



Manejo de Recién Nacidos sanos en URNI y puerperio

Elaborado por: Dr. Jaime García Loyola
Revisado por: Dr. Rodrigo Donoso Macuada
Fecha: 28-abril de 2015

Objetivos:

- Estandarizar la atención del recién nacido sano en URNI y puerperio, garantizando las condiciones óptimas para la adaptación a la vida extrauterina.
- Mejorar la calidad y la seguridad de la atención del RN, disminuyendo la morbimortalidad
- Detección precoz de malformaciones y lesiones relacionadas con el parto
- Disminuir la posibilidad de ocurrencia de efectos adversos
- Asegurar la disponibilidad de personal especializado las 24 horas del día, todos los días del año

Responsables: Pediatra - neonatólogo. Matrona.

Ejecutores: Pediatra - neonatólogo. Matrona. TENS

Desarrollo

El nacimiento es un proceso muy complejo, que tiene grandes desafíos para el RN. En el medio ambiente fetal la temperatura, humedad, estímulos, nutrición y oxigenación entre otros están en gran medida controlados y asegurados por la madre; la transición al exterior se asocia a importantes cambios fisiológicos, entre los que destacan la termorregulación, el inicio de la respiración y el cambio de la circulación fetal a la extrauterina.

Es necesario que el equipo que va a atender al RN disponga del historial médico perinatal completo con la suficiente antelación, a fin de estar preparado ante factores de riesgo que puedan llevar a una enfermedad neonatal.

Considerando que la gran mayoría de los partos en mujeres sanas evolucionan con RN sin problemas, el objetivo prioritario de los cuidados postnatales es el reconocimiento precoz de las desviaciones de la normalidad, lo cual permitirá una intervención oportuna. Del mismo modo, conocer las variaciones de lo normal evitará exceso de intervenciones, que pueden ser perjudiciales para el RN, y que alteran el vínculo con su madre.

La estadía del binomio madre-hijo debe ser lo suficientemente larga para permitir identificar problemas en forma precoz, y para asegurarse que la madre y su familia están adecuadamente preparadas para cuidar al RN.

Para esto se requiere que el personal esté capacitado en la atención durante este período, y que dicha capacitación se actualice en forma periódica.

El cuidado del RN en los primeros días de su vida requiere, al menos, de cuatro evaluaciones:

- Atención inmediata al nacer
- Durante el período de transición (primeras horas de vida)
- Entre las 6 y 24 horas de vida
- Previo al alta.

Este protocolo comprende estas cuatro evaluaciones.

Atención inmediata

Es el cuidado que recibe el RN post parto. Lo más importante es la detección de situaciones con riesgo vital para el RN, la más común es la depresión cardiorrespiratoria. Por esta razón, esta atención debe realizarse en la misma sala de partos o en un lugar adyacente; dicho lugar debe tener una temperatura (27° a 28°), iluminación y equipamiento adecuados para evaluar al RN y realizar los procedimientos que se requieran. Previo a esta atención el personal debe estar al tanto de todos los antecedentes perinatales, a fin de anticiparse a cualquier complicación del parto; estos datos se encuentran en la ficha de atención del RN, además debe consultarse con el equipo obstétrico sobre el caso en cuestión. Hay que recordar que no todos los RN que necesitarán maniobras de reanimación tienen antecedentes que permitan predecir esta situación, por lo tanto en todo parto debe haber personal capacitado para realizar maniobras de reanimación y se debe contar con el equipamiento necesario para iniciar una reanimación. (Ver anexo 1).

