


EDICIONES
UCSC

MANUAL DE NEONATOLOGÍA

Dra. Patricia Martínez M.

Editora



MANUAL DE NEONATOLOGÍA

Editor

Patricia Martínez Mura

Universidad Católica de la Santísima Concepción

2019



Manual de Neonatología
Universidad Católica de la Santísima Concepción

Registro Propiedad Intelectual: 300742
ISBN: 978-956-7943-88-3

Editorial Universidad Católica de la Santísima Concepción
Alonso de Ribera 2850. Concepción Chile
ediciones@ucsc.cl (56-41) 2345022
www.ucsc.cl

1° Edición, abril de 2019
Impresión y diseño: Impresos Amar y Compañía Limitada

INDICE

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	7
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO	11
EVALUACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL	21
BALANCE HÍDRICO	27
TERMORREGULACIÓN	39
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO	48
LACTANCIA MATERNA	52
ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN PREMATUROS	60
ULTRASONOGRAFÍA DE CRÁNEO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO	68
SÍNDROME HIPOTÓNICO DEL RECIÉN NACIDO	75
CRISIS NEONATALES	82
SÍNDROME DE DOWN	91
SÍNDROME DE TURNER	97
ENFERMEDADES METABÓLICAS	102
TRASTORNOS DEL DESARROLLO SEXUAL	108
DIABETES Y EMBARAZO	112
RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL	125
SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	130
RECIÉN NACIDO Y MADRE PORTADORA VIH/SIDA	139
SÍFILIS EN EL EMBARAZO	146
SÍNDROME DE TORCH	153
SEPSIS NEONATAL	177
ASFIXIA NEONATAL	184
REANIMACIÓN NEONATAL	189
HIPOGLICEMIA NEONATAL	195
ICTERICIA NEONATAL	202
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	211
HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL NEONATO	219
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA	226
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	237
PRETÉRMINO TARDÍO	242
APNEAS DEL PREMATURO	248
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	253
DUCTUS ARTERIOSO (DA)	259
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	264
PREMATURO MENOR DE 1500 GRS	270
ATRESIA ESOFÁGICA	275
ATRESIA INTESTINAL YEYUNO ILEAL	281
TRAUMATISMO DEL PARTO	287
TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO	292
ÉTICA EN NEONATOLOGÍA	300

PRÓLOGO

El escribir el prólogo de esta primera edición del Manual de Neonatología de la Unidad de Neonatología del Hospital Herminda Martín de Chillán, me da la oportunidad de conocer la hermosa historia de esta Unidad. Me remontaré a fines de la década de los 70' del siglo pasado, cuando en nuestra Región de Ñuble, de la que el Hospital Herminda Martín es su hospital base, se logra controlar las patologías que causaban la muerte de nuestros niños, como bronconeumonías y diarreas, pasando la mortalidad neonatal a ser la principal causa de mortalidad infantil. Por esta razón en el año 1977 se crea la Unidad de Recién Nacidos, dentro del Servicio de Pediatría, a cargo de dos enfermeras de dedicación exclusiva en horario diurno con visitas de pediatras del Servicio de Pediatría y del Servicio de Urgencia y que consistía en una unidad básica, para brindar más bien cuidados de enfermería, como la termorregulación, y cuyo equipamiento no iba más allá que una incubadora y equipo de fototerapia, donadas por la comunidad, constituyéndose en el semillero de la futura Unidad Neonatal del Hospital.

Simultáneamente, a nivel nacional por las mismas razones antes expuestas, se comenzaban a crear las UCIS Neonatales, siendo nuestro hospital uno de los elegidos para la formación de una de ellas. Para llevar a cabo el proyecto se capacitó a un médico y tres enfermeras en cuidados neonatales intensivos, quienes regresaron con la misión de crear la UCI Neonatal en el hospital y preparar al personal que en ella se desempeñaría. Es así como un 13 de enero de 1982, se crea oficialmente la UCI Neonatal del Hospital Herminda Martín de Chillán, dependiente administrativamente del Servicio de Pediatría, cuya misión principal era disminuir la mortalidad del prematuro de 1500 grs y 32 semanas y evitar al máximo las secuelas neurológicas. Ese era en aquella época el límite de la viabilidad. Para su funcionamiento, contaba con cinco cupos, un ventilador mecánico, dos CPAP, monitores de apneas y cardiorrespiratorios y un equipo de rayos portátiles manejado por los mismos residentes.

