



# Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio



Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz (Álava)  
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Osakidetza 2018

Internet: [www.osakidetza.euskadi.eus](http://www.osakidetza.euskadi.eus)  
e-mail: [coordinacion@osakidetza.eus](mailto:coordinacion@osakidetza.eus)



# Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio

*Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente  
Dirección de Asistencia Sanitaria*



# Grupo de trabajo

**Ana Aguirre Unceta-Barrenechea.** OSI Bilbao Basurto

**Jesús Alustiza Martínez.** OSI Bajo Deba

**Sara Anso Oliván.** OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

**Mª Begoña Bilbao Markaida.** Dirección General

**Javier Calzada Barrena.** OSI Goierri-Alto Urola

**Miguel Ángel Cortajarena Altuna.** OSI Donostialdea

**M. Aintzane Euba López.** OSI Araba

**Gloria Gutiérrez de Terán Moreno.** OSI Bilbao Basurto

**Ayala López de Abreastuti Ibáñez de Garayo.** OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

**Goizalde López Santamaría.** OSI Alto Deba

**Rosa Masach Urestrilla.** OSI Bilbao Basurto

**Enrique Peiró Callizo.** Dirección General



# Índice

<b>1. Justificación</b>	7
<b>2. Objetivos</b>	7
<b>3. Atención al RN en el nacimiento</b>	8
<b>4. Evaluación de la adaptación del RN y cuidados iniciales</b>	10
<b>5. Atención al RN en la planta de hospitalización</b>	12
<b>6. Consideraciones al alta</b>	14
<b>7. ANEXOS</b>	
Anexo 1. Material para reanimación neonatal en sala de partos	19
Anexo 2. Documento de declaración de renuncia	21
Anexo 3. Contacto piel con piel (CPP) del recién nacido (RN) con su madre	23
Anexo 4. Protocolo de Seguridad en la Atención al RN en los ámbitos de Atención Materno-Infantil	29
Anexo 5. Identificación del RN	38
Anexo 6. Custodia del RN	41
Anexo 7. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN	43
Anexo 8. Profilaxis de la oftalmia neonatal	45
Anexo 9. Protocolo de detección precoz de la hipoacusia en la CAPV	47
Anexo 10. Protocolo de cribado neonatal de enfermedades congénitas en la CAPV	47
<b>8. Bibliografía</b>	49





## 1. Justificación

El nacimiento como proceso fisiológico representa una de las situaciones más frecuentes en la atención sanitaria, en la que se deben evitar intervenciones innecesarias que puedan llegar a ser nocivas para el RN y para el establecimiento del vínculo familiar.

La estandarización de los cuidados tiene como objetivo evitar la variabilidad en la práctica clínica, con el fin de disminuir los posibles incidentes y eventos adversos relacionados con la atención al RN.

En este protocolo se proponen pautas con estrategias de cuidados centrados en el desarrollo y la familia, tanto para la detección precoz de las desviaciones de la normalidad que puedan requerir cuidados especializados, como para el manejo de los problemas más habituales en el período perinatal inmediato.

## 2. Objetivos

1. Proporcionar los mejores cuidados al RN basados en la evidencia científica actual, respetando las preferencias de los padres y garantizando el bienestar del niño-a.
2. Garantizar que desde el inicio del nacimiento, la madre y el bebé permanezcan juntos fomentando el vínculo afectivo, el apego y la lactancia materna.
3. Detectar precozmente la aparición de posibles complicaciones.
4. Implicar a los progenitores en los cuidados del RN.
5. Promover la comunicación entre los ámbitos de Atención Hospitalaria y Atención Primaria.



## 3. Atención al RN en el nacimiento

- El **historial clínico perinatal** debe estar a disposición del personal encargado del cuidado y atención al RN con antelación, para detectar posibles factores de riesgo que puedan requerir atención neonatal inmediata.
  - a. En todos los partos sin factores de riesgo debe haber una persona encargada del cuidado del RN y formada en reanimación/estabilización inicial, que efectuará los cuidados de rutina del RN. Se dispondrá del material necesario para la reanimación neonatal. (Anexo 1)
  - b. En los partos que exista algún factor de riesgo perinatal, el pediatra estará de presencia física en el paritorio. (Anexo 1)
- **Información** a los progenitores de los cuidados a realizar al RN en el área de partos. En los supuestos de no autorización, se cumplimentará el documento de declaración de renuncia. (Anexo 2)
- Favorecer el **establecimiento del vínculo** afectivo de los progenitores y RN minimizando las interferencias del entorno ambiental (luz, ruido, temperatura) y las intervenciones innecesarias tanto a la madre como al RN.

Debe realizarse una inspección inicial comprobando el estado de bienestar del RN. Si es adecuado, los cuidados de rutina del RN y la valoración del período de adaptación inmediato se realizarán en **contacto piel con piel** con la madre. (Anexo 3). Si se detectan desviaciones de la normalidad, aplicación del protocolo específico.
- Evaluación del test de **Apgar** al 1' y a los 5' minutos de vida.
- **Pinzamiento tardío** del cordón umbilical en aquellos recién nacidos que no requieran reanimación. La sección se realizará en condiciones de asepsia, aplicándose una solución antiséptica (monodosis de clorhexidina acuosa 2%) tras la sección.
- Extracción de **muestra de sangre de cordón** para pH arterial y determinación de grupo sanguíneo y Test de Coombs directo en hijos de madre Rh negativo, grupo desconocido u otros factores de riesgo (TC Indirecto positivo...).
- Aplicación del protocolo de **Seguridad en la Atención al RN** en los ámbitos de

# Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio



Atención Materno-Infantil, garantizando la no separación de la madre y RN, salvo que la salud de alguno de ellos así lo requiera (Anexo 4)

- **Identificación** del RN antes de salir de paritorio y en presencia de la madre o el padre según procedimiento de identificación. (Anexo 5).
- **Custodia y vigilancia** del RN durante su estancia hospitalaria. (Anexo 6).
- Establecimiento del protocolo de **Alimentación** del RN.
- **Registro en la historia neonatal** de la valoración e intervenciones del RN. Cumplimentación del formulario.
- **Información a los padres** de la valoración e intervenciones realizadas al RN.

