

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Santo Domingo, D.N.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria”

01-7-2020

RESOLUCION NO. 000019

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000019

01-7-2020

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000019

01-7-2020

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo del Hipotiroidismo Congénito. Actualización.
2. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Hiperfenilalaninemias.
3. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Galactosemias.
4. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo de las Talasemias en Pediatría.
5. Protocolo Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Paciente Pediátrico.
6. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo del Déficit de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa.
7. Protocolo de Manejo de Colitis Ulcerativa.
8. Protocolo de Manejo de la Enfermedad de Crohn en el Paciente Ambulatorio.
9. Protocolo de Atención Preconcepcional.
10. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo.
11. Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecesarias.
12. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo.
13. Protocolo de Atención del Recién Nacido Prematuro.
14. Protocolo de Estabilización y Traslado Neonatal.
15. Protocolo para el Cuidado del Recién Nacido Prematuro y el de Peso Bajo al Nacer Mediante el Método Madre Canguro, con Énfasis en la Alimentación.
16. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata el Recién Nacido.
17. Protocolo de Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).
18. Protocolo para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Materna.
19. Guía de Prevención y Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia.
20. Guía de Atención de las Embarazadas con VIH en la República Dominicana.
21. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
22. Guía de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH en la República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

000019

01-7-2020

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los 01 días del mes de Julio del año dos mil veinte (2020).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



Ministerio de Salud Pública

Título original:

Protocolo para la Evaluación y Atención Inmediata del Recién Nacido.

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

978-9945-621-21-1

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana

EQUIPO RESPONSABLE

EQUIPO FORMULADOR

Dra. Nidia Cruz Otáñez

Médica Pediatra Perinatóloga, Coordinadora de la Atención Integral a las Enfermedades de la Infancia (AIEPI), División Materno Infantil y Adolescentes. Ministerio de Salud Pública

Dra. Olga Arroyo Reyes

Médica Pediatra Perinatóloga, Coordinadora Perinatal de la División Materno Infantil y Adolescentes. Ministerio de Salud Pública

Dra. Nieve Altagracia Rodríguez Ortiz

Médica Especialista en Pediatría, Consultora para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Dra. Taina Malena

Médica Pediatra Perinatóloga, Coordinadora del Componente Neonatal del Servicio Nacional de Salud y Coordinadora de la Red Nacional de Neonatología

Dra. Johanna Gómez

Médica Pediatra Perinatóloga. Coordinadora del Componente Infantil del Servicio Regional de Salud Metropolitano

Dra. Lidia Minier de Luna

Médica Pediatra, Coordinadora de CED/TRO de la División Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública

REVISIÓN EXTERNA

Dr. Octavio Manzueta

Médico Pediatra, Neonatólogo, Director de Calidad del Viceministerio de Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud Pública

Dra. Mélida Ortiz Reyes

Médica especialista en Medicina Interna y en Calidad de Salud
Experta en Metodología GRADE y Gerencia en Salud

Sociedad Dominicana de Pediatría y Sociedad de Neonatología

COORDINACIÓN TÉCNICA

División Materno Infantil y Adolescente, Ministerio de Salud Pública

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Unidad de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Salud,
Viceministerio de Garantía de la Calidad, MSP

INTRODUCCIÓN

El nacimiento marca en los seres humanos el paso de la vida intrauterina a la extrauterina. Durante las primeras horas de vida de la Recién Nacida o Recién Nacido (RN), se desencadena una serie de cambios importantes de adaptación al medio extrauterino, que ameritan una atención de calidad y la aplicación rigurosa de los procedimientos estandarizados que van a permitir la prevención, detección oportuna y/o el tratamiento de daños y riesgos que pueden afectar la salud.

La atención en salud del proceso del nacimiento busca vigilar y asistir la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, anticipando la aparición de problemas, implementando acciones correctivas y detectando oportunamente desviaciones de lo normal, dificultades de adaptación y enfermedades incidentales. También busca promover y asegurar una alimentación adecuada y óptima, y un proceso sano de vinculación y apego con su madre.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública, para el año 2017, la mortalidad neonatal representó el 72% de las muertes infantiles, registrando una tasa de 18.5 por cada 1000 nacidos vivos, cifras muy por encima del promedio de América Latina y el Caribe que reporta 9 por cada 1000 nacidos vivos. Se reconoce que la adherencia a los protocolos, en el marco de procesos de mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal, son claves para revertir esta situación y contribuir con las metas de reducción de las muertes maternas e infantiles establecidas en la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Desarrollo y la Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.

Este protocolo establece las acciones, procedimientos e intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible para la atención inmediata de las y los recién nacidos; las cuales deben ser cumplidas por el personal y los centros de salud donde se realizan partos o cesáreas, asegurando una atención de calidad y con calidez, en el contexto de los derechos humanos para disminuir la mortalidad y la morbilidad neonatal.