En cuanto al equipo humano, esta UCI se inició con tres enfermeras, quienes trataban de cumplir el máximo de turnos posibles, y al mismo tiempo capacitaban a otras enfermeras y técnicos paramédicos, con lo que en aproximadamente un año se logró implementar el cuarto turno en enfermería que se mantiene hasta el día de hoy.

El equipo médico, en cambio, fue más difícil de implementar. Se inició con un médico encargado que también hacía turnos y un residente más. Ambos trataban de cubrir el máximo de horas posibles, quedando las horas restantes a cargo de pediatras del Servicio de Urgencia. Lentamente las residencias se fueron completando y finalmente el año 1988, se logra formar el equipo

completo de residentes de neonatología, que con algunos cambios mínimos se mantuvo por los siguientes 20 años a cargo de la neonatología de la provincia de Ñuble, la que he tenido el honor de dirigir desde 1994.

Durante todos esos años hemos sido partícipes y a la vez testigos del impresionante avance de la neonatología a nivel nacional y particularmente local. Nos iniciamos en un hospital con 6000 partos y 9000 en la provincia, con una de las mortalidades neonatales más altas del país, alrededor de 15 por 1000, logrando paulatinamente llevarla al promedio nacional (desde 1995 estamos en el promedio nacional).

Participamos directamente en la aparición de nuevas terapias, cómo olvidar en los 90 la incorporación del surfactante, la aparición del oxímonitor de pulso, etc. Hoy, una nueva generación de neonatólogos se encuentra a cargo de nuestra unidad, con otros grandes desafíos por delante, ya no es la disminución de la mortalidad de nuestros prematuros lo más relevante, sino su calidad de vida, el seguimiento, la aparición de población de inmigrantes, la relación de todo el equipo de salud con los padres y familiares, cada vez más participativa y compleja, con el gran componente ético -clínico que los acompaña.

La elaboración de este manual, es una muestra del gran compromiso del equipo de neonatología y pediatría, que, sin duda, no solo recoge la evidencia científica en sus temas, sino también la experiencia de las dos generaciones de médicos y enfermeras que han dado vida a esta hermosa unidad.

Dr. Julio Salas

Jefe Unidad Neonatología

Centro Responsabilidad Pediatría

Hospital Clínico Herminda Martín Chillán

INTRODUCCIÓN

Con la creación de la Región de Ñuble, el Hospital Clínico Herminda Martín es el principal centro asistencial de la región, un hospital de alta complejidad con un total de 463 camas, siendo también el principal campo clínico de la región. La docencia en nuestro hospital se inicia en la década de los 70 con internos de medicina provenientes de la Universidad de Concepción, pero no es hasta el año 2006 que este centro asistencial adquiere el carácter de Hospital Clínico al establecer múltiples convenios docentes-asistenciales con diversas universidades para impartir la enseñanza en las carreras de medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia y fonoaudiología. Desde hace tres años participamos en la formación de postgrado en distintas especialidades de la medicina.

Nuestra motivación principal al realizar este manual fue contar con un texto guía local de neonatología que reflejara nuestra realidad y tuviera un enfoque amplio, desde la problemática perinatal en un embarazo patológico, la atención del RN (recién nacido) sano y el abordaje del RN enfermo con patología médica o quirúrgica y, de esta forma, entregar no sólo los conocimientos actualizados en los distintos temas, sino también mostrar la trayectoria y experiencia vivida en nuestra unidad de neonatología a lo largo de sus 36 años de existencia.