## HISTORIA CLÍNICA NEONATAL INFORMATIZADA

Registro del Recién Nacido  
Paciente:

**Datos del Parto**

Fecha del parto	Hora del parto
Semana de gestación	Tipo de parto
Tipo de Analgesia/Anestesia	Riesgo Infeccioso EGGB
Líquido Amniótico	Profilaxis AB anteparto
Presentación	Boleza
Otros datos perinatales de interés	

**Alimentación**

Plan de alimentación	Especificar problemas en lactancias anteriores
Supervisión de primera toma	
Problemas en lactancias anteriores	

**Plan de cuidados del Recién Nacido**

**Recién Nacido**

Código de identificación del RN	Profilaxis de enfermedad hemorrágica
Color identificación del RN	Profilaxis oftálmica
Sexo del RN	Indicación de profilaxis frente VHB
Peso del RN	Vacuna anti VHB
FC preductal	Gammaglobulina anti VHB
SpO2 preductal	Lote de vacuna VHB
Apgar 1 minuto	Deposiciones
pHau	Inicio de micción
RCP	Ver Histograma
Si RCP, tipo	CPP (Contacto piel-piel)
	Tiempo de CPP (contacto piel-piel en minutos)



# 4. Evaluación de la adaptación del RN y cuidados iniciales

Se realizarán tras las 2 horas de vida, coincidiendo con la valoración de la madre antes del traslado a la planta de hospitalización de puerperio. Durante este periodo la matrona observará con la menor interferencia posible la adaptación del RN en CPP (Anexo 3)

- Los **procedimientos** y las medidas médicas no urgentes son maniobras que se demorarán hasta finalizar el periodo inicial de adaptación:
  - Profilaxis de la Enfermedad hemorrágica y oftalmia neonatal (Anexo 7 y 8).
  - Evaluación del RN con toma de constantes: T<sup>º</sup>, FC, FR, SpO<sub>2</sub> pre-ductal y Peso.
- **Revisión y/o registro en la historia clínica informatizada neonatal:**
  - Procedimientos anteriormente descritos.
  - Plan de lactancia y supervisión de la primera toma.
  - Identificación de aquellos RN de riesgo, detectados prenatalmente o en el momento del parto, para su manejo posterior según protocolo específico.
    - maladaptación metabólica (BPEG, PEEG, CIR, Hijo madre diabética...)
    - riesgo infeccioso (EGB, VHB, VHC, VIH, Chagas, Zika...)
    - riesgo psicosocial
    - diagnóstico prenatal ecográfico de anomalías congénitas (hidronefrosis...)
    - Otros...
  - Información a los padres de la valoración e intervenciones realizadas al RN.
- **Registro en la historia neonatal** de la valoración e intervenciones del RN, así como antecedentes perinatales de interés. Cumplimentación del formulario.

# Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio



## HISTORIA CLÍNICA NEONATAL INFORMATIZADA

**Historia Neonatal**

Paciente:

**Antecedentes Obstétricos**

Edad materna:  Enfermedades maternas:   
Grupo sanguíneo materno:  Test de Coombs Indirecto (TCI):   
Paridad: G  A  P   
Embarazo controlado:  Vacuna tisferina:  \* Revisar vacunación de adulto sano  
TR:  Vacuna antigripal:   
Tipo de Gestación:  Observaciones ecografías prenatales:   
Ecografías prenatales:  Ecografías prenatales observaciones:   
Triple screening:  Medicación/incidencias embarazo:   
Riesgo infeccioso:  
Lues:  VHC:  Profilaxis AB intraparto:   
Rubeola:  VIH:  Otros:   
HBsAg:  Riesgo infeccioso EGB:

**Datos del Parto**

Fecha del parto:  Hora del parto:   
Semanas de gestación:  Apgar 1 minuto:   
Tipo de Analgésica/Anestesia:  Apgar 5 minutos:   
Presentación:  pHau:   
Tipo de parto:  RCP:   
Indicación tipo de parto:  Indicación tipo de parto:   
Bolsa:  Profilaxis de enfermedad hemorrágica:   
Líquido Amniótico:  Profilaxis oftálmica:   
Horas de bolsa rota:

**Datos del Recién Nacido**

Sexo:  Grupo Sanguíneo:   
Datos antropométricos: Peso al nacimiento (gr):  Longitud (cm):   
Peso al alta (gr):  Perímetro craneal (cm):   
% Pérdida ponderal:  % Test de Coombs Directo:   
Exploración neonatal: Anomalías congénitas:  Cribado auditivo (Fase 1):   
En caso de requerir 2<sup>da</sup> extracción especificar fecha:   
Especificaciones:   
Morbilidad obstétrica:  Br trascutánea:   
Especificaciones:  Br capilar:   
Riesgo Social:  SpO<sub>2</sub> preductal:   
Especificaciones:  SpO<sub>2</sub> postductal:   
Especificar riesgo social:  Frecuencia cardíaca:   
Otros datos perinatales:  Plan de lactancia:   
Otros datos perinatales de interés:  Tipo de Lactancia:   
Otros datos perinatales de interés:  Alta precoz (24-48 horas):   
Otros datos perinatales de interés:  Ingreso en la Unidad Neonatal:



# 5. Atención al RN en la planta de hospitalización

En la acogida del RN en la planta de hospitalización se constatará el buen estado de salud del RN, se comprobará la correcta identificación y se procederá a la información a los progenitores de las acciones a realizar para su implicación en la custodia y cuidados del RN. (Anexos 5 y 6)

Se revisará la historia clínica del RN: plan de cuidados específicos, plan de alimentación y que la adaptación del RN ha sido adecuada.

La atención al RN se realizará a pie de cama en la habitación de la madre, según el protocolo de Seguridad en la Atención al RN en los ámbitos de Atención Materno-Infantil. (Anexo 4)

## Cuidados del RN:

**Alimentación:** La alimentación del RN es una de las actividades que más relevancia adquiere durante este período, por su contenido y dedicación. Se promocionará la lactancia materna exclusiva (LME) y en cualquier caso se aplicará el protocolo específico de Alimentación del RN.

**Sueño:** El RN permanecerá en su cuna, boca arriba, cerca de la cama de la madre. No se recomienda elevar la cabecera de la cuna, ni compartir la cama para dormir durante la estancia en el hospital.

**Aseo:** El aseo del RN no debe realizarse hasta que se constate la estabilización térmica. Es suficiente la higiene con agua, y cambio frecuente de pañal. El cordón no requiere tratamiento específico, sólo mantenerlo limpio y seco.

**Constantes:** Control y registro de peso diario. El control de las deposiciones y diuresis se realizará por turno.

**Cribado de Cardiopatías** congénitas en las primeras 24 horas de vida mediante pulsioximetría (SpO2).

# Atención al recién nacido sano

## en el parto-puerperio



**Valoración del estado del RN por enfermería:** por turno.

**Exploración pediátrica:** completa durante el ingreso, incluyendo peso, longitud y perímetro craneal. A todos los padres se les informa sobre la exploración. Las anomalías congénitas y/o la morbilidad obstétrica detectadas se registrarán de forma específica en la Historia Clínica del RN.

**Cribado Neonatal:** se realizará según protocolo de la CAPV y quedará reflejado en la historia clínica informatizada y en la Cartilla de Salud Infantil.

- **Detección precoz de la hipoacusia.** (Anexo 9)
- **Enfermedades congénitas:** se realizará a todos los recién nacidos a partir de las 48 horas de vida. (Anexo 10)

# 6. Consideraciones al alta

## Antes del alta hospitalaria del RN, se tendrá en cuenta:

- Normalidad en el examen clínico registrado en historia clínica
- Inicio de diuresis y emisión de meconio
- Evaluación de peso (pérdida ponderal) y coloración (Bilirrubina transcutánea).
- Revalorar y asegurar técnica de alimentación adecuada (LM y/o A. Fórmula)

Tras la información de la valoración realizada al RN, si no cumple estos criterios y la madre solicitara el alta voluntaria, se requerirá la firma de la madre y quedará reflejado en historia clínica y en la cartilla de Salud Infantil.