Previo a todo parto se debe revisar la presencia y el funcionamiento de los equipos e insumos a usar en la atención inmediata

En los partos de término, que no tengan antecedentes de riesgo para el RN, la atención inmediata debe ser dada por un(a) matrn(a), en todos los otros casos debe estar presente un médico

Los procedimientos a realizar en la atención inmediata son los siguientes, en orden cronológico:

- 1.- **Evaluación inicial**; comprobar que se vea saludable, incluye respiración, frecuencia cardíaca y tono del RN; esto condiciona los siguientes pasos. Si estos parámetros están normales, no hay antecedentes prenatales patológicos y el RN tiene 35 o más semanas de edad gestacional se lo coloca con su madre en apego; el apego debe ser supervisado en forma permanente, especialmente la respiración, color, tono y movimientos; matrona y TENS deben supervisar el apego. Si el RN no respira ni llora, tiene frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto o tiene mal tono se debe aplicar la pauta de reanimación neonatal. Si el RN es menor de 35 semanas o

tiene antecedentes patológicos prenatales debe ser trasladado a la Unidad de Recién Nacido Inmediato

2.- **Despejar la vía aérea** si es necesario, aspirar orofaringe si hace falta. No se recomienda la aspiración nasogástrica ni orogástrica de rutina; se reserva para RN con sospecha de malformación intestinal o salivación abundante. Asimismo, tampoco se recomienda el uso rutinario de termómetro o sonda rectal; sólo se debe realizar en sospecha de obstrucción o en ausencia de eliminación de meconio en las primeras 24 horas.

3.- **Secar**; usar compresa limpia precalentada, tener más compresas para reemplazarlas a medida que sea necesario.

4.- **Dar calor**; si las condiciones lo permiten se puede realizar el apego con la madre, si esto no fuera posible se puede hacer con el padre. La duración del apego es de una a dos horas

5.- **APGAR**, realizarlo al minuto y a los 5 minutos posteriores al ligamiento del cordón umbilical. Si el puntaje a los 5 minutos es menor que 7, se deben realizar mediciones adicionales del APGAR cada 5 minutos hasta los 20 minutos

Criterio	Cero	Uno	Dos
A (Apariencia, Coloración)	Azulado todo el cuerpo (cianosis)	Azulado en extremidades y cuerpo rosado (acrocianosis)	Todo rosado
P (Pulso, frecuencia Cardíaca)	Ausente	< 100 latidos/min	> 100 latidos/min
G (Gesticulación, Reflejo de irritabilidad)	No responde a la estimulación	Llanto y gesticulación débil a la estimulación	Llora y avienta cosas
A (Actividad, Tono muscular)	Ausente	Poca flexión	Brazos y piernas flexionadas.
R (Respiración)	Ausente	Débil, irregular, jadea	Fuerte, vigorosa, llora

6.- **Ligadura y sección del cordón umbilical.** Se recomienda que sea tardío, 2 a 3 minutos post parto, o cuando deje de latir. Ligar en forma más precoz en caso de SFA y RN deprimido, RN deprimido con meconio espeso, madre con anestesia general,

circular irreductible al cuello, RCIU severo con doppler alterado, malformaciones severas con exposición de tejido (gastrosquisis, onfalocele, meningocele, anencefalia), DPPNI, metrorragia severa. En estos casos, además hay que tomar gases de cordón, para lo cual hay que realizar doble pinzamiento del mismo Colocar al RN en el mismo plano que la placenta o levemente inferior; no se recomienda exprimir el cordón umbilical.

La ligadura debe realizarse a 4 cms de la inserción abdominal.

7.- **Identificación del RN;** se debe colocar un brazalete con los datos de la madre y del RN, la fecha y hora de nacimiento y el sexo del RN. Se debe realizar en presencia de la madre y/o el padre, a quienes se les deben leer los datos mencionados y deben confirmarlos para una identificación correcta.

8.- **Antropometría:** peso, talla, circunferencia craneana, circunferencia torácica

9.- **Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN** con vitamina K, se realiza con 1 mg I.M. a los RN mayores de 2 kilos de peso y 0,5 mg para los menores de 2 kilos de peso.

10.- **Aseo ocular** con suero fisiológico; ya no se recomienda la colocación de colirio antibiótico.

11.- **Examen físico general y segmentario;** determinar la edad gestacional según el examen físico y la adecuación del peso a la misma. Revisión completa del RN.

12.- **Definir el nivel de cuidado del RN**

13.- **Inicio del amamantamiento** durante la primera hora de vida.