Como tal, este manual está enfocado hacia nuestros estudiantes de medicina, el pediatra, el médico general y nuestras enfermeras y matronas, quienes nos acompañan en los cuidados del RN, siendo este un texto guía de consulta fácil y rápida que entrega conocimientos actualizados basados en la evidencia, permitiendo al alumno iniciarse en la comprensión de la problemática neonatal y al médico tomar las mejores decisiones, realizando un diagnóstico presuntivo y así considerar, de acuerdo a la realidad local, la necesidad de efectuar un traslado oportuno y seguro, o bien, ofrecer la mejor atención en su unidad de neonatología.

Al asumir la Jefatura del Centro de Responsabilidad de Pediatría me pareció que éste sería un hermoso desafío en torno al cual todos los médicos, neonatólogos, obstetras, cirujanos infantiles y médicos colaboradores de otros centros hospitalarios, enfermeras, matronas, nutricionistas y kinesiólogos se unieran y participaran, haciendo realidad lo que un día soñamos juntos. Quiero agradecer a todos ellos por su dedicación y entusiasmo y muy especialmente a la Dra. Patricia Martínez Mura, neonatóloga de corazón y alma, quien ha conducido y llevado a buen puerto este manual. Nuestro compromiso con la docencia queda de manifiesto en estas páginas, así como también nuestro

interés por ofrecer y compartir nuestros conocimientos y experiencia. Sea este un homenaje a todos los recién nacidos que fueron nuestros pacientes y hoy ya son adultos. El verlos sanos formando parte de nuestra sociedad nos llena de orgullo. Y a los que vendrán, a quienes todavía no conocemos, tengan la certeza que encontrarán en este grupo humano un equipo de profesionales que pondrán todos sus conocimientos y esfuerzo por ayudarlos a superar la adversidad para que puedan así enfrentar la vida de la mejor manera posible.

Quiero agradecer también a la Universidad Católica de la Santísima Concepción quienes nos han acogido y acompañado en esta iniciativa que hoy ve la luz.

Dr. Enzo Tassara
Jefe C. R. Pediatría
Hospital Clínico Herminda Martín

GLOSARIO

- ACM: arteria cerebral media
- ACV: accidente cerebrovascular.
- AE: atresia esofágica.
- APS: Atención primaria de Salud
- ARO: alto riesgo obstétrico.
- ATN: ambiente término neutro
- AU: arteria umbilical.
- AUt: arterias uterinas
- AZT: zidovudina
- CC: cardiopatías congénitas
- CCC: cardiopatía congénita cianótica.
- CID: coagulación intravascular diseminada.
- CTG: registro cardiotocográfico.
- DA: ductus arterioso.
- DBP: displasia broncopulmonar
- DG: diabetes gestacional.
- DM: diabetes mellitus.
- DPG: diabetes pre-gestacional.
- DV: ductus venoso
- ECMO: oxigenación con membrana extracorpórea.
- ECN: enterocolitis necrotizante
- EG: edad gestacional
- EHI: encefalopatía hipóxico- isquémica
- EIM: errores innatos del metabolismo
- EM: enfermedades metabólicas.
- EMH: enfermedad de membrana hialina
- EPF: estimación de peso fetal
- FAE: fármacos antiepilépticos
- GAT: Grupo de atención temprana
- HDC: hernia diafragmática congénita.
- HMD: hijo de madre diabética.
- HMG-HIV: hemorragia de la matriz germinal-intraventricular
- HN: hipoglicemia neonatal
- HPPN: hipertensión pulmonar persistente neonatal.
- ICP: cálculo del índice cerebroplacentario.
- ITS: infección de transmisión sexual.
- IVPH: infarto venoso periventricular hemorrágico
- LMPV: leucomalacia periventricular
- MMMF: monitoreo materno de movimientos fetales.
- NOi: óxido nítrico inhalado.

