo serán trasladados a Puerperio.
- Permanecerán en Sala de Observación, idealmente no más de 4 horas, los neonatos que presentan:
 - Malas condiciones maternas.
 - No han regulado la temperatura.
 - No normaliza sus signos vitales.
 - En espera de exámenes.
- Si la condición se mantiene a las 4 horas de observación, se debe hospitalizar.

Bibliografía:

1. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, Tamura M, Velaphi S; International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2015; 132(suppl 1): S204–S241.
2. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guidelines [CG190] Published date: December 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
3. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. España 2010
4. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). 2010
5. Carvajal F. Atención inmediata del neonato sano. Guías de Tratamiento UPC Neonatal Hospital La Serena. 2014-2015.