Pasadas las 24 horas, a aquellas mujeres con partos normales y sin factores de riesgo perinatal, con el RN sano tras valoración pediátrica, se les ofrecerá el alta, asegurando un seguimiento adecuado y con el compromiso de acudir a realizar el cribado neonatal en el hospital. (Anexo10)

## En todos los casos para garantizar la transición del alta hospitalaria al ámbito de Atención Primaria:

- Se entregará la Cartilla de Salud Infantil y Cartilla de la embarazada debidamente cumplimentada, así como el informe clínico de alta de la madre.
- Información sobre signos de alarma y motivos de consulta urgente.
- Las pulseras de identificación (madre y RN) no se retirarán en el hospital, se recomendará retirar una vez estén en su domicilio.
- Se indicará a los padres la necesidad de utilizar método de transporte seguro hasta su domicilio.
- Citación telefónica de la madre con su matrona de atención primaria en las primeras 24h tras el alta hospitalaria y presencial antes de la 72h del alta hospitalaria.

# Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio



- Se recomienda control clínico del recién nacido por su pediatra de Atención Primaria en la primera semana de vida.
- En el caso de un RN de riesgo (pérdida ponderal llamativa, riesgo de hiperbilirrubinemia o pretérmino tardío...) se indicará control pediátrico precoz, asegurando la cita con su pediatra antes del alta hospitalaria.



## 7. Anexos





1

## Anexo 1

### MATERIAL PARA REANIMACIÓN NEONATAL EN SALA DE PARTOS

#### Cuna de calor radiante u otra fuente de calor con:

- Fuente de luz y reloj
- Fuente de oxígeno y aire medicinal (FiO<sub>2</sub> 0.21) con medidor de flujo
- Recomendado: Mezclador de gases
- Aspirador con manómetro

#### Equipo de succión y ventilación

- Sondas de aspiración
- Bolsas autoinflables (250-500 ml) y mascarillas faciales (tamaño neonatal)
- Laringoscopio con pala recta (Término:1, prematuros: 00,0)
- Tubos endotraqueales (2, 2.5, 3, 3.5 y 4 mm)
- Cánulas orofaríngeas
- Recomendado: Ventilador automático/manual (Neopuff)

#### Equipo de canalización de vasos umbilicales y medicación

- Catéteres umbilicales 3,5 y 5 Fr y llave de tres pasos
- Bisturí, pinzas, jeringas
- Adrenalina (diluida 1:10000 con SSF)

#### Varios

- Bolsas o envolturas de plástico (recomendado para prematuros)
- Guantes y material de protección necesario para el personal
- Tijeras, esparadrapos, gasas estériles

- Estetoscopio
- Bombillas y pilas de repuesto para el laringoscopio
- Agujas (25,21 y 19 G)
- Recomendado: pulsioxímetro, capnógrafo

<http://www.se-neonatal.es/>

## PEDIATRA EN SALA DE PARTOS

**Se avisará al pediatra para que esté presente en el nacimiento en los siguientes casos:**

- Cesáreas y partos instrumentales (espátulas, fórceps y ventosa)
- Pretérminos de < 36 semanas
- C.I.R. conocido prenatalmente
- Gestaciones múltiples
- Presentación anómala (nalgas, cara...)
- Metrorragias
- Líquido meconial
- Situaciones con RPBF
- Anomalías mayores conocidas por diagnóstico prenatal
- Situaciones no previstas y a requerimiento del profesional que asiste el parto



2

## Anexo 2

### DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE RENUNCIA PROFILAXIS DEL RECIÉN NACIDO

Menor..... CIC:.....

Fecha de nacimiento:.....

#### Información previa

Las autoridades sanitarias recomiendan la administración de medidas profilácticas en la Atención hospitalaria de los recién nacidos, estas medidas están encaminadas a prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, la oftalmia neonatal y la prevención de la hepatitis B.

En caso de no aceptación de estas medidas profilácticas o de alguna de ellas, se requiere la renuncia expresa.

#### Declaración de los padres/tutores

- He sido informado por los profesionales sanitarios de la necesidad de administrar medidas profilácticas en la Atención hospitalaria de los recién nacidos a mi hijo/a. También de sus ventajas e inconvenientes y he tenido la oportunidad de plantear mis dudas.
- He recibido información sobre la importancia y los riesgos a los que expongo a mi hijo/a por no aceptar las medidas profilácticas, así como las posibles alternativas existentes.
- Me considero responsable de esta decisión. A continuación, señalo aquellas medidas profilácticas que no quiero que sean administradas a mi hijo/a:

*(Señale con claridad qué procedimientos acepta y cuáles rechaza)*

PROFILAXIS DEL RECIÉN NACIDO	ACEPTO	RECHAZO
Profilaxis de la infección de cordón		
Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN. Vit K IM		
Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN. Vit K ORAL		
Profilaxis de la oftalmia neonatal		
Vacuna hepatitis B		

**Padre/Madre o tutor**

Nombre y Apellidos: ..... DNI: ..... Fecha: .....

Firma:

**Padre/Madre o tutor**

Nombre y Apellidos: ..... DNI: ..... Fecha: .....

Firma:

**Profesional Sanitario**

Nombre y Apellidos: ..... nº Colegiado: ..... Fecha: .....

Firma:



### 3

## Anexo 3

### CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP) DEL RECIÉN NACIDO (RN) CON SU MADRE

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación entre madre y RN ha aportado cobijo, calor, alimentación, estimulación y protección al lactante y ha permitido poner en marcha el proceso de apego y de vinculación.

Desde el punto de vista biológico, durante el postparto inmediato, el CPP representa el hábitat normal para el bebé y el amamantamiento es el comportamiento preparado para ese hábitat. Esto favorece su adaptación a la vida extrauterina y la lactancia materna.

Uno de los comportamientos esenciales para la supervivencia del RN es el amamantamiento; el bebé tiene los sentidos del gusto y el olfato desarrollados, y utiliza su capacidad motora y su olfato para reptar hacia el pecho materno. Cuando su madre le habla, reconoce la voz, moviendo la cabeza hacia el sonido y dirigiendo la mirada hacia ella.



Se denomina CPP, al contacto estrecho entre la madre y su RN, que es la forma biológica de comportamiento de la especie humana tras el nacimiento. Este contacto puede ser inmediato o precoz.

- El CPP inmediato: se refiere al que se pone en contacto piel con piel con su madre, nada más nacer.

- El CPP precoz: es aquel en el que tras una separación inicial, se pone al RN en contacto piel con piel con su madre, y en el caso de que no sea posible, con su pareja o persona que ella elija, dependiendo de cada caso.

El CPP se aconseja que sea inmediato con la madre, ininterrumpido y prolongado durante las dos primeras horas después del nacimiento. El RN se halla en un estado de alerta tranquila conocida como periodo sensitivo, en el cual sobrevienen acontecimientos claves que conllevan a la obtención de un desarrollo óptimo. Si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos, el proceso pueda alterarse.

El CPP, es una intervención sencilla que aumenta el bienestar físico, mental, emocional y social tanto de la madre como del RN.