- PBF: perfil biofísico fetal.
- PE: preclampsia.
- RBNE: registro basal no estresante
- RCF: restricción del crecimiento fetal.
- RCIU: restricción del crecimiento intrauterino
- RDSM: retardo del desarrollo psocomotor.
- RN: recién nacido
- RNM: resonancia nuclear magnética.
- RNT: recién nacido de término.
- RVP: resistencia vascular pulmonar.
- SD: Síndrome de Down
- SDR: síndrome de distrés respiratorio.
- SHE: síndrome hipertensivo del embarazo
- SNC: sistema nervioso central.
- ST: Síndrome de Turner.
- TAR: terapia antirretroviral.
- TC: toxoplasmosis congénita.
- TDS: trastornos del desarrollo sexual.
- TV: transmisión vertical.
- URNI: Unidad de recién nacido inmediato
- USC: ultrasonografía de cráneo.
- VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.
- VPP: ventilación a presión positiva

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Valeria de la Hoz

La atención inmediata del recién nacido es un conjunto de acciones médicas y de enfermería cuyo objetivo más importante es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. Esta atención neonatal inmediata, se debe adaptar a las evidencias actuales de manejo clínico, que aseguren una adecuada evolución de los cambios del recién nacido después del nacimiento.

Se debe armonizar el ambiente del lugar de nacimiento, cuidando que éste sea cómodo, acogedor con todos los requerimientos técnicos necesarios para resolver las situaciones que se pueden presentar en el momento y ofrecer las condiciones necesarias que favorezcan el apego.

Objetivos

- Otorgar la atención inmediata al RN en condiciones que garanticen la seguridad y calidad en la realización del proceso.
- Brindar las condiciones ambientales para el bienestar del RN y su familia, facilitando el apego temprano con madre y/o padre, promoviendo la lactancia materna desde el momento del nacimiento.

Infraestructura

1. Condiciones ambientales

Control de la Termorregulación

El mantener un ambiente térmico adecuado es uno de los aspectos importantes en el cuidado neonatal ya que influye en la supervivencia y crecimiento de los RN; los neonatos a término tienen limitadas habilidades para producir calor cuando son expuestos a un ambiente frío, particularmente en las primeras horas de vida. Durante el nacimiento y el período de transición se deben tomar todas las medidas necesarias para disminuir y evitar las pérdidas de calor en el RN por medio de medidas ambientales tales como:

- Calefacción del área en que va a nacer el niño: sala con temperatura ambiente entre 25-28°C y humedad relativa 50%, por medio de aire acondicionado.
- Termómetros ambientales: la temperatura de la sala se debe mantener estable día y noche y en las diferentes estaciones del año.
- Ventanales fijos y puertas cerradas: para evitar las corrientes de aire.
- Circuito eléctrico de emergencia: Equipos de calefacción si se requiere, en óptimas condiciones.

Planta Física

Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado en la misma sala de partos o bien adyacente a ésta. Esta sala debe favorecer la permanencia de la madre junto a su hijo y acompañante durante las primeras horas postparto.

Esta sala debe contar con las siguientes características:

- a. La iluminación debe permitir una buena visibilidad de la atención directa del neonato.
- b. La T° de la sala de partos y URNI debe ser entre 24° - 26°c.

Equipamiento

- 2 cunas calefaccionadas con reanimador con pieza en T incorporado y mezclador de aire y oxígeno con acceso a examen físico y atención por los 3 lados.
- Fuente de calor radiante regulable o servo controlada.
- Reloj mural con segundero
- Superficie plana para trabajo.
- Oxígeno, aire comprimido y fuente de aspiración.
- Incubadora de transporte con neopuff portátil y blender incluido.
- Saturómetro.
- Contenedores para eliminar ropa sucia y material de desecho.

- Insumos y material para la atención inmediata como: termómetro, tela adhesiva, alcohol 70%, algodón, tijeras, jeringas de 1, 3, 5, 10 y 20 ml., agua bidestilada.

Equipo para reanimación

Equipo de Intubación	Equipo para aspiración
Laringoscopio con hojas rectas de diferentes tamaños (N° 00, N° 0, para RN prematuros y N° 1 para RN término)	Sondas de aspiración de diferentes calibres N° 6,8,10,12
Foco y baterías de reemplazo para laringoscopio	
Mascarilla laríngea N° 0 y N° 1.	Fuente de aspiración controlada
TET de distinto calibre (2,5; 3; 3,5; 4)	
Cinta adhesiva de fijación, alcohol, benjuí, algodón, tijeras.	

