Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano

Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología

(An Esp Pediatr 2001; 55: 141-145)

Las recomendaciones incluidas en este documento van dirigidas a la asistencia del recién nacido sano. Tras señalar las situaciones que deben comunicarse al pediatra-neonatólogo y los motivos por los que éste será requerido a sala de partos (en caso de cesárea urgente o electiva por patología grave o parto prematuro), se comentan las principales normas de actuación en la sala de partos y en el puerperio. En sala de partos se insiste en: cuidados del recién nacido, en especial del cordón umbilical; promoción del vínculo madre-hijo; identificación del recién nacido; evaluación de la adaptación a la vida extrauterina; profilaxis de la oftalmía neonatal y de la enfermedad hemorrágica del recién nacido; colocación en la cama; profilaxis de la hepatitis B. Las normas de actuación puerperales se refieren a alimentación, favoreciendo la lactancia materna; hospitalización junto a la madre; cribado de la hipoacusia y endocrinometabólico; alta de la maternidad, con especial vigilancia del alta precoz.

Palabras clave:

Recién nacido. Profilaxis. Sala de partos. Alimentación. Alta precoz.

RECOMMENDATIONS FOR THE CARE OF HEALTHY NEWBORN INFANTS

This article makes certain recommendations on the care of the healthy newborn. Firstly, we discuss the situations that should be reported to the pediatrician/neonatologist and the reasons why the presence of these specialists is required in the delivery room (urgent or elective cesarean section, preterm labor). Secondly, we discuss the most important guidelines to follow in the delivery room and after birth. Concerning care in the delivery room, we stress the importance of care of the newborn (especially of the umbilical cord), bonding between the mother and child, identification of the newborn, assessment of neonatal adaptation to extrauterine life, prevention of ophthalmia neonatorum and hypoprothrombinemia, placing the baby correctly in the crib and hepatitis B prophylaxis. Concerning the postnatal period, we recommend feeding (promotion of breast feeding), rooming-in with the mother if the newborn is hospitalized in the nursery screening for hypoacousia and metabolic diseases, and discharge with special surveillance in cases of early discharge.

Key words:

Newborn. Prevention. Delivery room. Feeding. Early discharge.

El pediatra es el encargado de la asistencia del niño enfermo y de promover, proteger y apoyar la salud de los recién nacidos sanos. Estas tareas deben ser realizadas prestando particular atención al binomio progenitores-hijo. Las siguientes recomendaciones se dirigen a la asistencia del recién nacido sano y por ello abordan una gran diversidad de aspectos relacionados con el cuidado de estos recién nacidos.

La asistencia al recién nacido en sala de partos es responsabilidad del pediatra-neonatólogo; no obstante, necesita de la colaboración de obstetras, comadronas y anestesistas para procurar las mejores condiciones de atención al recién nacido. El pediatra-neonatólogo será responsable de la atención al recién nacido siempre que se le requiera para ello y tomará las decisiones que a su buen criterio profesional sean más adecuadas para el niño.

Aunque la mayoría de los embarazos corresponden a partos normales, siendo los recién nacidos sanos y vigorosos, es conveniente recordar que la presencia de factores de riesgo para el feto hace obligatoria la presencia en la sala de partos del pediatra-neonatólogo u otra persona entrenada en la reanimación neonatal. De forma general, las situaciones que deben comunicarse al pediatra-neonatólogo se enumeran a continuación.

Correspondencia: Dr. J. Figueras Aloy.
Sociedad Española de Neonatología
Correo electrónico: figueras@medicina.ub.es

Recibido en mayo de 2001.
Aceptado para su publicación en mayo de 2001.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Problemas maternos. Enfermedad de la madre (respiratoria, cardíaca, renal, etc.), infección (VHB, VHC, VIH, etc.), consumo de fármacos o drogas, edad (madre adolescente o añosa), historia de esterilidad y abortos previos.

Problemas durante el embarazo: a) maternos: hipertensión arterial ligada al embarazo, diabetes gestacional, tabaquismo intenso, gestante portadora de *Streptococcus agalactiae*, etc.; *b)* fetales: prematuridad, posmadurez, retraso de crecimiento intrauterino, macrosomía, fetos múltiples, anomalías congénitas detectadas prenatalmente, y *c)* que afectan al líquido amniótico: oligoamnios e hidramnios, rotura prolongada de membranas.

Problemas que acontecen intraparto: placentarios: *a)* desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta, placenta previa (sangrante o no); *b)* prolapso de cordón; *c)* distocias por presentación anormal o parto instrumentado y riesgo de pérdida del bienestar fetal, y *d)* fiebre materna intraparto, líquido amniótico maloliente, líquido amniótico meconial.