1. OBJETIVO

Estandarizar las técnicas y procedimientos de la atención inmediata del recién nacido y su cuidado en sala de partos hasta el egreso hospitalario, para identificar oportunamente factores de riesgos, prevenir complicaciones y contribuir a mejorar la calidad y la seguridad del recién nacido, disminuyendo la morbilidad y mortalidad neonatal.

2. EVIDENCIAS

- Scielo, Uruguay. Revisiones sistemáticas. Variación del peso del recién nacido de bajo riesgo en las primeras 72 horas de vida, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2016.
- Protocolo para la Atención del Recién Nacido Sano. Dr. Roberto García Puello, 2019.
- Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Sano, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2013.
- Evaluación y Atención del Recién Nacido Normal. Manuales MSD. Versión para profesionales. Deborah M. Consolini, MD, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University. 2016.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en pediatría, neonatología, perinatología, en medicina familiar y enfermeras.

4. POBLACIÓN DIANA

Todos los recién nacidos.

5. DEFINICIONES

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando:

- Es a término (37 a 41 semanas de gestación).
- Su peso se encuentra entre el percentil 10 y 90 de la curva de peso de Lubchenco.
- Su historia familiar, materna y gestacional lo garantiza y el examen físico es normal.

6. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL RECIEN NACIDO

- Antes del nacimiento
- Durante el nacimiento
- Dentro de las primeras 24 horas del nacimiento
- Al egreso

7. ANTES DEL NACIMIENTO

A. Detección de factores de riesgo

Cualquier patología de la madre antes o durante el embarazo y cualquier eventualidad durante la labor de parto o el parto, puede afectar la salud fetal y/o neonatal.

El personal que asiste al recién nacido debe conocer los antecedentes maternos y de sus familiares, así como y los factores de riesgo propio del feto, a través de:

- Interrogatorio a la embarazada, a sus familiares, y/o al personal que asiste el parto. Investigar si existen factores emocionales y trastornos mentales, estrés, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias aditivas
- Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) con el propósito de recopilar toda la información referente al embarazo, la que sirve de herramienta para la elaboración de un plan de atención tomando en cuenta los factores influyentes
- Fecha de la última menstruación, fecha probable de parto y número de embarazos.
- Estudios de sangre y orina realizados a la madre
- Sonografía obstétrica

a. **Investigar sobre los siguientes antecedentes:**

- Antecedentes de alguna condición, patología o muerte fetal o neonatal, si la madre ha tenido otros embarazos
- Historia de isoimmunización feto materna, si la madre es RH negativo
- Administración de hierro, ácido fólico y vacuna contra el tétano y la difteria

b. **Solicitar e interpretar las analíticas y estudios realizados a la madre:**

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| • Hemograma | • VIH |
| • Grupo sanguíneo y RH | • Hepatitis B y C |
| • Glicemia | • Toxoplasmosis |
| • VDRL | • Examen de orina |
| • Cultivo rectal y vaginal para pesquiásaje del estreptococo del grupo B | |

c. **Solicitar e interpretar estudios sonográficos para conocer:**

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| • Bienestar y posición del fetal | • Sufrimiento fetal |
| • Peso estimado | • Condición y posición de la placenta |
| • Edad gestacional | • Embarazo múltiple |
| • Malformaciones congénitas | • Otras patologías maternas |
| • Circular del cordón umbilical | |

A.1 Factores de riesgo durante el embarazo

Los siguientes son factores de riesgo que pueden afectar la salud del feto o del recién nacido:

- Infecciones Urinarias o Vaginosis bacteriana, si han estado presente verificar si recibió tratamiento (duración del mismo)
- Infección por estreptococo del grupo B a nivel vaginal o rectal
- Trastornos hipertensivos (hipertensión arterial, Preeclampsia, eclampsia)
- Trastornos metabólicos y hormonales
- Patologías crónicas maternas (diabetes, cardíacas, renales, hepáticas, neurológicas entre otras)
- Embarazo múltiple
- Oligohidramnios y Polihidramnios
- Corioamnionitis
- Rotura prematura de membrana
- Amenaza de parto prematuro
- Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta.
- Circular del cordón umbilical u otras patologías del cordón
- Isoinmunización RH
- Otros

A.2 Factores de riesgo durante el parto

- Distocia de trabajo de parto
- Presentación anómala
- Hemorragia intraparto
- Prolapso del cordón umbilical
- Otros

A.3 Factores de riesgo fetal y neonatal

- Peso bajo para la edad gestacional
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Macrosomía fetal
- Malformaciones congénitas
- Cardiopatías
- Sufrimiento fetal
- Nacimiento prematuro
- Postérmino
- Otros

7.1 PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO

- En cada nacimiento siempre estará presente personal de salud capacitado en reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP) y contar con otro personal de salud capacitado para dar asistencia en caso que sea necesario. Este personal se identificará con la madre y sus familiares, brindar apoyo emocional y establecerá un proceso de comunicación constante
- El recién nacido será asistido en un área limpia, cálida y bien iluminada cerca de la sala de parto o cirugía, a una temperatura de 23 - 25°C