Equipo de Ventilación	Medicamentos	Equipo para acceso vascular
Bolsa de reanimación neonatal con válvula de liberación de presión auto inflable en caso necesario	Adrenalina	Jeringas de 1 ,3, 5, 10, 20 ml
Máscaras faciales para recién nacidos prematuros y de término	Solución fisiológica	Agujas 23,25 y 27
Fuente de oxígeno con flujómetro, y mezclador de aire-oxígeno (Blender) conexiones	Disponibilidad de sangre O-IV en caso necesario	C a t é t e r e s endovenosos N° 22, 23
Se recomienda la disponibilidad de Neo Puff		

2. Recursos humanos

El personal que realiza esta atención debe tener la formación y entrenamiento necesarios para la supervisión y ejecución de procedimientos de atención neonatal. Debe contar a su vez con conocimientos en reanimación neonatal y trabajo en equipo, fundamental para una reanimación exitosa. El pediatra y/o neonatólogo debe estar presente en todos los partos con factores de riesgo y cuando se le requiera.

3. Registros

Durante la atención inmediata se deben completar y realizar diferentes registros de connotación legal para su completa atención. Ellos son:

Ficha de RN: La matrona de unidad de urgencia, sala y/o prepartos iniciará la confección de ficha de recién nacido, en los rubros: antecedentes de identificación del padre y madre e historia obstétrica de la madre, los que deben ser conocidos por la matrona de URNI. La matrona de partos completará antecedentes del parto y finalmente la profesional de URNI registrará los datos del nacimiento y los controles previos al traslado a puericultura junto a su madre.

Brazalete de identificación: Confirmados los datos de la ficha de recién nacido, la matrona de URNI confeccionará un brazalete con los datos de la madre: primer nombre, los dos apellidos, rut y fecha. Éste será colocado en el brazo del RN después de corroborar los datos con la madre o acompañante al nacer o durante el apego inmediato.

Hoja de informe diario: esta hoja es iniciada por la matrona de URNI a las 00:00 horas de cada día y se registran todos los partos del día, tanto de RN vivos como los partos con mortinatos.

Libro de RN: será responsabilidad de la matrona de URNI registrar en este libro los partos de todo recién nacido vivo.

Cuaderno de Salud de Niños y Niñas: Corresponde al cuaderno de control de atención de niño sano, se inicia al momento del nacimiento y es completado por matrona de URNI en hoja N° 4.

Planilla BCG: se registrará en esta planilla, todo niño nacido que pese más de 2000 grs. para la posterior administración en sala de la vacuna contra la tuberculosis.

Plantilla TSH-PKU: la matrona de URNI, completará esta plantilla con datos requeridos, para la posterior toma del examen del programa nacional de búsqueda masiva de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria.

Proceso de atención inmediata

Durante las primeras 24 horas de vida el RN se ve sometido a un cambio fundamental de transición de la vida intrauterina a la extrauterina, por lo que ese período es muy importante. Al nacer deja de ser una persona dependiente de la madre, debiendo cubrir sus necesidades fisiológicas y convertirse en un ser independiente y, por lo tanto, también vulnerable.

Durante este cambio se requiere de personal experto para observar al niño tanto en sala de partos como en dependencias de observación o de alojamiento conjunto, en relación a los cambios fisiológicos, los que deben ser realizados por profesionales entrenados para este fin.

La matrona y el médico que asisten al niño deben tener conocimiento de los antecedentes perinatales para anticiparse a la recepción de un recién nacido normal o con algunos riesgos específicos.

Atención Inmediata

Corresponde al conjunto de procedimientos que se debe realizar inmediatamente después de nacer y cuyos objetivos principales son: detectar alteraciones en la adaptación cardiorrespiratoria (depresión neonatal) y evitar el enfriamiento. Estos procedimientos incluyen:

4. Evaluación inicial

Se realiza por medio de la observación del RN teniendo en cuenta antecedentes:

- Gestación de término o mayor a 37 semanas
- Respira o llora adecuadamente
- Buen tono muscular.