El conocimiento de antemano de estas situaciones permitirá identificar a todos los recién nacidos de riesgo. El pediatra-neonatólogo será requerido a sala de partos en caso de cesárea urgente o electiva por enfermedad grave o parto prematuro. Además, es obligada su presencia cuando sea previsible que el recién nacido presente problemas que precisen una atención inmediata.

Los centros para la asistencia neonatal de cualquier nivel deben considerar que las únicas personas sin enfermedad que ingresan en un hospital son las madres y sus recién nacidos, lo que deberá afectar al trato que reciban por parte del personal sanitario y a las condiciones ambientales y de hostelería, para de esa forma conseguir que su estancia hospitalaria sea lo más confortable posible.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN LA SALA DE PARTOS

Si el recién nacido está en buenas condiciones y es sano o de bajo riesgo, los objetivos fundamentales que se deben conseguir serán: evitar pérdidas de calor, facilitar el contacto progenitores-hijo, fomentar la lactancia materna y evaluar constantemente la situación del recién nacido.

En todos los partos vaginales en que las condiciones de la madre y el recién nacido lo permitan, con objeto de promover el apego a través del contacto piel con piel y el mutuo reconocimiento, el recién nacido se colocará sobre el pecho de su madre (cubriéndolo con un paño estéril tibio). La evaluación del niño durante este primer minuto de vida puede ser realizada por inspección (color, respiración, pulso en el cordón, tono muscular, actividad refleja). En las cesáreas con anestesia epidural y buen estado clínico de la madre y el recién nacido debe, con alguna modificación en las posiciones, facilitarse la interacción madre-hijo de forma similar a lo referido para los partos vaginales. La duración del período de interacción inicial se adaptará a cada caso particular y por lo tanto se individualizará de acuerdo con el estado y las necesidades del niño.

La evaluación (test de Apgar), examen, cuidados de higiene, medidas profilácticas, así como la detección de malformaciones evidentes (atresia o imperforación de ano, paso de sonda nasogástrica para reconocer la atresia de esófago y de coanas) consumirán el menor tiempo posible y se realizarán después del período de contacto inicial piel con piel con su madre. Posteriormente a estos cuidados, una vez confirmada la normalidad del recién nacido, este será vestido y nuevamente colocado sobre el pecho de la madre durante el período de alumbramiento de la placenta.

Cuando exista sospecha de infección transmitida por sangre y paso a través del canal del parto, o un líquido amniótico maloliente, es conveniente limpiar la piel del recién nacido, secándola inmediatamente con un paño tibio para evitar pérdidas de calor.

Ligadura y asepsia del cordón umbilical con pinza estéril y desechable, a ser posible del mismo color y con el código de identificación de los brazaletes. Ningún procedimiento de cuidado y asepsia del cordón ha demostrado ser superior a los demás. La asepsia de cordón no debe ser realizada con soluciones yodadas, sino con alcohol de 70° aplicado dos o tres veces al día tras el cambio de pañal, hasta la caída del cordón y la cicatrización umbilical.

Con objeto de promover el vínculo a través del contacto y el mutuo reconocimiento, una vez comprobado el adecuado estado del recién nacido y siempre que la situación materna lo permita, se recomienda colocarlo en contacto directo con la piel de su madre, facilitando el amamantamiento inmediato[1].

Se identificará al recién nacido en presencia de la madre antes de salir del paritorio mediante la colocación de un brazalete con códigos de identificación, a ser posible del mismo color, en la muñeca de la madre, el tobillo del recién nacido y la pinza umbilical. También puede recogerse en un papel secante la huella dactilar de la madre y unas gotas de sangre de cordón del recién nacido, con el fin de practicar si es necesario un estudio de ADN (análisis de los fragmentos STR de los cromosomas, que no contienen código genético) en caso de que posteriormente existan dudas sobre la identidad del recién nacido[2]. Sin embargo, este sistema de identificación está pendiente de la normativa legal. La huella o impresión plantar debería abandonarse, pues la dificultad de una obtención correcta condiciona que sólo sea útil en menos del 30% de los casos.

Evaluación de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Tendrá lugar tras la toma de contacto del niño con sus padres, valorando: *a)* color de piel y temperatura; *b)* llanto y actividad espontánea, y *c)* respiración y tono muscular.