14.- **Información a padres;** debe incluir datos de sexo, antropometría, EG y condiciones generales del RN. En caso de

15.- **Completar la historia clínica**

Periodo de transición

Corresponde aproximadamente a las 2 primeras horas desde el parto y es el periodo donde se producen los cambios más importantes en la adaptación del RN al medio extrauterino. Debe realizarse junto a la madre, idealmente piel a piel, en ambiente

tranquilo y cálido (27-28°C), supervisando en todo momento el bienestar del binomio y recordando que durante este periodo ocurren variaciones fisiológicas de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, estado de alerta y actividad motora del RN (“primer y segundo periodo de reactividad”). Una vez realizados los procedimientos ya descritos y si la evolución es normal se indicará el traslado junto a su madre a la habitación.

Puerperio

Fenómenos fisiológicos

Es importante que el equipo de salud los conozca, a fin de poder resolver las dudas maternas y evitar alarmar innecesariamente.

Baja de peso en relación al peso de nacimiento: puede ser de alrededor de 2% a 3% diaria; llega a 6% a 7%, máximo 10% al 3° a 4° días de vida; posteriormente inicia la recuperación del peso, alcanzando el peso de nacimiento el día 7.

Diuresis: se debe registrar la emisión de la primera diuresis; es frecuente que ocurra durante la atención inmediata; el 92% lo hace en las primeras 24 horas, y el 100% a las 48 horas; de no ser así, debe sospecharse una anormalidad renal o de vías urinarias. La presencia de manchas anaranjadas en el pañal corresponde a uratos urinarios, es un fenómeno normal.

Meconio: debe registrarse la primera emisión de meconio; el 69% lo hace durante las primeras 12 horas de vida, el 94% durante las primeras 24 horas, y el 99% durante las primeras 48 horas. Inicialmente es de color verde oscuro, negruzco; pasados los primeros 3 a 4 días cambia a deposiciones amarillentas, semilíquidas, espumosas y explosivas ocasionalmente. Se debe explicar a la madre de estos cambios, especialmente a la primípara. El número de deposiciones diarias es muy variable, puede ser desde una con cada alimentación, hasta una cada dos a tres días.

Regurgitaciones: pueden ser frecuentes y se deben a inmadurez del cardias, se debe recomendar a las madres eliminar bien los gases post alimentación y la posición decúbito supino con la cuna inclinada en 30° la cabecera. Se debe advertir a la madre

que se fije si son explosivos, o son biliosos, o se asocian a baja significativa de peso, en cuyo caso se debe evaluar al RN

Efectos hormonales: son producidos por estrógenos maternos; afectan a ambos sexos, produciendo ingurgitación mamaria que puede tener secreción láctea alrededor del quinto día de vida, no se deben exprimir las mamas. Las mujeres pueden presentar flujo vaginal blanquecino o incluso pérdida de sangre por vía vaginal, esto no requiere nada más que educación a la madre.

Ictericia: ocurre en la mayoría de los RN durante los primeros días de vida; la ictericia fisiológica llega a su máximo alrededor de los 4 a 5 días, para luego ir disminuyendo y resolverse alrededor de los 10 a 14 días.

Se deben evaluar los factores de riesgo, especialmente los relacionados con: historia familiar de hiperbilirrubinemia neonatal previa, asfixia NN, incompatibilidad de grupo clásico o Rh, colecciones sanguíneas, hipoalimentación

Si aparece durante el primer día de vida siempre es patológica y requiere una evaluación rápida,

Se debe advertir a la madre que si la ictericia va en aumento debe consultar, en los casos necesarios se debe controlar con bilirrubinemia y eventualmente citar a control al Policlínico de Neonatología con posterioridad al alta.

Piel: En las primeras 24 h y después de las primeras 2 h de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado. Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritemato papulares, a las cuales se les ha mal llamado *eritema tóxico*. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular de preferencia en tronco y extremidades. Ocasionalmente, alguna de las pápulas presenta una pequeña pústula en el centro. El aseo con un jabón neutro disminuye la intensidad de este eritema. Se diferencia fácilmente de otras lesiones de la piel de carácter patológico. El milium corresponde a la obstrucción y dilatación de glándulas sebáceas del dorso nasal, que se manifiesta como pequeñas pápulas blanquecinas. Los hemangiomas planos son frecuentes en la zona frontal, párpados, filtrum nasal y zona occipital. Melanocitosis neonatal congénita o mancha mongólica, es de color azul pizarra de tamaño variable, se ubica en distintas partes del cuerpo, normalmente en el dorso, nalgas o glúteos. Son benignas y desaparecen o se atenúan en el curso del primer o segundo año de vida, en algunos casos persisten hasta los 6 años.