Valorados los 3 puntos anteriores, si la respuesta es **SÍ** a todos los puntos, se deja junto a su madre en apego, cuidando secar y abrigar para evitar problemas de termorregulación. Durante este período se debe realizar una constante evaluación del RN en cuanto a respiración, color, tono muscular,

movimientos y apego.

Valorados los 3 puntos anteriores, si la respuesta es **NO** a uno o todos los puntos se debe trasladar en forma inmediata a la unidad para su atención, procediendo según protocolo de reanimación neonatal.

5. Secado y abrigo

- En sala de partos, se coloca el RN sobre su madre con contacto piel a piel (posición leboyer en el abdomen materno). Es aquí donde se seca suavemente con la compresa, esta se elimina y se cubre con la sabanilla limpia y seca.
- En parto por cesárea se debe recibir al RN con sabanilla y compresas limpias, previamente entibiadas.

6. Aspiración de secreciones

No se recomienda realizar aspiración rutinaria de secreciones en atención inmediata de RN. Se procederá a realizar aspiración de secreciones con sondas de aspiración calibres N° 6,8,10, 12 cuando la cantidad de secreciones dificulta una adecuada ventilación.

7. Identificación del RN

La identificación se debe realizar en presencia de la madre y/o padre, antes de salir de la sala de partos o pabellón con datos confirmados. Se coloca el brazalete en la muñeca del RN. Siempre se debe corroborar los datos de identificación con la madre y/o su acompañante.

8. Apego

El apego es vital para generar el primer vínculo entre madre, padre e hijo, su duración idealmente debe ser de 30 o más minutos, dependiendo de las condiciones del RN.

- Se coloca al niño en contacto piel a piel con su madre, estimulando la libre interacción entre ambos y el padre, o el acompañante.
- Si se dan las condiciones, se favorece la primera puesta al pecho.

- Mientras esto sucede, se continúa la observación del recién nacido.
- Después se realizan los procedimientos de rutina.

9. Puntuación de APGAR

Test de primera valoración clínica del recién nacido después del parto. Tiene 5 componentes: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color; cada uno de ellos, puntuado como: 0, 1 ó 2. Se informa actualmente al minuto 1, 3, 5 y 10; y se ha mantenido en el tiempo, como una herramienta adecuada para informar sobre el estado clínico del RN y la respuesta a la reanimación neonatal.

10. Ligadura del cordón

En el parto la ligadura de cordón se realiza con el RN sobre el vientre materno, cuando éste deje de latir, con un tiempo máximo de 1 minuto.

- En cesárea la ligadura de cordón es realizada por el cirujano una vez extraído el RN.
- La ligadura de cordón se debe realizar a 3 cm. hacia distal.

Las evidencias demuestran que esta práctica aumenta el beneficio de mayor transfusión de células progenitoras hematopoyéticas.

Examen de gases de cordón umbilical

La obtención de la muestra de sangre de arteria umbilical se realiza con doble pinzado de cordón, procediéndose a llenar los vasos umbilicales al exprimir mediante presión con el pulgar e índice desde una zona pinzada hacia la segunda pinza. Después de distender, con esta maniobra, los vasos del cordón se vuelven a pinzar otra vez a la menor distancia posible para mantener llenos los vasos, con lo cual es fácilmente diferenciable la vena que es única, tortuosa y dilatada de las arterias que son dos, más delgadas, de pared firme y corren paralelas. De cualquiera de ellas, se puede tomar con facilidad la muestra de sangre arterial. Se tomará examen de gases a recién nacidos con diagnóstico de depresión neonatal.

11. Control de temperatura axilar y rectal

Actividad que permite evaluar el proceso de termorregulación del recién nacido. Se considera que el niño está en su ambiente térmico neutro, cuando al permanecer en reposo mantenido, tiene una temperatura axilar de entre 36,5°C y 37°C, y rectal entre 37°C y 37,5°C.

