



# Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad

Coordinador: Dr. Gerardo Bustos Lozano



Hospital Universitario  
12 de Octubre



# Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad

Hospital Universitario 12 de Octubre  
Comunidad de Madrid

Coordinador de la Guía  
**Gerardo Bustos Lozano**  
1 de octubre de 2007

## Índice de Autores

Abascal Tudanca, M <sup>o</sup> Isabel	D.U.E. Plantas de Maternidad
Alonso Díaz, Clara	Médico. Servicio de Neonatología
Alonso Gutiérrez, Rocío	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Alonso Larruscaín, Inge	Médico Residente de Pediatría
Blasco Pérez, Yolanda	D.U.E. Plantas de Maternidad
Bustos Lozano, Gerardo	Médico. Servicio de Neonatología
Cala González, Raquel	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Cruz Rojo, Jaime	Médico Residente de Pediatría
De Alba Romero, Concepción	Médico. Servicio de Neonatología
De las Heras Ibarra, Susana	Médico Residente de Pediatría
Díaz Ruiz, Purificación	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Díez Fernández, Verónica	D.U.E. Plantas de Maternidad
Durá Jiménez, María José	Supervisora de Área Funcional de la Unidad de Calidad
Fernández Teso, M <sup>o</sup> Mercedes	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
García Lara, Nadia	Médico Residente de Pediatría
García Martínez, Pilar	Supervisora de Enfermería del Servicio de Neonatología
Gil González, M <sup>o</sup> Teresa	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Gómez Castillo, Elvira	Médico. Servicio de Neonatología
González Rodríguez, M <sup>o</sup> Elena	D.U.E. Plantas de Maternidad
Granado Cáceres, Juan	Supervisor de Enfermería de las Plantas de Maternidad
Infante López, Elena	Médico. Servicio de Neonatología
Laguía Escudero, María Eugenia	Adjunta a la Subdirección de Enfermería
Lucas Martín, Isabel	D.U.E. Plantas de Maternidad
Maestro Pérez, Rosa M <sup>o</sup>	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Martín de la Sierra Martín, Carmen	D.U.E. Plantas de Maternidad
Martínez Hidalgo, Victoria	D.U.E. Responsable de Docencia. Servicio de Neonatología
Martínez Sanz, Ana	D.U.E. Plantas de Maternidad
Pallás Alonso, Carmen Rosa	Médico. Jefe de Servicio de Neonatología
Pérez Agromayor, Isabel	D.U.E. Programa Alta Precoz. Servicio de Neonatología
Pérez Gerpe, M <sup>o</sup> Carmen	D.U.E. Plantas de Maternidad
Pinedo Solís, Soledad	Trabajadora Social. U.T.S. Hospital Materno-Infantil
Plaza Gómez, Albina	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Ramón Menéndez, Raquel	D.U.E. Plantas de Maternidad
Real Villena, Lourdes	D.U.E. Plantas de Maternidad
Rodríguez López, Jesús	Médico. Servicio de Neonatología
Ruiz López, Pedro	Coordinador de Calidad
Sanz Matesanz, Cecilia	D.U.E. Plantas de Maternidad
Torres Valdivieso, M <sup>o</sup> José	Médico. Servicio de Neonatología
Trenado Dean, Rosario	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad
Vicente Vicente, Victoria	Auxiliar de Enfermería. Plantas de Maternidad