- Tomar medidas para prevenir infecciones
- Los equipos e insumos necesarios estarán disponibles y de fácil acceso. Los equipos de reanimación neonatal (bolsa autoinflable, pera de aspiración, entre otros) revisarse antes del nacimiento para asegurar la higiene y funcionalidad. **Ver anexo No.1.**
- Disponer en el área para el lavado y secado de las manos:
 - Agua
 - Jabón antiséptico
 - Toallas de uso individual
- El personal de salud que asiste a la madre y al recién nacido realizara lavado de manos hasta el codo, usara guantes estériles, gorros, mascarillas y ropa quirúrgica.
- Calentar cuna de calor radiante (cuna térmica).

8. ATENCIÓN DURANTE EL NACIMIENTO

El médico es el responsable de la atención del recién nacido con ayuda de la enfermera, por lo que seguirán las siguientes reglas:

- a. Brindar un trato humanizado, respetuoso y libre de violencia para la madre y su RN, acorde a los estándares nacionales establecidos
- b. Seguimiento del trabajo de parto (a través del partograma).
- c. Integración del padre del RN o una acompañante para la madre
- d. Asistir al recién nacido

8.1 RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Al nacer, colocar al RN contacto piel a piel con madre (apego precoz) siempre que las condiciones lo permitan. Iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto o cesárea
- Asistir al RN bajo una fuente de calor radiante en una cuna térmica

a. Despejar las vías aéreas

- Posicionar la cabeza y el cuello para liberar las vías aéreas, limpiar con una gasa
- Aspirar la orofaringe si hay abundantes secreciones, meconio, sangre, o heces de la madre
- Aspirar primero la boca y luego la nariz con una pera de hule nueva
- Succionar suavemente por breve tiempo
- Colocar la cabeza hacia un lado

b. Secar todo el cuerpo

- Secar primero la cabeza iniciando por la cara, continuar con el tórax, abdomen y extremidades. Secar suave y gentilmente sin agitar, usar compresas limpias precalentadas, reemplazar las compresas húmedas por secas; no remover el vérnix caseoso

- Colocar al RN en contacto piel a piel con su madre (apego precoz) siempre que las condiciones lo permitan, cubrir con una toalla o manta cálida e iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto o cesárea
- Mientras lo seca, determinar la edad gestacional, si respira o llora, evaluar el tono muscular y si hay cianosis. Si no respira, estimular la respiración frotando suavemente la espalda una o dos veces. Si es necesario inicie RCP en el área apropiada
- Los RN que presentan alguna eventualidad y los muy prematuros se asisten de inmediato en la cuna térmica precalentada. Ver Protocolo de RN Prematuro

c. Pinzamiento del cordón umbilical

Mientras se asiste al RN en el vientre de la madre se realiza el pinzamiento tardío o rápido del cordón umbilical.

- Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 minutos) con el fin de facilitar:
 - Una transfusión placentaria adecuada
 - Prevenir anemia
- Pinzar tempranamente el cordón umbilical, antes de los 30 segundos en caso de:
 - Eritroblastosis fetal por incompatibilidad Rh para evitar más paso de anticuerpos maternos anti Rh a la circulación fetal
 - Asfixia perinatal
 - Madre con anestesia general
 - Circular irreductible al cuello.
 - Placenta previa o abrupto placentario
 - Hijo de madre diabética y en toxemia del embarazo para evitar poliglobulia

d. Tomar muestra sanguínea

- Prueba treponémica (prueba rápida) o no treponémica (VDRL, o RPR) a los RN hijos de madre que no se realizaron pruebas para sífilis en el último trimestre del embarazo y a los hijos de madre con sífilis. *No tomar sangre del cordón para realizar esta prueba.*

De preferencia del cordón umbilical para realizar las siguientes pruebas:

- Hemograma y tipificación sanguínea.
- Si la madre es RH negativo:
 - Tomar muestra para Test de Coombs directo.
 - Bilirrubina.

e. Cortar y atar el cordón umbilical

Cortar con una tijera estéril, ligar con un Klamp o hilo estéril a tres o cuatro centímetros del abdomen. Asegurarse que haya quedado bien amarrado.

f. Verificar atresia

En caso de sospecha de alguna obstrucción, usar una sonda flexible (levin) de 6 a 8 French.
No se recomienda introducir una sonda a través de la vía nasogástrica ni rectal de manera rutinaria para descartar atresia de coanas, permeabilidad esofágica y anal en el RN.

g. Colocar una sonda o levin orogástrico en los siguientes casos:

- Distensión abdominal
- Presencia de meconio o abundantes secreciones en el estómago
- Historia de Polihidramnios
- Excesiva salivación
- Sospecha de obstrucción a nivel de esófago