## OBJETIVO

Garantizar el CPP del RN a término y/o pretérmino que esté sano y estable, con su madre de forma inmediata, ininterrumpida y prolongada. En el caso de que no sea posible establecer el CPP con la madre se realizará con el padre o familiar cercano designado por la madre.

## RESPONSABILIDAD

Los profesionales de la atención al parto son responsables de promocionar, mantener y controlar ese CPP, siendo la matrona la referente del proceso.

## CONTACTO PIEL CON PIEL

Se realizará el CPP a:

- RN a término y pretérmino sanos y estables, independientemente del tipo de alimentación que la madre decida.
- En el caso de que la salud de la madre y/o del RN se vea afectada y ello obligue a separarlos, se deberá restablecer el CPP lo antes posible.
- Cuando el estado de salud de la madre no permita el CPP con su hijo-a, se ofrecerá la posibilidad de realizarlo al padre o la persona que la madre decida, iniciando el CPP con su madre cuando su estado de salud lo permita.



## BENEFICIOS DEL CPP PARA EL RN

- Facilita el vínculo de apego con su madre.
- Disminuye el gasto energético y favorece la adaptación metabólica del RN.
  - Si se tiene la precaución de secar al RN nada más nacer, no solo no se enfriá sino que se favorece su regulación térmica, ascendiendo la temperatura progresivamente.
  - Disminuye el riesgo de hipoglucemia.
  - El equilibrio ácido base se recupera antes.
  - Disminuyen las hormonas del estrés del bebé ( $\downarrow$  cortisol).
- Favorece la estabilidad cardiorrespiratoria.
- Permite la colonización del cuerpo del RN por microorganismos maternos.
- Los bebés lloran menos.
- El RN pone en marcha los reflejos de arraigo (búsqueda, succión,...), lo que favorece que se dirija hacia el pecho que reconoce por su color y olor, para engancharlo e iniciar la succión.
- La inmunidad del bebé mejora al cabo de 6 meses.
- Se estrechan los lazos afectivos, iniciándose los procesos de apego del bebé.

## BENEFICIOS DEL CPP PARA LA MADRE

- Se estrechan los lazos afectivos, iniciándose la vinculación con su bebé.
- El contacto y la actitud del bebé provocan en la madre la secreción de oxitocina, lo que ayuda a la eyeción del calostro, a la contracción uterina y al ser la hormona del comportamiento maternal ejerce un efecto antiestrés en la madre.
- Aumenta la confianza de la madre.
- La ansiedad materna disminuye.
- Al iniciar pronto la lactancia materna, hay menos ingurgitación mamaria.
- Aumenta la frecuencia y duración de la lactancia materna.

## COMPORTAMIENTO DEL RN

Durante las dos primeras horas de vida, el RN se encuentra en un estado receptivo idóneo para establecer el CPP e iniciar la lactancia materna. Durante este periodo, el RN pasa por una primera fase de reactividad que dura unos 30 min., seguida de una fase de reposo con tendencia al sueño y a las bajas respuestas que llega hasta las dos horas de vida.

En este periodo receptivo, el RN atraviesa nueve fases de comportamiento:

1. Fase de llanto al nacer
2. Fase de relajación: El bebé descansa y se recupera. Sin actividad en boca, cabeza, brazos, piernas y cuerpo
3. Fase de despertar: Ligeros signos de actividad
4. Fase de actividad: Movimientos de la cabeza, de un lado hacia otro, arriba, abajo
5. Fase de gateo: Repta hacia los pechos de su madre
6. Fase de descanso: Con algo de actividad como succión de la mano
7. Fase de familiarización: El bebé alcanza la areola con su boca para empezar a chupar
8. Fase de succión del pecho: Introduce el pezón más parte de la areola en su boca para empezar a succionar
9. Fase de sueño: Despues de ese período receptivo

Estas fases dan lugar a principios de óptima auto-regulación.

Este comportamiento es lo que estimula la respuesta cuidadora de la madre.

## RECOMENDACIONES

- Mantener la temperatura ambiente entre 24 y 26º C.
- Tener paños, mantas/toallas y gorros templados.
- Presencia de los mínimos profesionales que garanticen la atención a la madre y recién nacido.
- Estar acompañada por la persona que la mujer decide durante la realización del CPP.
- Establecer un entorno que favorezca la confianza, tranquilidad y privacidad de la mujer, ambiente cálido, con poca luz, sin ruido, con música si lo desea.



### PROCEDIMIENTO

- Informar a la madre antes del nacimiento de los beneficios del procedimiento y la posibilidad de realizarlo. Responder a sus dudas y respetar su decisión.
- La madre se colocará en posición de crianza biológica, semi-incorporada, posición que le permita interaccionar y mirar a su hijo/a.
- Inmediatamente después del nacimiento, si la madre y el RN se encuentran bien:
  - Colocar al RN desnudo directamente sobre la piel de la madre (pecho-abdomen), cubriéndole con un paño templado.
  - El RN se colocará en decúbito prono, con las extremidades abiertas y flexionadas y con la cabeza ladeada, evitando la flexión e hiperextensión del cuello. No secar las manos ni la cara del RN, (para conservar el olor a líquido amniótico).
  - La madre secará al RN frotándole despacio sobre el cuerpo con el paño templado intentando no secarle la cara y las manos. Retirar el paño utilizado y cubrir a ambos con otro seco, sin sobrepasar los hombros del RN permitiendo el contacto visual.
  - Colocar al RN un gorro, dejándolo en CPP sobre el tórax desnudo de su madre, y permaneciendo juntos durante 2 horas (periodo receptivo del RN).
- Durante este periodo, el bebé va adquiriendo una coloración rosácea, dirige la mirada hacia la voz de su madre, permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, poniendo en marcha los reflejos de búsqueda, succión, dirigiéndose hacia la areola para realizar el agarre y la succión. Este proceso no debe迫使, debe de ser espontáneo para favorecer la crianza biológica.

Cuando la madre ofrece el pecho en posición de crianza biológica, la interacción que se establece entre madre y RN, permite la liberación de comportamientos instintivos maternos y estimula reflejos primitivos neonatales que facilitan el amamantamiento.

- Dependiendo del tipo de parto y medicación empleada durante la dilatación, el comportamiento del bebé, durante el periodo sensitivo, puede estar alterado y no dar señales de querer mamar. Hay que valorar y comprobar que todo esté bien para dejarlos en CPP con su madre y puede ser necesario facilitarles el acceso al pecho para iniciar la lactancia.
- Los cuidados al RN, necesarios en este periodo: valoración, identificación, recogida de muestra de sangre del cordón umbilical y desinfección, se realizarán en CPP sin separarle de su madre y con la menor interferencia posible.

- Los cuidados del RN: peso, profilaxis ocular y antihemorrágica, pañal, se realizarán al finalizar el CPP, no sólo porque implican separación sino porque son maniobras estresantes que pueden interferir en la adaptación a la vida extrauterina del RN, contribuir a su desestabilización, alterar este proceso y puede disminuir la frecuencia de las tomas de la lactancia materna con éxito.