## Índice

## página

Capítulo 1.- INTRODUCCIÓN .....	7
1.1.- Objetivos de la Guía de Cuidados del recién nacido .....	7
1.2.- Metodología de elaboración de la Guía .....	8
1.3.- La importancia de las primeras horas de vida .....	8
-El vínculo .....	8
-La adaptación .....	9
-El establecimiento de la lactancia materna .....	9
-El aprendizaje de los cuidados .....	10
-Cuando hay problemas .....	10
-Duración de la estancia .....	10
1.4.- Los derechos de los padres y del niño .....	11
1.5.- Recursos dedicados al cuidado de los niños .....	12
1.6.- Revisión de la Guía .....	14
 Capítulo 2.- RECEPCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO CIVIL .....	15
2.1.- Identificación .....	15
2.2.- Comprobación de datos del embarazo, del parto y del recién nacido .....	16
2.3.- Primera información .....	17
2.4.- Registro civil .....	18
Anexos. ....	19
 Capítulo 3.- LACTANCIA MATERNA .....	23
3.1.- Importancia de la lactancia materna y su promoción .....	23
Contraindicaciones .....	
3.2.- Hospitales Amigos de los Niños .....	24
3.3.- Protocolo de observación de una toma .....	25
3.4.- Consejos y resolución de problemas .....	26
3.5.- Amamantamiento de gemelos .....	28
3.6.- Cuidados de las mamas .....	29
3.7.- Pezoneras .....	29
3.8.- Extracción manual y mecánica de la leche .....	29
3.9.- Conservación de la leche .....	30
3.10.- Donación de la leche .....	30
3.11.- Leche materna y fármacos .....	30
3.12.- Indicación de suplementos .....	31
3.13.- Apoyo a la lactancia tras el alta .....	32
3.14.- Indicadores de riesgo al alta .....	32
Anexos .....	34
 Capítulo 4.- ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL .....	47
Anexo .....	51
 Capítulo 5.- AMBIENTE Y CUIDADOS GENERALES .....	53
5.1.- Contacto piel con piel. Método madre canguro .....	53
5.2.- Control de la temperatura .....	54
5.3.- Ropa adecuada para los recién nacidos .....	55

5.4.- Luz y ruido . . . . .	56
5.5.- Higiene y cuidados de la piel . . . . .	56
5.6.- Cuidados del ombligo . . . . .	58
5.7.- Régimen de visitas . . . . .	60
Anexos . . . . .	61
Capítulo 6.- PREVENCIÓN . . . . .	65
6.1.- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido . . . . .	65
6.2.- Profilaxis de la conjuntivitis gonocócica neonatal . . . . .	66
6.3.- Cribado y prevención de la infección connatal . . . . .	67
6.3.1.- Hepatitis B . . . . .	67
6.3.2.- VIH . . . . .	70
6.3.3.- Sífilis . . . . .	71
6.3.4.- Hepatitis C . . . . .	73
6.3.5.- Toxoplasma . . . . .	75
6.3.6.- Rubéola . . . . .	76
6.3.7.- Cribado de <i>Streptococo agalactiae</i> . . . . .	78
6.3.8.- Solicitud de cribado urgente de infección connatal . . . . .	79
6.3.9.- Cribado de enfermedad de Chagas . . . . .	80
6.4.- Prevención de la varicela neonatal . . . . .	81
6.5.- Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante . . . . .	83
6.6.- Cribado de enfermedades endocrinometabólicas y hemoglobinopatías . . . . .	86
6.7.- Detección precoz de la pérdida de audición . . . . .	88
6.8.- Transporte en coche del recién nacido . . . . .	89
Anexos . . . . .	91
Capítulo 7.- OBSERVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA . . . . .	95
7.1.- Antropometría . . . . .	95
7.2.- Observación clínica durante la estancia en las plantas de maternidad . . . . .	97
7.3.- Ictericia . . . . .	98
7.4.- Reanimación . . . . .	101
Anexos . . . . .	104
Capítulo 8.- EXPLORACIÓN MÉDICA NEONATAL . . . . .	113
8.1.- Exploración neonatal . . . . .	113
8.2.- Exploración médica a demanda . . . . .	115
Anexos . . . . .	117
Capítulo 9.- SITUACIONES ESPECIALES . . . . .	127
9.1.- Cuidados de recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer (< 2.500 g) . . . . .	127
9.2.- Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia . . . . .	130
9.3.- Cuidados de los recién nacidos por cesárea . . . . .	131
9.4.- Cuidados de los gemelos . . . . .	132
9.5.- Los recién nacidos ingresados en el Servicio de Neonatología que permanecen con su madre . . . . .	133
9.6.- Otros recién nacidos que precisan tratamiento medicamentoso (VIH) . . . . .	134
9.7.- Actuación del personal sanitario ante los errores . . . . .	134
9.8.- Rechazo de los padres a las vacunas y otros cuidados o tratamientos . . . . .	136
Anexo . . . . .	138