Profilaxis de la oftalmía neonatal. Para la profilaxis ocular se recomienda la utilización de pomada oftálmica de

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

eritromicina al 0,5% o de tetraciclina al 1% (aplicando una cantidad similar a un grano de arroz en cada ojo) o colirio de eritromicina o tetraciclina (administrando 1 o 2 gotas en cada ojo en el saco conjuntival inferior).

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Para evitar el riesgo de enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K_1 en las primeras 2-4 h de vida, no siendo recomendable el retraso de dicha administración más allá de las primeras 12 h de vida. La dosis recomendada es 1 mg por vía intramuscular una sola vez en la cara anterolateral del muslo. La vía oral es menos efectiva, debiéndose administrar 2 mg que se repetirán a la semana y 4 semanas como mínimo, en especial si toma lactancia materna. Estas dosis se doblarán si la madre recibía tratamiento anticonvulsionante.

Una vez pesado el recién nacido se procederá finalmente a vestirlo. En la cuna se le colocará en decúbito supino o lateral derecho.

Se recomienda conocer e identificar a las madres positivas al antígeno superficial de la hepatitis B (HBsAg) y en caso de positividad administrar al recién nacido inmunoglobulina específica (0,5 ml, en las primeras 12 h) e iniciar la vacunación (10 μg de vacuna ADN recombinante en la primera semana de vida y que se repetirá en dos ocasiones en el primer semestre). Si no se ha realizado cribado serológico a la madre durante el embarazo o se desconoce la serología materna para el virus de la hepatitis B (VHB), se determinará durante su ingreso con la mayor rapidez posible. Los recién nacidos de madres positivas al antígeno superficial de la hepatitis B que hayan recibido la profilaxis podrán ser alimentados al pecho.

Se recomienda que el recién nacido permanezca, siempre que sea posible, con los padres bajo observación clínica con el fin de detectar cualquier alteración en su adaptación puerperal.

Normas de actuación posparto

Los controles pediátricos del recién nacido deben ser diarios, mientras permanezca con su madre en la maternidad, incluyendo realización de historia clínica y exploración completa en las primeras 24 h de vida y previa al alta. Durante su estancia se vigilarán, junto a los hábitos fisiológicos (micciones, deposiciones), los problemas neonatales habituales (ictericia, temblores, infecciones cutáneas, conjuntitivis y onfalitis) y las dificultades de la lactancia (hipogalactia, técnica defectuosa).

Alimentación

Los recién nacidos deben ser alimentados tan pronto como sea posible. Se recomienda y debe favorecerse la alimentación con lactancia materna, teniendo en cuenta que la información y actitud unánimes del personal sanitario influyen de manera decisiva en su realización. Asimismo el hospital no debe ser estrictamente rígido con el horario de las tomas y esta norma debe comunicársele a la madre. Tampoco es aconsejable el control "por reloj" del tiempo de mamada. Se recomienda señalar en la historia obstétrica y en la hoja de la historia clínica del recién nacido, el deseo o no de la madre acerca de la lactancia materna, así como los antecedentes y factores de riesgo para la lactancia materna. Esta información en la historia permitirá detectar aquellas mujeres que requieran apoyo especial durante el inicio de la lactancia materna. En cualquier caso, en la alimentación del recién nacido sano deben observarse las siguientes recomendaciones:

1. No ofrecer suero glucosado ni alimentación suplementaria o complementaria sin una justificación.

2. Alentar a la madre si teme que la producción de leche pueda ser insuficiente.

3. No se debe descartar o tirar pequeñas cantidades de calostro.

4. Es aconsejable y deseable restringir las visitas familiares durante el acto de amamantamiento a su hijo.

5. No debe separarse al recién nacido de su madre, salvo que la atención a la salud de alguno de ellos lo exija.

6. Nunca se deben obsequiar muestras comerciales de fórmulas lácteas y en la propia maternidad se prohibirá la publicidad que estimula su compra y consumo.

Contraindicaciones de la lactancia materna:

– Medicación. Aunque casi todos los fármacos pasan a la leche materna en cantidades menores al 1-2% de la dosis recibida por la madre, no existen contraindicaciones estrictas para la alimentación con lactancia materna, excepto el tratamiento con propiltiouracilo, dicumarínicos, hidralacina, citostáticos e inmunosupresores, compuestos de litio y medicamentos que tienen como efecto secundario la inhibición de la lactancia.

– Enfermedad materna. Si una madre enferma tiene intención de lactar a su hijo, deberá extraerse la leche lo antes posible y desde luego la separación madre-hijo influye de manera desfavorable. En todo caso, es recomendable valorar siempre la relación enfermedad-medicación tomando la actitud pertinente de acuerdo con la valoración cuidadosa del beneficio-riesgo y las circunstancias. En nuestro medio se contraindica la lactancia a las madres portadoras de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La probabilidad de transmisión vertical del virus de la hepatitis C (VHC) a través de la leche materna es muy baja, por lo que podría aceptarse la práctica de lactancia materna. Si la carga viral de la madre es mínima (PCR a VHC negativa) puede indicarse la lactancia materna.