La pomada oftálmica puede producir blefaroespasmos, lo que impide al RN mantener los ojos abiertos y ver bien a su madre y específicamente le dificulta poder dirigirse hacia el pecho materno.

- Si la opción de alimentación es la fórmula hay que tener en cuenta que las necesidades del RN de protección, calor y establecimiento del vínculo son las mismas, por lo cual se le mantendrá en CPP con su madre de igual manera.
- Los profesionales controlarán el bienestar de la madre y del RN, facilitando el confort.
- El CPP se mantendrá como mínimo durante las primeras dos horas de vida, teniendo en cuenta que no debe interrumpirse si se está produciendo la 1<sup>a</sup> toma de LM, mientras el RN siga succionando.
- Después de dicho periodo, se procederá a trasladar a la planta de maternidad a la madre y al RN juntos en la cama, manteniendo la cabecera de la cama incorporada 30-45 grados para garantizar el contacto visual de la madre con el bebé durante el traslado.

### Seguridad en el contacto piel con piel

- La madre debe estar acompañada por quien ella deseé para garantizar la seguridad del RN. El acompañante puede ayudarla o incluso suplirla en la función de vigilancia del RN. Se les recordará la importancia de la no utilización en estos momentos del móvil y otros dispositivos que puedan servir de distracción.
- Los profesionales sanitarios informarán y enseñarán a la madre y acompañante como evitar que la nariz/boca del RN se obstruya durante el contacto piel con piel. Es fundamental que dicha información sea entendida.

Se advertirá a los padres de los signos por los que deberán avisar al profesional: cambios de coloración, hipotonía, hipertonia y/o respiración irregular o ausente.

- Los profesionales valorarán el proceso de forma intermitente.
- Si la madre no dispone de acompañante, serán los profesionales los que deban asumir esta función, de no ser así, se suspenderá el CPP de forma transitoria, considerando además otros factores de riesgo adicionales (madre primípara, muy cansada, sedación, eventos perinatales).



## 4

## Anexo 4

### PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN AL RN EN LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

#### INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

En 2014 en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza 2013-2016 de manera corporativa se elaboró e implantó el protocolo de *Seguridad Clínica de Atención al Bebé en los ámbitos de Atención Materno-Infantil*, en aras a garantizar la seguridad y a minimizar los riesgos de un suceso centinela como se considera el robo o la desaparición del bebé.

Es un protocolo que establece dentro de sus objetivos, garantizar los cuidados a pie de cama para minimizar el riesgo de la separación del binomio bebe-progenitores, impulsando la sensibilización y participación de los padres/ familia y los profesionales sanitarios en el ámbito de la cultura de seguridad.

El desarrollo de la cultura de seguridad, aprendizaje y aplicación de las buenas prácticas nos está permitiendo a las organizaciones y a los profesionales de los diferentes ámbitos de Atención Materno-Infantil, seguir detectando las acciones a desarrollar e implantar para minimizar acontecimientos adversos relacionados con la atención sanitaria de la madre y el recién nacido.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020 se continuará con el desarrollo de la cultura de seguridad de la línea de Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.

El equipo de Seguridad del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio, ha procedido a la evaluación y revisión del protocolo de *Seguridad Clínica de Atención al Bebé en los ámbitos de Atención Materno-Infantil* (2014) que se continuará aplicando tras la inclusión de las áreas de mejora detectadas por los profesionales (2017) y se define de nuevo como protocolo de *Seguridad en la atención al RN en las áreas de Atención Materno-Infantil*.



## OBJETIVOS

### 1. Garantizar el cumplimiento del Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi.

#### “Artículo 4.- Derechos en las relaciones asistenciales.

...

- k) A que se registre en su historia clínica, en los términos previstos en el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica, la información que se genere en los procesos asistenciales, con las medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad, autenticidad, integridad y trazabilidad de sus datos personales.

#### Artículo 5.- Derechos relacionados con la participación responsable en la gestión de la propia salud:

- a) A conocer en todo momento a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico, cuidado y tratamiento, así como su nombre, la titulación y la especialidad de las y los profesionales sanitarios que le atienden.

...

- f) A que se promueva y facilite la participación activa de forma individual y colectiva a través del autocuidado y la autogestión con programas de educación y empoderamiento de las personas.

#### Artículo 8.- La asistencia sanitaria específica vinculada a la infancia y adolescencia en su condición de pacientes y usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi, tiene los siguientes derechos específicos:

- a) A que él o la recién nacida permanezca junto a su madre, salvo circunstancias excepcionales.
- b) A su correcta identificación en el momento del nacimiento mediante los instrumentos que, a tal efecto, garanticen este derecho.
- c) A disponer, desde su nacimiento, de su cartilla infantil que contemple las principales acciones de prevención sanitaria y de protección de la salud que se consideren pertinentes.



- d) A ser inmunizadas contra las enfermedades infectocontagiosas contempladas en el calendario de vacunas propuesto por la autoridad sanitaria, así como su inclusión en aquellos programas de prevención vigentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi (metabolopatías, detección precoz de la sordera, etc...). Así mismo se procurará la atención temprana a los nacidos con necesidades especiales.
- g) A la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia, si los padres o madres, o la persona que los sustituya, se los negará por razones religiosas, culturales o cualquiera otras, o no estén en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la necesidad.
- j) Además, cuando los niños, niñas y adolescentes requieran hospitalización tendrán derecho:
  1. A estar acompañadas, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, o en otra instalación sanitaria, de sus padres y madres o la persona que los sustituya, quienes no asistirán como espectadores pasivos sino como parte activa de la vida hospitalaria.
  2. A ser atendidas, tanto en recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.
- h) A que se potencie su tratamiento ambulatorio con el fin de evitar su hospitalización.

**Artículo 9.-** Las personas usuarias del sistema sanitario de Euskadi, en relación con la asistencia sanitaria específica referida a la salud sexual y reproductiva, tiene los siguientes derechos:

- a) A recibir una atención sanitaria a lo largo del proceso asistencial del embarazo, parto y puerperio, basadas en guías de práctica clínica y en la evidencia científica disponible.
- b) A ser informada y a poder decidir cuándo se planteen intervenciones no estrictamente necesarias desde un punto de vista clínico, y que pueden obviarse sin perjuicio para su salud o la del niño o niña, tales como: intervenciones tendentes exclusivamente a acelerar o retardar el parto, aplicación de analgesia, enema, rasurado, episiotomía, posición para la fase de dilatación y del expulsivo, etc. A que se le facilite su participación activa como protagonista de su embarazo y parto y a presentar en el centro sanitario sus preferencias sobre el parto.
- c) Durante la estancia en el hospital, a estar acompañada por su pareja o la persona de confianza antes y durante el parto y en el periodo inmediatamente posterior al mismo y a tener a su lado al niño o niña, así como a su pareja o persona de



su confianza, siempre que sea posible, después del parto, así como cuando, con posteridad, acuda a cualquier centro o servicio sanitario.

- d) A ser informada y formada en materia de lactancia materna con objeto de fomentar su utilización en la alimentación infantil.
- e) A ejercer el derecho a amamantar a los hijos e hijas en cualquier espacio público.
- g) A recibir atención y educación sexual adecuadas, que incluye la obtención de la información y asesoramiento necesario sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre anticoncepción, así como el acceso a los métodos de planificación familiar."