Evitar su uso de manera rutinaria.

h. Determinar la edad gestacional (EG)

- Por la fecha de la última menstruación de la madre (FUM)
- Ecografía fetal, (la realizada en el primer trimestre da la estimación más precisa de la edad gestacional)
- **El Método de Capurro.** Luego del nacimiento, al examen físico del RN, determinar la edad gestacional utilizando el método de Capurro, clasificar en: **Ver anexo No.2**
 - Pretérmino (< 37 semanas)
 - -Término (37 a 41semanas)
 - -Postérmino (\geq 42 semanas)

i. Realizar mediciones de antropometría

Las mediciones se realizan durante la primera hora de vida, con el RN desnudo. Los parámetros normales en un RN a término son los siguientes:

- **El peso:** 2,500 a 3,999 gramos
- **Talla:** 48-53 cm
- **Perímetro cefálico (PC):** 33- 37 cm. Para medir el PC utilizar una cinta métrica avalada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)

j. Evaluar el peso según edad gestacional

Para clasificación usar:

- **Tabla de Lubchenco.** Graficar en la tabla el valor del peso del recién nacido en gramos. Clasificar en: **Ver anexo No. 3.**
- El RN con peso adecuado para la edad gestacional (**AEG**) entre el percentil 10 y 90 de la tabla

- El RN grande para la edad gestacional (GEG) por encima del percentil 90
- El RN pequeño para la edad gestacional (PEG) por debajo del percentil 10

k. Realizar el examen físico inicial durante los primeros minutos de vida:

- Evaluar los órganos del RN mediante la observación, palpación y auscultación. Detectar tempranamente anomalías congénitas
- Observar el tono muscular, si hay cianosis o palidez, evaluar la frecuencia cardíaca (FC), valor normal: 120-160 latidos por minuto (l/m), y la frecuencia respiratoria (FR), valor normal: 40-60 respiraciones por minuto (rpm)
- Valorar la vitalidad y reactividad mediante la escala de APGAR, al minuto y a los 5 minutos del nacimiento. **Ver anexo No 4.**
- Valorar el patrón respiratorio utilizando los criterios de la escala de Silverman-Andersen, a partir de los 10 minutos del nacimiento. **Ver anexo No 5.**

Clasificar según el grado de dificultad respiratoria:

- 0: Dificultad respiratoria
- 1-3: Dificultad respiratoria leve
- 4-6: Dificultad respiratoria moderado
- ≥ 7 : Dificultad respiratoria severa
- Observar la saturación preductal a los 10 minutos después del nacimiento, debe estar entre 85 y 95%.
- Examinar los genitales externos para identificar sexo o cualquier anomalía que pueda tener implicaciones para toda la vida. Observar labios mayores y menores si es de sexo femenino, y visualizar y palpar los testículos si es de sexo masculino
- Ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres
- Realizar **profilaxis oftálmica** con ungüento de Eritromicina al 0.5% ó Tetraciclina al 1%. en la primera hora de vida, aplicarlo abriendo los párpados con los dedos y colocando las gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior. Ambos medicamentos previenen la conjuntivitis neonatal por *Neisseria gonorrhoeae* y por *Chlamydia* transmitida por la madre
- Aplicar 1 mg de vitamina K, intramuscular, una vez termine el periodo de contacto piel a piel con la madre para profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido a término
- **Registrar los datos del recién nacido** con el nombre de la madre en el libro de sala de parto, y en la HCPB. Registrar nombre y edad de la madre, edad gestacional, peso, talla, PC, Apgar, malformaciones congénitas mayores, otras
- Colocar al recién nacido el brazalete de identificación, completado sin tachaduras. El diseño de la pulsera o manilla debe permitir suficiente espacio para incluir toda la información necesaria. El material debe ser suave, blando y deformable pero resistente, inerte y que no genere reacción local ni heridas en la piel

Deberá contener la siguiente información:

- Nombre de la madre con sus apellidos y número de cédula de identidad o pasaporte.
- N° de expediente
- Sexo
- Peso
- Fecha de nacimiento
- Hora de nacimiento

- Si es posible, identificar al RN mediante sus huellas plantares y dactilares y las dactilares de la madre sin perjuicio de otras formas reglamentadas por las autoridades administrativas competentes.
- Vestir adecuadamente.
- Alojarse junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan cuatro horas de intervalo.
- Colocar al recién nacido después de comer, en decúbito lateral, evitando la posición prona.
- Vigilar los signos vitales
- Mantener temperatura adecuada (36,5 a 37,5°C) y poca luz
- Vigilar estado del muñón umbilical previa profilaxis con alcohol al 70% o clorhexidina 2%.
- Verificar presencia de evacuaciones y micción
- Registrar los datos del recién nacido y anotar en la HCPB de la madre y en el libro de sala de parto
- El personal a cargo de la atención del recién nacido, llenar el contenido de la Cedula de Salud de Niño y la Niña referente a los antecedentes perinatales, familiares y del nacimiento y explicar a la madre y/o familiares su importancia