Hospitalización con la madre

El recién nacido debe estar hospitalizado el tiempo suficiente para su correcta evaluación y control a criterio del

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

pediatra, pero debe permanecer el mayor tiempo posible al lado de su madre. Con el fin de evitar los desplazamientos de los progenitores, debe interferirse lo menos posible la dinámica familiar, favorecer la lactancia materna y educar e involucrar a los progenitores en el cuidado del niño, siempre que sea posible se recomienda ingresar recién nacidos junto a la madre. Por ello, además de los recién nacidos sanos, en general pueden ingresarse con la madre los recién nacidos de riesgo o con problemas menores y buen estado general y que no requieren tratamientos intravenosos ni oxigenoterapia, como en situaciones de riesgo de infección, hijos de madres portadoras de *S. agalactiae*, asfixia perinatal sin encefalopatía hipoxicoisquémica, hijo de diabética gestacional, hijo de hipertensa grave, poliglobulia asintomática, prematuro de 35-36 semanas, peso de nacimiento entre 2.100 y 2.300 o superior a 4.300 g, hipoglucemia leve transitoria, diagnóstico prenatal que requiere exploraciones complementarias de imagen, hijo de madre VIH positiva que requiere tratamiento con zidovudina, hijo de madre HBsAg positiva o ictericia leve que requiere fototerapia. Se recomienda aprovechar la estancia de la madre para profundizar en temas de educación sanitaria y puericultura.

Aunque somos conscientes de que esta recomendación de futuro puede exigir cambios graduales en la estructura hospitalaria de las maternidades, ofrecer esta posibilidad a recién nacidos de riesgo o con problemas menores y buen estado general aporta potenciales ventajas médicas, familiares y de gestión de recursos:

Médicas: disminuir el número de ingresos en el servicio de neonatología; no interferir con la lactancia materna; favorecer la educación familiar e involucrar a ambos progenitores en el cuidado del niño.

Familiares: menor ansiedad en los padres; no interferencia del proceso de vínculo al no separar temporalmente al recién nacido de sus padres; no interferir la dinámica familiar; mayor satisfacción de los padres.

Gestión de recursos: acceso más fácil a los servicios; mayor flexibilidad en la oferta de camas en neonatología; mejor optimización de recursos humanos.

Cribado de la hipoacusia[3,4]

Se recomienda su realización en todos los recién nacidos antes del alta hospitalaria. Conocedores de las dificultades actuales, la estrategia consistiría en iniciar el programa con los grupos de riesgo para posteriormente generalizarlo a todos los recién nacidos. El objetivo sería explorar al 100% de los recién nacidos, aceptando como mínimo una cobertura del 95%. El programa debe detectar a todos los niños con hipoacusia bilateral con un umbral superior a 35 dB en el mejor oído. Se utilizarán técnicas de otoemisiones acústicas (OEA) y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC), solas o en combinación. Las OEA pueden dar falsos positivos en presencia de detritos o líquido en el oído externo y medio, y falsos negativos en las lesiones retrococleares. Los grupos de riesgo son: historia familiar de hipoacusia neurosensorial congénita o instaurada en la primera infancia; infecciones intrauterinas; malformaciones craneofaciales; peso al nacimiento inferior a 1.500 g; hiperbilirrubinemia grave; uso de fármacos ototóxicos; meningitis bacteriana; hipoxia–isquemia perinatal; ventilación mecánica durante más de 5 días; estigmas asociados a síndromes que cursen con hipoacusia.

Cribado endocrinometabólico

Los programas de detección precoz se efectuarán a partir del tercer día de inicio de la alimentación. La punción de talón permite una fácil recogida de las muestras de sangre y no es demasiado traumática para el niño. El cribado incluirá obligatoriamente la detección del hipotiroidismo congénito utilizando como marcador a la TSH (normal < 10 U/ml) y de la fenilcetonuria determinando la fenilalanina (normal < 2,5 mg/dl). En algunas Comunidades Autónomas el cribado incluye otras enfermedades como la hiperplasia suprarrenal congénita (empleando la 17,OH progesterona como marcador), la fibrosis quística (el marcador es la tripsina inmunorreactiva), la detección de la actividad de biotinidasa, etc., pero todavía no puede recomendarse su realización universal. Si se realizaran técnicas cromatográficas podrían determinarse también otros aminoácidos plasmáticos, detectando por ejemplo tirosinemias, leucinosis, etc. La muestra de orina, que es requerida menos veces, permitiría la detección de cistinuria y de sustancias reductoras, indicativas de galactosemia.