Lanugo: pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.

Sueño: En los primeros días de vida el sueño es superficial, se puede ver al niño parpadear, quejarse, mover sus manitos, presentar movimientos de sobresalto, los que son absolutamente normales y no tiene relación con que éste soñando o se asuste.

El ciclo de sueño y actividad es individual para cada niño. Es importante reconocer los signos de comunicación de su hijo y su ritmo sueño-vigilia. Al principio el bebe no distingue entre el día y la noche. Se despierta cada vez que tiene hambre. Duerme alrededor de 18 a 20 horas.

PROCEDIMIENTOS PUERICULTURA

- Control Signos Vitales diario o según indicación médica. Realizado por matrona y TENS
- Peso al segundo día de vida y/o al alta del Recién Nacido. TENS.
- Evaluación clínica, física y de alimentación por matrona de turno unidad de Puerperio o Puericultura.
- Referir a médico de turno en caso de alteración.
- Toma de exámenes según indicación médica o protocolo.
- Gestión de interconsultas. Realizado por matrona y TENS.
- Evaluación riesgo psicosocial y derivación a equipo psicosocial. Realizado por matrona y médico.
- Educación cuidados del Recién Nacido, Lactancia Materna, etc. Realizado por matrona, TENS y médico.
- Toma TSH-PKU 48 horas de vida de recién Nacidos mayor a 37 semanas, o citación a Policlínico Neonatología en Recién nacidos prematuros según norma vigente. Registro en planilla de TSH-PKU, ficha clínica, carnet control recién nacido. Realizado por matrona
- Vacunación BCG a todo Recién Nacido que cumpla requisitos de vacunación idealmente primer día de vida, ingreso registro de vacunas al Programa Nacional de Inmunización, registro en ficha clínica, carnet control recién nacido y libro de Unidad de Atención Inmediata de Recién nacido. Realizado por matrona.
- Aseo matinal recién nacido el primer día de vida, verificar si recién nacido termorregula bien, educación a la madre sobre aseo del recién nacido, incluyendo aseo de cordón y cavidades.
- Toma examen auditivo del recién nacido realizado por fonoaudiólogo (a) previo al alta del recién nacido.
- Detección Neonatal de Cardiopatías Congénitas mediante saturimetría de pulso, realizado a todas/os los recién nacidos previo al alta o segundo día de vida, según protocolo.
- Evaluación por médico previo al alta (ver criterios para el alta de un RN)

Criterios para el alta de un recién nacido

- Evolución y examen físico sin alteraciones que requieran hospitalización.
- Registro de los signos vitales dentro de los rangos normales y estables en las 12 horas pre alta: frecuencia respiratoria menor de 60 respiraciones por minuto y sin signos de dificultad respiratoria; frecuencia cardíaca entre 100 y 160 latidos por minuto; temperatura axilar entre 36,5° y 37,4°.
- Diuresis regular y una deposición espontánea al menos. El 92% de los RN orina en las primeras 24 horas de vida, todos deben haberlo hecho a las 48 horas de vida, de no ser así sospechar malformación renal o de vías urinarias. El 69% de los RN elimina meconio en las primeras 12 horas de vida, el 94% en las primeras 24 horas de vida y el 99% en las primeras 48 horas de vida.
- El RN debe haberse alimentado exitosamente al menos dos veces en forma consecutiva, debiendo haber sido evaluada su función succión-deglución-respiración.
- Evaluación del peso, no debe sobrepasar el 10% de baja
- Evaluación del riesgo de hiperbilirrubinemia
- Evaluación de factores de riesgo de sepsis
- Debe tener los resultados para el screening materno para sífilis y VIH.
- Vacuna BCG colocada.
- PKU y TSH tomados.
- Screening auditivo realizado
- Detección neonatal de cardiopatías congénitas mediante saturometría de pulso realizada
- Evaluación de las competencias básicas de la madre en el cuidado del menor: amamantamiento y sus beneficios, cuidados de piel y cordón, reconocer signos de enfermedad, información de seguridad: posición supina al dormir, dormir en cuna propia, no fumar dentro de la casa