- **Tomar muestra del talón para Tamiz neonatal** y descartar las siguientes patologías:
 - Hipotiroidismo congénito
 - Fenilcetonuria
 - Déficit de Glucosa 6 PD
 - Galactosemia
 - Hiperfenilalaninemia
 - Anemia falciforme

1. Entregar el RN a su madre y familiares

- a. Si el RN es sano, a término o postérmino, entregar a su madre para alojamiento conjunto en contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- b. Los recién nacidos pretérmino, a término y Postérmino con alguna condición o morbilidad, serán ingresados en la unidad de neonatología. (Seguir protocolo correspondiente).

8.2 MANEJO DE LOS SIGUIENTES RECIÉN NACIDOS

Los RN hijos de madres VIH positiva y el virus de la hepatitis B requieren manejos especiales:

- **Administrar medicamento antirretroviral** en las primeras horas de vida, si la madre VIH positivo
- **Administrar inmunoglobulina contra la Hepatitis B** en las primeras 12 horas del nacimiento, y la vacuna contra la Hepatitis B si la madre es positiva para el virus de la hepatitis B
- Alojamiento conjunto
- Consejería sobre alimentación del RN
- Colocar al recién nacido después de comer, en decúbito lateral, evitando la posición prona

9. ATENCION DENTRO DE LAS 24 HORAS DEL NACIMIENTO

9.1 ATENCIÓN EN SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

- Durante su estadía en alojamiento conjunto el RN debe mantenerse abrigado en contacto piel a piel con su madre para favorecer la lactancia materna a libre demanda, y evitar la hipotermia.
- El personal de salud debe vigilar el estado de salud del RN, incluyendo la evaluación de los signos vitales: FC y FR
- Procurar que la temperatura del RN se mantenga entre 36,5 a 37,5°C. Curar el muñón umbilical con alcohol al 70% o clorhexidina al 2%.
- Verificar evacuación y micción
- Vigilar signos de alarma
- Recomendar a la madre colocar en posición decúbito lateral (acostar de lado) después de alimentar, y evitar la posición prona (boca abajo)
- Llenar los antecedentes perinatales, familiares y del nacimiento en la Cedula de Salud de Niño y la Niña, y explicar a la madre y/o familiares su importancia
- Ofrecer privacidad a la madre y al recién nacido. Mantener la sala con poca luz
- Verificar que el recién nacido esté adecuadamente identificado

9.2 ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA

- Procurar que la alimentación del recién nacido sea lactancia materna exclusiva
- Promocionar la lactancia materna a la madre y a sus acompañantes en los siguientes tópicos:
 - Mantener la lactancia a libre demanda
 - No poner bobo ni biberones
 - La alimentación con leche materna garantiza una nutrición adecuada sin incrementar el riesgo de desarrollo de alergias

10. EGRESO

El centro de salud entregará una certificación de nacimiento a la madre o familiares, y orientar para que registren el nacimiento del RN en la oficialía civil correspondiente. Todo recién nacido tiene derecho a un nombre y una nacionalidad.

a. Criterios de egreso del recién nacido

Está basado en la salud y estabilidad del recién nacido y de la madre, en la capacidad y la confianza de la madre para llevar a cabo los cuidados del RN, el apoyo en la casa y el seguimiento apropiado.

El alta se realiza simultánea para la madre y su RN durante las primeras 48 horas de vida, haciendo participe de la decisión a la familia. Si por alguna razón la madre no es dada de alta, entregar el RN a los familiares.

Antes del alta el personal de salud debe realizar una exploración física minuciosa al RN. Las condiciones para el alta son las siguientes:

- **Signos vitales estables** durante al menos 12 horas previas al alta:
 - Temperatura axilar entre 36.5 y 37.5 grado centígrado.
 - FR entre 40 y 60 rpm.
 - FC entre 100 y 160 lpm.
- **Se alimenta al seno materno**, tiene adecuada succión, hay buena técnica de amamantamiento.

b. Vacunación

- El RN debe ser vacunado antes de salir del centro de salud. Administrar una dosis de BCG y la primera dosis de anti hepatitis B. La vacuna con BCG se administra si el neonato tiene más de 2000 g (2 Kg) de peso
- Si no es posible vacunar antes del alta, informar a la madre vacunar cuanto antes en el centro de vacunación más cercano
- El personal a cargo de la vacunación debe anotar en la Cedula de Salud del Niño o la Niña las vacunas administradas
- Entregar a la madre la Cedula de Salud del Niño o la Niña e informar sobre la próxima vacunación a los dos meses de vida. La Cédula de Salud es el documento oficial del Ministerio de Salud Pública para registrar la vacunación y dar seguimiento al crecimiento y desarrollo

c. Información a la madre y/o familiares

Entregar material educativo escrito que oriente sobre los cuidados y manejo del recién nacido en el hogar, reforzando las actividades de educación y promoción realizadas durante la atención hospitalaria al recién nacido.