12. Antropometría del recién nacido

Se realiza medición para evaluar el crecimiento físico con la finalidad de determinar situaciones de normalidad o desviación de ésta. Entre los parámetros a evaluar están:

- Peso.
- Talla: longitud entre el vértice del cráneo y el talón con el máximo de extensión de la extremidad inferior.
- Perímetro cefálico: se mide el diámetro máximo frontoccipital.

13. Aseo del RN

El baño no se recomienda como procedimiento de rutina, por sus efectos negativos sobre la termorregulación.

Está indicado baño sólo en enfermedades como el VIH, Hepatitis B y C, ya que la posibilidad de transmisión vertical disminuye si se realiza un baño cuidadoso, para eliminar todos los restos de sangre o líquido amniótico.

En caso de contaminación del RN con deposiciones maternas o evidente mal olor, ante sospecha de corioamnionitis, se recomienda baño. En presencia de abundante unto sebáceo se recomienda mantener abrigado en paño tibio para remoción y si no se logra remover, puede usarse vaselina tibia.

14. Profilaxis del cordón

En atención inmediata se realiza ligadura de cordón umbilical con hulo, clamp o cordonete, que se coloca a 3 cms. de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril y realizar como última acción tocación con alcohol al 70°.

15. Profilaxis de enfermedad hemorrágica

Se administra durante la atención inmediata del recién nacido, una dosis intramuscular de vitamina K: 1 mg para RN con pesos de nacimiento \geq 2000 grs. y 0,5 mg para RN con peso de nacimiento menor de 2000 grs., administrándose vía i.m. en la cara anterior de muslo izquierdo.

16. Examen físico general, segmentario y neurológico

Exploración para evaluar estado del RN con el objeto de descartar patología, en especial malformaciones congénitas. Es efectuado por el profesional a cargo de la atención inmediata, médico y/o matrona.

17. Evaluación del nivel de cuidados RN

Recién nacido sano sin riesgo: si es un recién nacido mayor de 35 semanas y está en buenas condiciones, se arropará y se coloca en brazos de su madre, en el área de puerperio inmediato, con el objetivo de favorecer la lactancia y el apego. Se realizará control de signos vitales y observación general y luego se procederá con la atención habitual. Se realizará un control de temperatura axilar y rectal inmediato al nacimiento y luego a los 60 y 120 minutos de vida (sólo axilar). Se registrará: temperatura, color, tono, lactancia, presencia de orina y deposiciones. Luego de la evaluación inicial y con dos controles sucesivos dentro de límites normales, e idealmente evaluado por pediatra en la URNI, será derivado con su madre a sala de puerperio. Si el recién nacido presenta alguna alteración en su estado general o de sus signos vitales, se solicitará la concurrencia del pediatra.

Recién nacido con riesgo al nacer: todo recién nacido en condición de riesgo, detectada previo al nacimiento o durante el parto, deberá ser evaluado por pediatra de turno al momento de nacer. En caso de RN deprimido se aplicará protocolo de Reanimación Neonatal. El médico debe evaluar la condición de riesgo del RN e indicará hospitalización o traslado con su madre según proceda.

18. Inicio de la lactancia materna

La primera puesta al pecho de los recién nacidos normales debe ser siempre dentro de la primera hora de vida. El amamantamiento debe ser protegido y fomentado activamente. Se deberá facilitar el contacto madre /hijo siempre y cuando las condiciones del recién nacido lo permitan. Es importante la supervisión y apoyo en este proceso.

19. Información a los padres y familia

La entrega de información a la madre, padre y/o acompañante será responsabilidad de la matrona de la URNI. Se debe informar sexo, peso, parámetros de normalidad del niño. Se deberá explicar a la madre y/o acompañante causales de hospitalización y/o eventual derivación del recién nacido si procede.

Completar ficha recién nacido e historia clínica perinatal

El correcto registro de la información es fundamental para procesarla adecuadamente y así contribuir a la posterior toma de decisiones.

Bibliografía

- Guías Nacionales de neonatología año 2005.
- Ministerio de Salud. Norma General N° 0194 para la atención integral del recién nacido en la unidad de Puerperio, año 2017.