

## RECOMENDACIONES DE MÍNIMOS PARA LA ASISTENCIA AL RECIÉN NACIDO SANO

**Comité de Estándares de la SEN: J.Figueras Aloy, A.García-Alix, A.Alomar Ribes, D.Blanco Bravo, M<sup>a</sup>T.Esqué Ruiz, JR.Fernández Lorenzo**

El pediatra es el encargado de la asistencia del niño enfermo y de la prevención de la salud en el niño sano. Por ello las siguientes recomendaciones van dirigidas a la asistencia del **recién nacido sano** (RN) y serán de aplicación tras la gran mayoría de partos.

La asistencia al RN 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 neonato. El pediatra-neonatólogo será responsable de la atención al RN 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 dan lugar a partos normales, de los que se obtienen recién nacidos sanos y vigorosos, es conveniente recordar que una serie de riesgos para el feto hacen 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** son:

### *Problemas maternos*

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

### *Problemas durante el embarazo*

- Maternos: Hipertensión arterial ligada al embarazo, diabetes gestacional, tabaquismo intenso, gestante portadora de estreptococo agalactiae, ...  
- Fetales: Prematuridad, postmadurez, retraso de crecimiento intrauterino, macrosomía, fetos múltiples, anomalías congénitas detectadas prenatalmente.  
- Que afectan al líquido amniótico: Oligoamnios e hidramnios, rotura prolongada de membranas.

### *Problemas que acontecen intraparto*

- Placentarios: Desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta, placenta previa (sangrante o no).  
- Prolapso de cordón.  
- Distocias por presentación anormal o parto instrumentado y riesgo de pérdida del bienestar fetal.  
- Fiebre materna intraparto, líquido amniótico maloliente, líquido amniótico meconial.

El conocimiento de antemano de estas situaciones permitirá identificar a todos los RN de riesgo. En general **el pediatra-neonatólogo será requerido a sala de partos** en caso de cesárea urgente o electiva por patología grave o parto prematuro, si bien es obligada su presencia cuando sea previsible que el recién nacido pueda presentar problemas que precisen una atención inmediata.

Los centros para la asistencia neonatal de cualquier nivel deben tener en consideración que las únicas personas sin patología que ingresan en un hospital son las madres y sus RN, 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 RN está en buenas condiciones y es sano o de bajo riesgo, los objetivos fundamentales a conseguir serán:

- Evitar pérdidas de calor.
- Facilitar el contacto padres-hijo.
- Fomentar la lactancia materna.
- Evaluar constantemente la situación del RN.

1. Secado inmediato del RN, con paño estéril tibio, y evaluación del test de Apgar a 1 y 5 minutos. Tras ello se deberá hacer una evaluación del RN en la que se incluya el reconocimiento de malformaciones evidentes (atresia o imperforación de ano, paso de sonda nasogástrica para reconocer la atresia de esófago y coanas). 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 RN con compresas estériles empapadas en solución antiséptica tibia, secando inmediatamente con paño seco y tibio para evitar pérdidas de calor.

2. 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. La asepsia de cordón se recomienda no realizarla con soluciones yodadas, sino con alcohol de 70° aplicado 2-3 veces al día hasta la caída del cordón y cicatrización umbilical.

3. Con objeto de promover el vínculo a través del contacto y el mutuo reconocimiento, durante el periodo de alumbramiento de la placenta si el RN está vigoroso y aparentemente sano, se entregará a la madre envuelto en un paño seco, facilitando el contacto con la piel materna y el amamantamiento inmediato. En las cesáreas con anestesia epidural y buen estado clínico de la madre y el RN puede, con alguna modificación en las posiciones, facilitarse la interacción madre-hijo de forma similar a lo referido para los partos vagi nales. La evaluación y vigilancia del niño durante este tiempo puede ser realizada por inspección .

4. Se identificará al RN antes de salir del paritorio y en presencia de la madre, 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, a fin de practicar si es necesario un estudio de DNA (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. Sin embargo, este sistema de identificación está pendiente de la normativa legal. La huella o impresión plantar debería abandonarse pues la dificultad en una obtención correcta condiciona que sólo sea útil en menos del 30% de los casos.

5. Evaluación de la adaptación del RN a la vida extrauterina. Tendrá lugar tras la toma de contacto del RN con sus padres, valorando:

- Color de piel y temperatura.
- Llanto y actividad espontánea.
- Respiración y tono muscular.

6. Profilaxis de la oftalmía neonatal. Para la profilaxis ocular se recomienda la utilización de pomada oftálmica de 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 1-2 gotas en cada ojo en el saco conjuntival inferior).
7. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN. Para evitar el riesgo de enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K<sub>1</sub> en las primeras dos-cuatro horas de vida, no siendo recomendable el retraso de dicha administración más allá de las doce primeras horas 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 cuatro semanas como mínimo, en especial si toma lactancia materna. Estas dosis se doblarán si la madre recibía tratamiento anticonvulsivante.
8. Una vez pesado el RN se procederá finalmente a vestirlo. En la cuna se le colocará en decúbito supino o lateral derecho.
9. Se recomienda conocer e identificar a las madres positivas al antígeno superficial de la hepatitis B (HbsAg) y en caso de positividad administrar al RN inmunoglobulina específica (0,5 mL, en las primeras 12 horas) e iniciar la vacunación (10 microg de vacuna DNA recombinante en la primera semana de vida y que se repetirá en dos ocasiones en el primer semestre). Si se desconoce la serología materna para el virus de la hepatitis B (VHB), se determinará durante su ingreso con la mayor rapidez posible. Los RN de madres positivas al antígeno superficial de la hepatitis B que hayan recibido la profilaxis podrán ser alimentados al pecho.
10. Se recomienda que el RN permanezca, siempre que sea posible, con los padres bajo observación clínica con el fin de detectar cualquier alteración en su adaptación postparto.