d. Recomendaciones para el cuidado del recién nacido

- Acudir a la consulta de niño sano (crecimiento y desarrollo) en los primeros siete (7) días luego del nacimiento
- Alimentar con lactancia materna exclusiva
- Lavado de las manos antes de alimentar y luego de cambiar los pañales
- Higiene del muñón umbilical con alcohol al 70% o clorhexidina al 2%, tres veces al día, usando un algodón o una gasa estéril
- Acudir al centro de salud más cercano para buscar orientación sobre el RN, o ante la presencia de cualquier signo de alarma
- Evitar la exposición directa a la luz solar
- Explicar sobre la importancia de la cedula del niño y la niña, enfatizando que debe llevarla el día de la vacunación y a las citas de chequeo médico
- Si la madre presenta depresión post-parto o evidencia de abuso intrafamiliar, acudir para fines de evaluación, tratamiento y orientación
- Enseñar a la madre y a los familiares los signos de alarma

Signos de alarma del recién nacido

- El RN no quiere mamar
- Está hipoactivo, se mueve poco
- Dificultad para respirar
- Fiebre
- Si está muy frío
- Si vomita todo
- Si está amarillo, pálido o cianótico
- Ombligo rojo o con pus
- Distensión abdominal
- Convulsiones

e. Visita domiciliaria

Un personal de salud de la Unidad de Atención Primaria correspondiente, debe visitar al RN y a su madre en las primeras 72 horas luego del alta del hospital, para fines de evaluación de su salud.

f. Referencia a un nivel superior

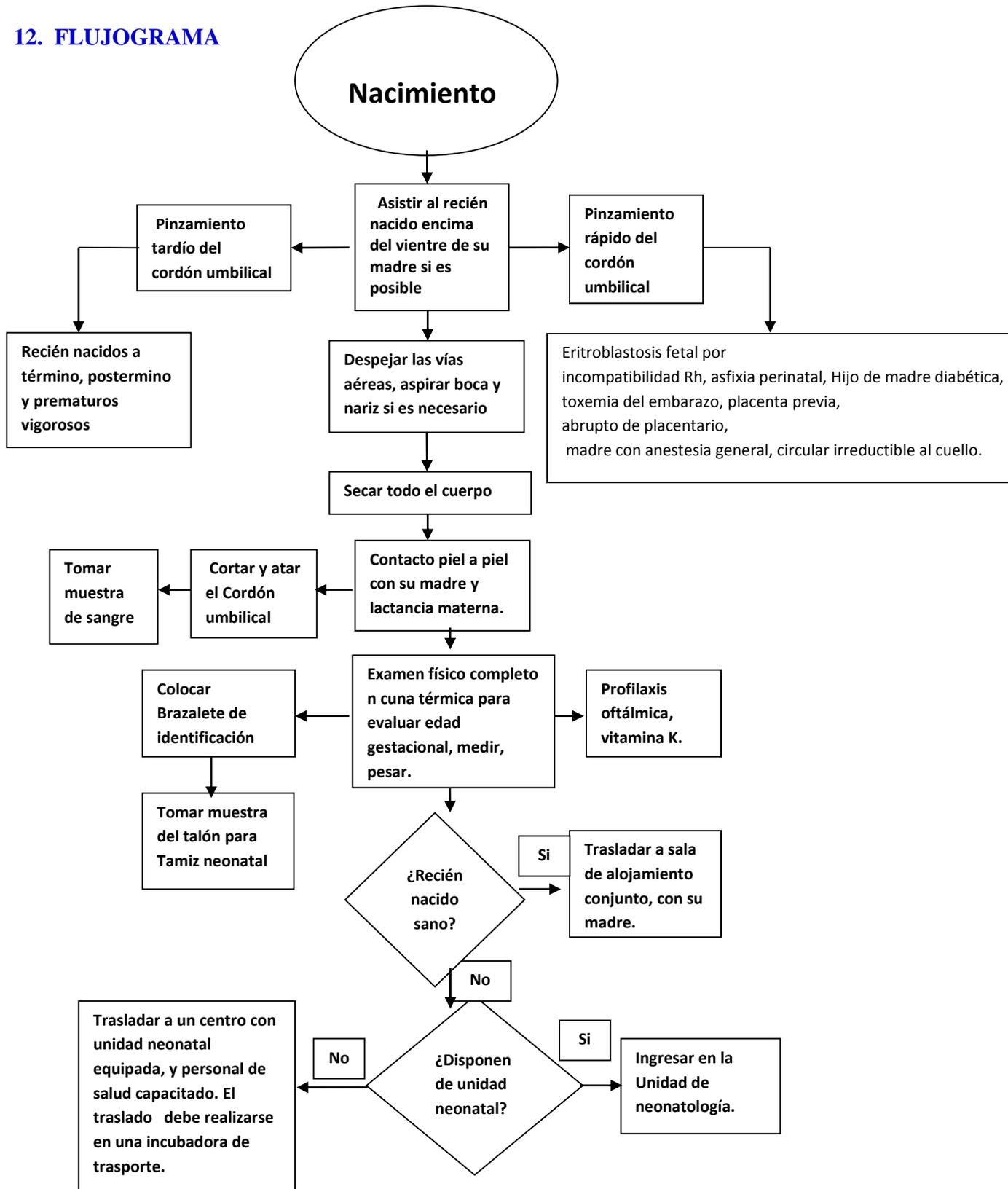
Los recién nacidos con alguna condición o patología, cuyo nacimiento ocurrió en un centro donde no existan las condiciones para su manejo, deben ser referidos a otro centro de mayor nivel de atención. Si se identifican factores de riesgo durante el embarazo o la labor de parto, es preciso, referir a la madre antes del desembarazo.