## 2. Aplicación del protocolo de *Seguridad en la atención al RN en los ámbitos de Atención Materno-Infantil*, garantizando los cuidados a pie de cama para minimizar el riesgo de la separación del binomio bebe-progenitores, impulsando la sensibilización y participación de los padres/ familia y los profesionales sanitarios en el ámbito de la cultura de seguridad.

### ACCIONES

- Empoderamiento, corresponsabilidad y compromiso de los padres para fomentar el binomio bebé-progenitores y promover la adaptación en el núcleo familiar colaborando, como padres del bebé, en la toma de decisiones y custodia para que se cumpla la aplicación del protocolo de seguridad con los compromisos pactados.
- Impulsar la participación activa para la promoción y prevención de la salud, educación sanitaria, consejo breve y prescripción de hábitos de vida saludables en el núcleo familiar.
- Entrega del díptico del bebé que se dirige a su ama y aita, de manera personalizada teniendo en cuenta las indicaciones del bebé para su cuidado:
  - garantizar la permanencia en la habitación para la mejor adaptación del binomio madre–bebé y núcleo familiar
  - mejorar el control del acceso de las visitas, trato y confort para que sean las mínimas y evitar infecciones
  - coordinar las actuaciones de los padres y de los profesionales

Las acciones para garantizar el cumplimiento del protocolo de *Seguridad en la*

# Atención al recién nacido sano

## en el parto-puerperio



*atención al RN en los ámbitos de Atención Materno-Infantil* son las que a continuación se describen:

- Los profesionales sanitarios deben llevar en todo momento la tarjeta de identificación sanitaria y se presentarán a la mujer por primera vez con el nombre y categoría profesional.
- En la preparación maternal se divulgará la información del protocolo de *Seguridad en la atención al RN en los ámbitos de Atención Materno-Infantil*, en las sesiones de puerperio y cuidados del recién nacido. Se hará especial hincapié en la no separación de la madre del bebé, en las situaciones clínicas excepcionales y en el control de las visitas.
- En la consulta de embarazo de atención primaria y la consulta de embarazo de alto riesgo para garantizar que la información del protocolo de seguridad llega a todas las mujeres, parejas y familiares, el profesional sanitario que asiste a la mujer en la semana 35-37 de embarazo dará la información referente con el fin de empoderar, corresponsabilizar y comprometer a los futuros padres en la seguridad del bebé, junto con las actividades de promoción de la salud. Se informará a los padres de que la mayoría de los procedimientos se realizarán a pie de cama en la misma habitación y de que, en el caso de tener que trasladar al recién nacido a otra sala o departamento, serán convenientemente advertidos y podrán acompañar al recién nacido.
- Informar a los padres/familia de la necesidad de disponer del nombre del niño/a en el momento del nacimiento para su identificación y apertura de su historia clínica. Se registrará en la Cartilla de la embarazada e Historia Clínica.

Posteriormente se entregará la carta institucional y el folleto-díptico: “*No me dejéis solo*” donde nuestro bebé nos pide con sus aportaciones los cuidados personalizados, que desea tener cuándo nazca. Para las madres inmigrantes se dispondrá en el programa Osabide de la traducción del folleto y la carta al árabe, francés, inglés, chino y pakistaní, que se entregará junto con el folleto original.

La carta institucional dirigida a los padres recoge lo importante que es el nacimiento como un acontecimiento familiar, que la atención va estar centrada en la familia y que todos, madres/padres y profesionales, estamos implicados en conseguir una atención segura y de calidad. A día de hoy, sabemos lo importante que es mantener el contacto continuado madre/bebé en las primeras horas y que por ello nuestras actividades (cuidados, exploraciones, pruebas) se van a desarrollar a pie de cama para no separarles y que, cuando esto no sea posible, se le pedirá a la madre, al padre u otro familiar que acompañe al recién nacido junto con un profesional sanitario.



- Áreas Materno-Infantiles de los hospitales. Atención a pie de cama:

- Verificación al **ingreso hospitalario en el reconocimiento** de que la madre, padre o familia conocen nuestro protocolo de seguridad y disponen del díptico *“No me dejéis solo”*. Informar y entregar si lo desconocen.
- Cuidados para la seguridad en el **parto y plantas de hospitalización para la atención al puerperio y recién nacido**.
  - Apertura de historia clínica informatizada para la identificación del RN y registro de la actividades realizadas, evolutivo, revisiones, analítica, RX, otras pruebas.
  - Kit de identificación codificado madre-RN.
  - Recogida de la sangre de cordón umbilical con consentimiento materno para la identificación por medio ADN.
  - Valoración y cuidado del RN en presencia de madre/padre.
  - Favorecer el CPP. Colocar al RN un gorro, dejándolo en CPP sobre el tórax desnudo de su madre, y permaneciendo juntos durante 2 horas.
  - Información y empoderamiento de los padres para su implicación y colaboración en los cuidados del RN para el CPP junto con los profesionales sanitarios.
  - Verificación del plan de alimentación del RN, fomentando la lactancia materna exclusiva así como los cuidados para la misma y si es necesario para la alimentación con fórmula.
  - Aplicación de medidas profilácticas. Profilaxis de cordón. Profilaxis de la Enfermedad Hemorrágica del RN. Profilaxis oftalmia Neonatal.
    - Reanimación del RN, si precisa.
  - Traslado a planta de maternidad. Madre e hijo/a acompañados por un familiar y el celador.
  - *Desplazamiento del recién nacido de paritorio a la unidad de neonatología, si es preciso.*  
*En caso de ingreso del RN desde paritorio a la unidad neonatal para ingreso/observación, éste debidamente identificado por su pinza de ombligo y pulsera, es acompañado por profesional sanitario y se informa al parent/familia.*

En la acogida en la planta de hospitalización se procederá a la:

- Comprobación de historia clínica, identificación madre-hijo/a verificación del conocimiento del protocolo de seguridad de bebé y habitación de destino.

# Atención al recién nacido sano

## en el parto-puerperio



- La identificación del RN con un único código para todos los elementos utilizados para la identificación es imprescindible. La comprobación se realizará siempre que el RN sea separado de su madre y en el momento del alta.
- Comprobación del buen estado general del RN.
- Valoración de la alimentación dando la información necesaria para una buena instauración.

Durante su estancia el RN permanecerá acompañado por su madre. En las excepciones de la separación del binomio madre-bebé, el padre o persona delegada por ella será quien custodie al recién nacido/a durante la estancia hospitalaria. En el caso de no garantizarse por la familia, un profesional custodiará al RN durante su estancia hospitalaria.