## **NORMAS DE ACTUACION POSTPARTO**

Los controles pediátricos del RN deben ser diarios, mientras permanezca con su madre en la maternidad, incluyendo realización de historia clínica y exploración completa en las primeras veinticuatro horas 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, conjuntivitis y onfalitis) y las dificultades de la lactancia (hipogalactia, técnica defectuosa).

### **1. Alimentación.**

Los RN 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 RN sano deben observarse las siguientes recomendaciones:

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

- Alentar a la madre ante el temor de que la producción de leche pueda ser insuficiente.
- No se debe descartar o tirar pequeñas cantidades de calostro.
- Es aconsejable y deseable restringir las visitas familiares durante el acto de amamantamiento a su hijo.
- No debe separarse al RN de su madre, salvo que la atención a la salud de alguno de ellos lo exija.
- 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 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 desfavorablemente. En todo caso es recomendable valorar siempre la relación enfermedad-medicación tomando la actitud pertinente ante el beneficio-riesgo de acuerdo a las circunstancias, pero excluyendo en nuestro medio 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.

## 2. Hospitalización con la madre.

El RN debe estar hospitalizado el tiempo suficiente para su correcta evaluación y control a criterio del pediatra, pero debe permanecer el mayor tiempo posible al lado de su madre. Con este fin se recomienda potenciar el ingreso de neonatos en la habitación con la madre siempre que sea posible. En general pueden **ingresar junto a la madre** los recién nacidos de alto riesgo o patológicos con buen estado general y que no requieren tratamientos endovenosos ni oxigenoterapia, como en situaciones de riesgo de infección, hijos de madres portadoras de *Streptococo agalactiae*, asfíxia perinatal sin encefalopatía hipóxico-isquémica, hijo de diabética gestacional, hijo de hipertensa grave, poliglobulia asintomática, prematuro de 35-36 semanas, peso de nacimiento entre 2100 y 2300 o superior a 4300 gramos, 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.

## 3. Cribado de la hipoacusia.

Se recomienda su realización en todos los recién nacidos antes del alta hospitalaria. Conocedores de las dificultades actuales, la estrategia sería 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 OEA (otoemisiones acústicas) y PEATC (potenciales evocados auditivos de tronco cerebral), solas o en combinación. Las OEA pueden dar falsos positivos en presencia de detritus 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 1500g; hiperbilirubinemia 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.

#### **4. Cribado endocrinometabólico.**

Los programas de despistaje precoz se efectuarán a partir de las 48 horas de vida. La punción de talón permite una fácil recolección de las muestras de sangre y no es demasiado traumática para el niño. El cribaje realizará obligatoriamente la detección del hipotiroidismo congénito utilizando como marcador a la TSH (normal  $<10 \mu\text{U/ml}$ ) y de la fenilcetonuria determinando la fenilalanina (normal  $<2.5 \text{ mg/dl}$ ). En algunas Comunidades Autónomas el cribado incluye otras enfermedades como la hiperplasia adrenal congénita (empleando la 17OH progesterona como marcador), la fibrosis quística (el marcador es la tripsina inmunoreactiva), la detección de la actividad de biotinidasa, etc. pero todavía no puede recomendarse su realización universal. Si se realizaran técnicas cromatográficas se podrían determinar 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, sugestivas de galactosemia.

#### **5. Alta de la maternidad.**

Es deseable que el alta del RN y su madre tenga lugar pasadas las 72 horas de vida, una vez efectuada la extracción sanguínea para el cribado endocrinometabólico. La estancia del RN en el hospital durante más de tres 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 y a la prevención de la hipogalactia, que condicionaría malnutrición, deshidrataciones hipernatémicas e hiperbilirrubinemia patológica.

El **alta precoz**, entre 24 y 48 horas 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*

- Recién nacidos a término de peso apropiado para la edad de gestación.
- Normalidad en el examen clínico antes del alta. El examen debe ser registrado por escrito en la historia clínica.
- Capacidad de mantener la homeostasis térmica estando en una cuna abierta y vestido de forma apropiada.
- Normalidad de los signos vitales: frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- Capacidad de alimentarse por vía oral y coordinar adecuadamente la succión, la deglución y la respiración mientras se alimenta.
- Al menos una evacuación de orina y deposición antes del alta.
- No ictericia significativa en las primeras 48 horas de vida.
- Acceso de los padres a resolver cualquier duda respecto a los cuidados del niño.

##### *Criterios sociales*

- 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 horas después del alta.
- Ausencia de factores de riesgo familiar, 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, particularmente 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 horas 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 horas tras el alta.

Todo RN 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.

## **Bibliografía**

COMISION DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO DE LA AEP. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. An Esp Pediatr 1999; 51: 512-513.

COMISION PARA LA DETECCION PRECOZ DE LA HIPOACUSIA INFANTIL (CODEPEH), DOMENECH 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.

COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Hospital discharge of the High Risk neonate - Proposed guidelines. Pediatrics 1998; 102: 411-417.

GOMEZ 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.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 2000; 106: 798-817.

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

MARTIN PUERTO MJ, PEREZ I, BELAUSTEGUI A. Alta precoz en Neonatología. An Esp Pediatr 1997; 46: 372-373.

STANDING TS, EL-SABAGH N, BROOTEN D. Maternal education during the peinatal period. Clin Perinatol 1998; 25: 389-402.