11. INDICADORES

Para medir el cumplimiento a la implementación del protocolo para la evaluación y atención inmediata del recién nacido se debe recolectar información para dar respuesta a los indicadores siguientes:

Proceso de Atención	Indicador
Examen Físico	Porcentaje de recién nacidos a los cuales se les realizo el examen físico durante los primeros minutos de vida de acuerdo al protocolo
Egreso	Porcentaje de recién nacidos a los se les dio el egreso en base a los criterio establecidos por el protocolo

12. FLUJOGRAMA



13. BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo para la Atención del Recién Nacido Sano. Dr. Roberto García, Hospital Nuestra Señora del Carmen. 2019.
2. Manual de Estándares de Calidad y Humanización de la Atención Materno y Neonatal y Para Optar por la Certificación en Calidad y Humanización de la Atención a la Madre y al Recién Nacido. Ministerio de Salud Pública/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2018. República Dominicana.
3. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008.
4. AGREE Colaboración. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. 2001. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>.
5. Ministerio de Salud Pública. Atención integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Cuadros de procedimientos. Quito: MSP 2016.
6. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP 2008.
7. Scielo, Uruguay. Revisiones sistemáticas. Variación del peso del recién nacido de bajo riesgo en las primeras 72 horas de vida, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2016.
8. Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Sano, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2013.
9. Protocolo para la Atención del Recién Nacido Sano. Dr. Roberto García Puello, 2019.
10. Manuales MSD. Versión para profesionales. Evaluación y Atención del Recién Nacido Normal. Deborah M. Consolini, MD, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University. 2016.
11. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, 2009.
12. www.aibarra.org/Neonatologia/.../default.htm.
13. José Luis Leante Castellanos, Alejandro Pérez Muñuzuri, César W. Ruiz Campillo, Ester Sanz López, Isabel Benavente Fernández, María Dolores Sánchez Redondo, Segundo Rite Gracia, Manuel Sánchez Luna. AnPediatri (Barc). 2019.
14. Reanimación Neonatal, 7ma Edición, American Academy of Pediatrics, 2016. Disponible en: https://www.hbint.org/uploads/8/4/8/2/84824300/reanimacion_neonatal_7a_edicion_pdf.pdf

15. Ministerio de Salud. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Guía de Práctica Clínica en pediatría. V111 Edición. Chile, 2018. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/publication.pdf>
16. A.sola, S. golombek, cuidando al recién nacido a la manera de SIBEN. Tomo 1
17. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Primera edición. Gobierno Vasco, 2010. Disponible en: https://elpartoesnuestro.files.wordpress.com/2010/11/parto_normal_resumida.pdf

14. ANEXOS

ANEXO NO. 1

EQUIPOS E INSUMOS

- Cunas térmicas y cuneros
- Equipo para ventilación a presión positiva:
 - Equipo de reanimación con pieza en T (IDEAL)
 - Bolsa autoinflable con manómetro de presión, Bolsa inflada por flujo, con sus mascarillas
- Tubos endotraqueales de diferentes tamaños: No.2.5, 3, 3.5, 4 mm
- Peras de aspiración
- Paños
- Guantes estériles
- Levin No. 6, 8 y 10
- Jeringuillas No. 3,5,10
- Vitamina K
- Oxígeno
- CPAP (Presión positiva continua de la vía aérea).
- Lámpara de calor radiante
- Estetoscopio
- Laringoscopio neonatal con hojas rectas No. 0 y No. 1
- Cinta métrica avalada por el CLAP
- Balanza para recién nacidos
- Solución Dextrosa al 5%, Dextrosa al 10%, Solución salina al 9%
- Alcohol
- Algodón y cinta adhesiva (zetao)