- En cada habitación se garantizará que disponen de la información necesaria con las mismas recomendaciones del folleto *“No me dejéis solo”*.
  - Actividades realizadas a pie de cama: cribado neonatal, detección de sordera congénita, exploración y cuidados del RN.
  - Plan de cuidados y educación sanitaria a los padres sobre el cuidado del RN según necesidades detectadas.
  - Registro en historia clínica informatizada de los datos del RN.
  - *Traslado del RN desde unidad de neonatología a la planta de maternidad: El traslado del RN, desde neonatos a la planta de maternidad se hará acompañado de un profesional y un familiar debidamente identificado. Si no hubiera familiar, el RN iría acompañado de un profesional y también de un celador.*
- Check-List en planta de maternidad.*

### EXCEPCIONES:

- Salidas con el bebé de las áreas de partos y hospitalización del puerperio:
  - En estos casos se cumplimentará el Check-List de salida y entrada.
  - Un familiar acompañará al bebe junto con el profesional del área materno-infantil hasta al área donde se realice la atención (Ecocardio, radiología, pruebas complementarias...).



## AUTORIZACIÓN DE TRASLADO DEL RN

### **LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SALIDA DEL RN:**

- Nombre y dos apellidos del RN:
- Nombre y dos apellidos del acompañante:
- Origen:
- Destino:
- Fecha:
- Hora:

Firma de la profesional

Firma del familiar

### **LISTADO DE VERIFICACIÓN DE ENTRADA DEL RN:**

- Comprobar destino (habitación):
- Identificación de la madre:
- Identificación del RN:
  - En la pulsera:
  - En la historia clínica:

Fecha:

Hora:

Firma del profesional

Firma del familiar



## SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO:

- Cuatrimestral
- Indicadores:
  - Número total de acciones realizadas a pie de cama.
  - % de mejoras realizadas para garantizar la atención a pie de cama sobre el total de mejoras propuestas.
  - Número de incidencias registradas y tratamiento realizado.

*Nota: El protocolo se aplica dentro de los procesos de la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido.*

# Anexo 5

## IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (RN)

Procedimiento mediante el cual se garantiza la correspondencia entre el RN y su madre o consigo mismo, mediante un elemento vinculador, pulsera, pinza de cordón umbilical y gota de sangre o huella plantar.

### OBJETIVO

Identificar al RN con su madre para su posterior verificación si fuera necesario. Informar a los padres del procedimiento y posibilidades que tienen para identificar a su hijo/a.

### MATERIAL

- Kit de identificación del RN con código numérico y de color (pinza de cordón umbilical, 2 pulseras, 2 pegatinas)
- Hoja del consentimiento informado para la identificación del RN
- Historia neonatal
- Partograma

### ACTIVIDADES

#### Previo al nacimiento

- Comprobación de la identificación de la madre.
- Información a los padres de las opciones para la identificación de su hijo/a (ADN o huella plantar) entregando y recogiendo el consentimiento informado, y además en todos los casos mediante Kit de identificación.
- Preguntar el nombre y los apellidos que va a llevar el RN, anotándolo en la historia clínica.



### En el nacimiento

La identificación del RN se hará delante de la madre/padre, informándoles del procedimiento, mediante:

#### a) Kit de identificación

- Se abrirá en el momento del nacimiento, comprobando la correspondencia de los códigos. Las pulseras llevarán el nombre, dos apellidos y número de historia de la madre.
- Colocación de:
  - Pinza codificada en el cordón umbilical del RN.
  - Pulsera de identificación codificada, pequeña, en el tobillo del RN.
  - Pulsera de identificación codificada, grande, en la muñeca de la madre.
  - El código se recogerá en el partograma y en la historia neonatal. En los casos de historia clínica informatizada, los códigos se recogerán en la hoja de identificación por ADN o huella plantar y se registrarán en la historia clínica de la madre y el recién nacido.
- En los partos múltiples se utilizará un Kit de identificación para cada RN con diferente código numérico y de color. La madre portará todas las pulseras de cada RN. Cada hoja neonatal irá con la pegatina codificada correspondiente al RN. El partograma llevará todas las pegatinas correspondientes a los recién nacidos.

#### b) Identificación por ADN (gota de sangre)

- Comprobación del consentimiento informado.
- Realizar el procedimiento de recogida de sangre de cordón umbilical.
- Archivo de la muestra de sangre para custodia y del consentimiento en la hoja neonatal.

#### c) Identificación por huella plantar

- Comprobación del consentimiento informado.
- Toma de la huella plantar del RN según procedimiento.
- Adjuntar a la hoja neonatal el CIIRN sin separar la parte de identificación.



Los RN que se quedan para adopción, así como los RN muertos y los RN que ingresan tras haberse producido el nacimiento fuera del hospital, llevarán este sistema de identificación. En el caso de que no se pudiera colocar la pinza de cordón umbilical, el código de ésta será destruido delante de la madre/padre.

## Durante el ingreso

### Comprobación de la identificación

Se comprobará la correspondencia de los códigos de identificación de la pinza de cordón umbilical y las pulseras, con registro en el evolutivo del RN, en los siguientes casos:

- Al abrir el Kit de identificación
- Al entregar al RN a su madre/padre tras una separación en la Unidad
- Al alta del Área de Partos
- Al ingreso en la Unidad de Puerperio
- Al alta hospitalaria

Además se realizará:

- Check-List en cualquier salida y llegada del neonato a la Unidad Puerperio

### Caída o pérdida de pulsera:

Delante de la madre/padre se procederá a:

- Comprobar identificación mediante el código de la pinza y la segunda pulsera.
- Colocar nueva pulsera sin código y con el nombre, apellidos y nº historia de la madre.
- Si aparece la pulsera, ésta será destruida delante de la madre/padre.

**Las pulseras de identificación (madre y RN) no se retirarán en el hospital, se recomendará retirar una vez estén en su domicilio.**

### Ingreso de Parto de Emergencia en las Áreas de Atención Materno-Infantil

- Verificación de la identificación de la madre y recién nacido/s, aplicación del procedimiento de identificación y procedimiento de custodia.



## 6

## Anexo 6

### CUSTODIA DEL RECIÉN NACIDO (RN)

Cuidado y vigilancia del RN durante su estancia en el hospital.

#### OBJETIVO

Garantizar como principio la no separación del RN de su madre/padre o persona delegada por ella, salvo que su salud así lo requiera. En el supuesto de no poder garantizar la custodia por el núcleo familiar de manera permanente, será custodiado por un profesional desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria.

#### ACTIVIDADES

Informar de las normas y procedimientos de actuación a los padres, para que puedan detectar la anormalidad ante una separación.

#### Siempre que el estado de la madre y del RN lo permita:

- El RN permanecerá con su madre en la misma habitación y durante toda su estancia en el Hospital.
- Se les informará a los padres de que el RN queda bajo su custodia.
- Los cuidados y exploraciones del RN se realizarán en la misma habitación en presencia de la madre/padre/persona delegada.
- El traslado del Área de Partos a la Unidad de Puerperio, se realizará en la misma cama junto a su madre y acompañados de un familiar.
- Los desplazamientos dentro de la Unidad se realizarán acompañados de la madre/padre/persona delegada.
- Los traslados a otras Unidades se realizarán acompañados de la madre/padre/persona delegada y personal sanitario, además se cumplimentará el Check-List.
- En las excepciones, que por razones de salud de la madre, sea necesaria la separación del binomio madre-bebé; el padre o persona delegada por ella será



quién custodie al RN durante su estancia hospitalaria. En el caso de no garantizarse por la familia, un profesional custodiará al niño/a durante su estancia hospitalaria.