- Siempre está la posibilidad de citar al Policlínico de Neonatología a cualquier RN que lo amerite, se debe informar a la madre de síntomas y signos de alerta que la deben hacer consultar:
 - La presencia de fiebre o de hipotermia
 - La flacidez o llanto débil
 - Los cambios de color (palidez, cianosis (color azulado), o ictericia.
 - La dificultad para alimentarse al pecho o por biberón
 - Dos o menos evacuaciones urinarias por día
 - Vomito o llanto constantes
 - Ausencia de deposiciones con distensión abdominal
 - Pérdida de peso mayor al 10% del peso de nacimiento en los primeros días.
 - Sangrado del cordón umbilical.
- Finalmente se debe recordar que un RN por parto vaginal debe estar al menos 48 horas en el hospital, y un RN por cesárea de 3 a 4 días de estadía previo al alta. Siempre antes del alta debe ser evaluado por médico pediatra o neonatólogo

Anexo 1

Equipamiento para la atención neonatal

- Equipamiento básico
 - Contar con un lugar físico adecuado, con un Ambiente Térmico Neutral (26-28°C)
 - Cuna radiante, equipo de reanimación disponible y evaluada antes de cada parto.
- Equipo de reanimación
 - Equipo de Intubación:
 - Laringoscopio con hojas rectas de diferente tamaño (N° 0 para prematuros y N° 1 para término)

- Foco y baterías de reemplazo para laringoscopio
- TET de distinto calibre (2.5; 3; 3,5; 4) cinta adhesiva de fijación, alcohol algodón tijeras.
- Equipo de Aspiración:
 - Fuente de aspiración controlada
 - Sondas de aspiración (6, 8, 10 Fr)
 - Sonda de alimentación y jeringa de 10 -20 ml
 - Sistema de aspiración de meconio
- Equipo de Ventilación:
 - Bolsa de reanimación neonatal con válvula de liberación de presión autoinflable
 - Máscaras faciales para recién nacido de término y prematuros
 - Fuente de oxígeno con flujómetro y conexiones
 - Neopuff calibrado.
- Medicamentos:
 - Adrenalina
 - Solución fisiológica
 - Bicarbonato de sodio
 - Naloxona
 - Jeringas de 1 ,3, 5, 10, 20 ml
 - Agujas 23,25 y 27
 - Bránulas teflones.
- Equipo de cateterización umbilical:
 - Equipo de ropa estéril
 - Equipo de instrumental para cateterización
 - Bisturí
 - Cordonete
 - Solución antiséptica
 - Catéteres umbilicales 3.5 y 5 Fr
 - Llaves de tres pasos

- Guantes estériles.
- Misceláneos:
 - Guantes y protección personal adecuada
 - Reloj
 - Fonendoscopios
 - Cintas adhesivas adecuadas
 - Monitor cardíaco y de saturación

Bibliografía

- 1.- Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de ginecología y obstetricia. Minsal. 2013.
- 2.- **Guías de Práctica Clínica Pediátrica Hospital San Borja Arriarán. Jaime Valderas. El recién nacido sano. Capítulo 5. 2013**
- 3.- Policy statement. Hospital stay for healthy term newborns. Committe on fetus and newborn. Pediatrics volumen 125, número 2, febrero 2010: 405-409.
- 4.- Protocolo de atención inmediata neonatal y cuidados de transición del recién nacido. Jahnsen Johanne. Módulos de neonatología Universidad San Sebastián, Servicio de Neonatología Hospital de Puerto Montt 2013.
- 5.- Examination of the newborn baby. Queensland maternity and neonatal clinical guideline. Julio 2009.