ANEXO NO. 2 MÉTODO DE CAPURRO

FORMA DE LA OREJA	Chata-Deforme Pabellón no incurvado 0*	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior 8*	Pabellón incurvado en todo el borde superior 16*	Pabellón totalmente incurvado 24*	
TAMAÑO de la GLANDULA MAMARIA	No palpable 0*	Palpable: Menor de 5 mm 5*	Palpable: Entre 5 y 10 mm 10*	Palpable: Mayor de 10 mm 15*	
FORMACION del PEZON	Apenas visible Sin areola 0*	Diámetro menor de 7,5 mm. Areola lisa y chata 5*	Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola punteada Borde no levantado 10*	Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola punteada Borde Levantado. 15*	
TEXTURA DE PIEL	Muy fina Gelatinosa 0*	Fina Lisa 5*	Más gruesa Descamación Superficial Discreta 10*	Gruesa Grietas Superficiales Descamación en manos y pies 15*	Gruesa Grietas profundas apergaminadas 20*
PLIEGUES PLANTARES Surcos bien definidas Líneas mal definidas	Sin pliegues 0*	Marcas mal definidas en la 1/2 anterior. 5*	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior. Surcos en la 1/2 anterior. 10*	Surcos en la 1/2 anterior. 15*	Surcos en más de la 1/2 anterior. 20*

La edad gestacional se calcula sumando todos los puntajes parciales + 204

Calculo: se suman los puntajes totales de las 5 características, a ese total se le suman 204 (que es la constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días)

Ejemplo: Determinar la edad gestacional de un RN con las siguientes características:

Características:	El recién nacido tiene:	su puntaje será:
Forma de la oreja	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior	8
Tamaño glándula mamaria	Palpable entre 5 y 10mm	10
Formación del pezón	Diámetro mayor de 7,5mm, areola punteada, borde no levantado	10
Texturas de la piel	Más gruesa, descamación superficial discreta	10
Pliegues plantares	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5
Total de puntos		43

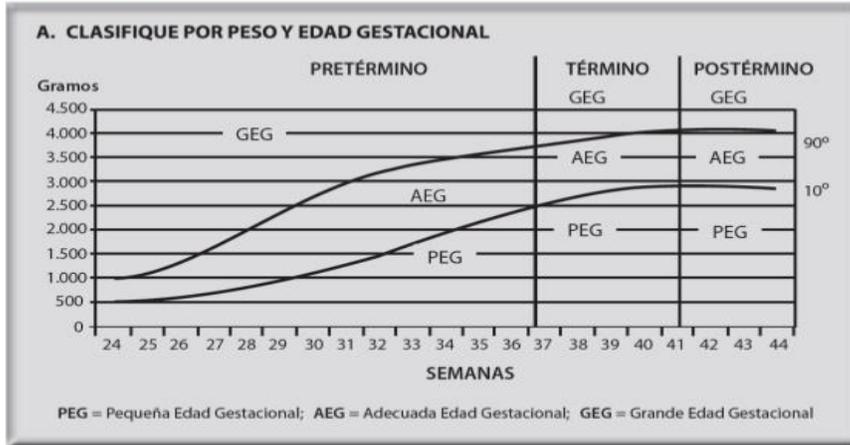
Se utiliza la fórmula: $\frac{\text{Total de Puntos} + 204}{7 \text{ (días)}} = \text{SEMANAS DE GESTACION}$

$$\frac{43 + 204}{7} = \frac{247}{7} = 35 \text{ SEMANAS (El método tiene un error de + una semana)}$$

ANEXO NO. 3 CURVA DE LUBCHENCO

CURVA DE LUBCHENCO

TODOS los recién nacidos deben ser clasificados inmediatamente al nacimiento según su **PESO Y EDAD GESTACIONAL**



PEG = Pequeño edad gestacional; **AEG** = Adecuado edad gestacional; **GEG** = Grande edad

ANEXO NO. 4 ESQUEMA DE VALORACIÓN DEL APGAR

Criterio a evaluar	Puntaje		
	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menor de 100	Igual o mayor de 100
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular, llanto débil	Regular, llanto fuerte
Tono Muscular	Flácido	Ligera flexión de extremidades	Extremidades flexionadas
Reacción al estímulo	No respuesta	Gesticulaciones	Buena respuesta
Color de la piel	Cianótica o pálida	Cuerpo rosado, extremidades cianótica	Completamente rosado

ANEXO NO. 5

TEST DE SILVERMAN ANDERSEN

SIGNOS	0	1	2
Quejido respiratorio	Ausente	Audible con el estetoscopio	Audible sin estetoscopio
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuado y constante
Movimientos tóracoabdominal	Rítmicos y regulares	Hundimiento de tórax y el abdomen	Disociación tóracoabdominal

Puntuación:

0=Dificultad respiratoria

1-3= Dificultad respiratoria leve

4-6 = Dificultad respiratoria moderado

≥7= Dificultad respiratoria severa