- Para dejar al RN bajo la custodia de familiar o persona delegada, la identificación de éste se realizará mediante certificación de la madre, quedando el RN bajo la custodia del profesional sanitario hasta ese momento.

### **Separación por urgencia en la atención del RN**

- Se informará a los padres, que si una persona/profesional no conocido se lleva a su hijo/a de la habitación y no le acompaña, deberán llamar al timbre de la habitación.
- Durante la atención de urgencia al RN está bajo la custodia del profesional sanitario.

**Los profesionales deben llevar en todo momento la tarjeta de identificación (TPE) visible y la primera vez que atienden a la mujer se presentarán con nombre y categoría profesional.**



## 7

## Anexo 7

### PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RN

#### FUNDAMENTO

La deficiencia en vitamina K puede producir enfermedad hemorrágica en la primera semana de vida, incluida la hemorragia cerebral, con una frecuencia que asciende hasta el 1,7% de los RN sanos. Esta forma precoz o clásica de la enfermedad hemorrágica se previene con la administración de vitamina K parenteral o enteral. La forma tardía (de la 2<sup>a</sup> a la 12<sup>a</sup> semana de vida) se produce en niños/as lactados al pecho o con enfermedades malabsortivas, que no han recibido profilaxis adecuada por vía parenteral. La profilaxis por vía oral, disminuye el riesgo, pero no lo elimina.

#### PROCEDIMIENTO

1. No se administrará inmediatamente tras el nacimiento, sino que se respetará el tiempo mínimo de 2 horas de contacto piel con piel con su madre. No está justificado separar al RN únicamente para administrarle la vitamina K.
2. El profesional de enfermería responsable informará a los padres de que se va a administrar la vitamina K.
3. En los primeros cuidados realizados a las 2 horas de vida se administrará la vitamina K y se registrará en la Historia Neonatal.

#### Acciones:

- a. Vía, lugar y técnica de administración: intramuscular profunda, en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo, con una técnica rápida de la introducción de la aguja y la inoculación, sin que sea necesario el aspirado previo.
- b. Dosis: 1 mg (0.1 ml) de vitamina K (Konakion® 10mg/1 ml)
- c. Analgesia: Medidas de contención o succión al pecho.
- d. Se intentará la administración simultánea y diferenciada de vitamina K a otras técnicas que provoquen molestias al neonato, como por ejemplo la vacunación contra la hepatitis B si procede.

## Padres que no autoricen la administración:

**Si los padres no desean que se le administre la vitamina K IM se les ofrecerá la pauta oral como segunda opción terapéutica:**

- RN lactados al pecho (LME o L Mixta) 2 mg de vitamina K oral al nacimiento, seguido de 1 mg oral semanalmente hasta la semana 12<sup>a</sup> semana.
- RN alimentados con formula 2 mg al nacimiento, a la semana y al mes.

Se les insistirá en la importancia del cumplimiento del tratamiento.

**Si los padres se niegan a la profilaxis de la vitamina K IM**, tras la explicación de los riesgos reales de la ausencia de profilaxis y las pruebas que justifican el procedimiento, firmarán el documento de declaración de renuncia (Anexo 2) y quedará reflejado en su Historia clínica y Cartilla de Salud Infantil.



## 8

## Anexo 8

### PROFILAXIS DE LA OFTALMIA NEONATAL

#### FUNDAMENTO

La oftalmia neonatal se define como la conjuntivitis que ocurre en las primeras 4 semanas de vida. Originalmente se refería a la infección causada por *Neisseria gonorrhoea*, pero actualmente el término se refiere a cualquier conjuntivitis en este grupo de edad, independientemente de la causa. La profilaxis se recomienda para prevenir la incidencia de la infección adquirida al nacimiento (la gonorrea era la principal causa de ceguera en la infancia y la *Chlamydea trachomatis* es hoy el principal agente causal en los países desarrollados).

En el momento actual utilizamos pomada de Eritromicina al 0.5% de elección, contando con la Tetraciclina al 1% de segunda elección.

#### PROCEDIMIENTO

1. No se administrará inmediatamente tras el nacimiento, sino que se respetará el tiempo mínimo de 2 horas de contacto piel con piel con su madre.
2. El profesional de enfermería informará a los padres de que se va administrar la pomada oftálmica.
3. En los primeros cuidados realizados a las 2 horas de vida se administrará la pomada oftálmica y se registrará en la Historia Neonatal.

#### ACCIONES

- a. Vía y técnica de administración: tópica en la conjuntiva de ambos ojos. Se abren con cuidado los párpados del niño/a y con la otra mano, se aplica la pomada en cada saco conjuntival, comenzando con el canto interno de la hendidura palpebral. Posteriormente se masajean suavemente los párpados para que se extienda uniformemente la pomada.
- b. Se utilizará un envase de pomada oftálmica para cada niño/a. Este envase se desechará inmediatamente después de usarlo.

- c. En algunos casos la pomada provoca enrojecimiento o leve hinchazón de los ojos. Este trastorno es leve y transitorio. No se debe eliminar el antibiótico.

**Si los padres se niegan a la profilaxis tras la información**, no se realizará. Firmarán el documento de declaración de renuncia (Anexo 2) y quedará reflejado en la historia clínica y en su Cartilla de Salud Infantil.



9

## Anexo 9

### PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA DE LA CAPV

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/programa-de-deteccion-precoz-de-la-sordera-infantil-/r85-cksalu04/es/>

10

## Anexo 10

### PROTOCOLO DE CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS DE LA CAPV

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/prueba-del-talon/r85-cksalu04/es/>



## 8. Bibliografía

# 8. Bibliografía

- *Manual de Reanimación Neonatal*. Sociedad Española de Neonatología
- *2006 Cuidados puerperales rutinarias para las mujeres y sus bebés*. NICE clinical guideline 37. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care
- *2008 Cuidados generales del recién nacido sano*. E. Doménech\*, N. González\* y J. Rodríguez-Alarcón\*\*\*Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife). Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. \*\*Neonatología. Unidad de Medicina Perinatal. Departamentos de Pediatría.
- *2009. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- *2010. Cuidados desde el nacimiento*. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Madrid. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias del País Vasco 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS:OSTEBA nº 2009/ 01.
- *2011 Guía de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- *2013-2020 Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.5*.
- *2014 Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad
- Pallás Alonso C.R., et al. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80(4): 203-205
- Sánchez Luna M., et al. Recomendaciones para el cuidados y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento.
- Decreto 147/2015, de 2105 de 21de julio, por lo que se aprueba la Declaración sobre derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Artículo 8. La asistencia sanitaria específica vinculada a la infancia y la adolescencia.



- Rite Gracia S, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.08.011>
- Sanz López E, et al. Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.008>.
- 2018 *Cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal. Recomendación de la Sociedad Española de Neonatología*. Manuel Sánchez Luna\*, Alejandro Pérez Muñoz, Ester Sanz López, José Luis Leante Castellanos, Isabel Benavente Fernández, César Ruis Campillo, en representación del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología.. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 88(2):112.e1-112.e6