Alta de la maternidad

Es deseable que el alta del recién nacido y su madre tenga lugar pasadas las 72 h de vida, una vez efectuada la extracción sanguínea para el cribado endocrinometabólico. La estancia del recién nacido en el hospital durante más de 3 días permite descartar la existencia de infecciones perinatales, de malformaciones (sobre todo cardíacas) y de algunas metabolopatías graves y de inicio precoz. También ayuda al control de la instauración de la lactancia materna[5] y a la prevención de la hipogalactia, que condicionaría malnutrición, deshidrataciones hipernatrémicas e hiperbilirrubinemia patológica[6,7].

El alta precoz, entre 24 y 48 h de vida, en recién nacidos a término fruto de embarazos y partos no complicados, es posible si se cumplen todos los criterios siguientes.

Criterios clínicos

1. Recién nacidos a término de peso apropiado para la edad de gestación.

2. Normalidad en el examen clínico antes del alta. El examen debe ser registrado por escrito en la historia clínica.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

3. Capacidad de mantener la homeostasis térmica estando en una cuna abierta y vestido de forma apropiada.

4. Normalidad de los signos vitales: frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

5. Capacidad de alimentarse por vía oral y coordinar adecuadamente la succión, la deglución y la respiración mientras se alimenta.

6. Al menos una evacuación de orina y deposición antes del alta.

7. No ictericia significativa en las primeras 48 h de vida.

8. Acceso de los padres a resolver cualquier duda respecto a los cuidados del niño.

Criterios sociales

1. Posibilidad de evaluación pediátrica del niño entre los 7 y los 15 días de vida. En la medida de lo posible esta evaluación debería ser realizada entre las 48 y 72 h después del alta.

2. Ausencia de factores de riesgo familiar[8], social o medioambiental como son: abuso materno de drogas o antecedentes de maltrato infantil o negligencia; historia de violencia familiar particularmente durante el embarazo actual; enfermedad mental en uno de los padres o ausencia de domicilio; madre adolescente, en particular si es primípara y soltera o no tiene apoyos familiares o sociales.

Criterios de laboratorio

Cribado endocrino metabólico establecido; serología materna para sífilis y hepatitis examinada y documentada; si la madre posee el grupo O positivo, se conocerá el resultado del test de Coombs directo. En su defecto, se dispondrá de sangre de cordón o neonatal para un rápido estudio en caso de que sea preciso.

El alta muy precoz (menos de 24 h de vida) será excepcional, y prácticamente siempre de tipo voluntario. Los criterios anteriores rigen igual para este grupo, pero es obligatorio entonces un examen pediátrico dentro de las primeras 48 h tras el alta.

Todo recién nacido deberá recibir un informe de su asistencia. La vigilancia en domicilio o por su pediatra es muy importante, ya que las altas precoces no permiten en ocasiones observar si el establecimiento de la lactancia es el adecuado. Vigilar especialmente que la ganancia de peso media sea de 20-30 g/día.

Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología

J. Figueras Aloy, A. García Alix, A. Alomar Ribes, D. Blanco Bravo, M.T. Esqué Ruiz y J.R. Fernández Lorenzo

Bibliografía

1. Gómez Papi A, Baiges MT, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. An Esp Pediatr 1998; 48: 631-633.

2. Comisión de identificación del recién nacido de la AEP. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. An Esp Pediatr 1999; 51: 512-513.

3. Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil (CODEPEH), Doménech E, Moro M, Manrique M, Morera C et al. Propuesta para la detección e intervención precoz de la hipoacusia infantil. An Esp Pediatr 1999; 51: 336-344.

4. Joint committee on infant hearing. Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 2000; 106: 798-817.

5. Lamb ME. Assessing parent-infant interaction during the perinatal period. Some cautions. Clin Perinatol 1998; 25: 461-469.

6. Committee on fetus and newborn. Hospital discharge of the High Risk neonate - Proposed guidelines. Pediatrics 1998; 102: 411-417.

7. Martín Puerto MJ, Pérez I, Belaustegui A. Alta precoz en Neonatología. An Esp Pediatr 1997; 46: 372-373.

8. Standing TS, El-Sabagh N, Brooten D. Maternal education during the perinatal period. Clin Perinatol 1998; 25: 389-402.