Capítulo 10.- PRUEBAS Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS . . . . .	139
10.1.- Solicitud de consulta a especialistas . . . . .	139
10.2.- Ecografías y radiografías . . . . .	139
10.3.- Pruebas con determinaciones en sangre y orina. Cultivos . . . . .	139
 Capítulo 11.- PROBLEMAS SOCIALES . . . . .	 141
11.1.- Multiculturalidad . . . . .	141
11.1.1.- Aspectos particulares de las minorías . . . . .	141
11.1.2.- Panel de preguntas y respuestas básicas traducidas . . . . .	142
11.2.- Problemas que requieren intervención de los servicios sociales . . . . .	142
11.2.1.- Adopción . . . . .	142
11.2.2.- Situaciones de riesgo social y desamparo . . . . .	143
11.2.3.- Otras situaciones de demanda de intervención de la UTS . . . . .	144
Anexos . . . . .	145
 Capítulo 12.- ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS . . . . .	 191
Anexo . . . . .	193
 Capítulo 13.- ALTA DEL HOSPITAL . . . . .	 195
13.1.- Recién nacidos sin ingreso administrativo . . . . .	195
13.2.- Recién nacidos con ingreso administrativo . . . . .	195
13.3.- Programa de alta precoz y atención a domicilio . . . . .	196
13.4.- Alta voluntaria . . . . .	198
13.5.- Tarjeta Sanitaria de la Comunidad de Madrid . . . . .	198
 Capítulo 14.- DOCUMENTOS Y REGISTROS . . . . .	 199
14.1.- Hojas del control obstétrico del embarazo y parto . . . . .	199
14.2.- Hojas de reanimación y exploración neonatal . . . . .	199
14.3.- Gráfica de enfermería . . . . .	199
14.4.- Documento de Salud Infantil de la CAM . . . . .	199
14.5.- Informe de alta de los recién nacidos ingresados . . . . .	200
14.6.- Hoja de tratamiento de los niños ingresados . . . . .	200
14.7.- Volantes y partes interconsulta . . . . .	200
 Capítulo 15.- ALGORITMO DE ACTUACIÓN DESDE EL INGRESO . . . . .	 201
 Capítulo 16.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD. INDICADORES . . . . .	 203
16.1.- Clasificación de los cuidados al ingreso . . . . .	203
16.2.- Indicadores de apoyo a la lactancia materna (LM) . . . . .	203
16.3.- Indicadores de los cuidados y la prevención . . . . .	204
 Capítulo 17.- BUSCAPERSONAS E INTERFONOS DE INTERÉS . . . . .	 205

## **Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad**

### **Madrid 2008**

© Gerardo Bustos Lozano

© Hospital Universitario 12 de Octubre

Avda. de Córdoba s/n

28040 Madrid

### **Diseño y maquetación:**

Ibáñez&Plaza Asociados S.L.

Bravo Murillo, 81 - 28003 Madrid

[www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)

### **Impresión:**

Tintas y Papel S.L.

Depósito Legal: M-

ISBN: 978-84-691-4919-5



## CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN



### 1.1.- OBJETIVOS DE LA GUÍA DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Cuando en mayo del año 2005 surgió en el Servicio de Neonatología la idea de elaborar una guía de cuidados del recién nacido para las plantas de la Maternidad y se planteó a los responsables de Enfermería surgieron cinco objetivos básicos:

- Definir los objetivos de los cuidados.
- Implantar o mantener sólo procedimientos justificados, bien definidos, unificados y evaluables.
- Facilitar el trabajo y la docencia del personal sanitario.
- Implantar un control de calidad y de mejora continua.
- Elaborar una herramienta útil para medir las cargas de trabajo.

Es curioso que el primer objetivo sea precisamente definir cuáles son los objetivos de los cuidados del recién nacido. No puede dejar de sorprender que en el fondo muchos profesionales que llevan años ejerciendo y han adquirido unas rutinas de trabajo en las que ejecutan gran cantidad de

procedimientos desconocen y en muchos casos dudan de su pertinencia o de la calidad con que se realizan. La elaboración de esta guía con el consenso de todos los profesionales implicados: pediatras, profesionales de enfermería y auxiliares ha sido posible porque había conciencia de que era necesario mejorar.

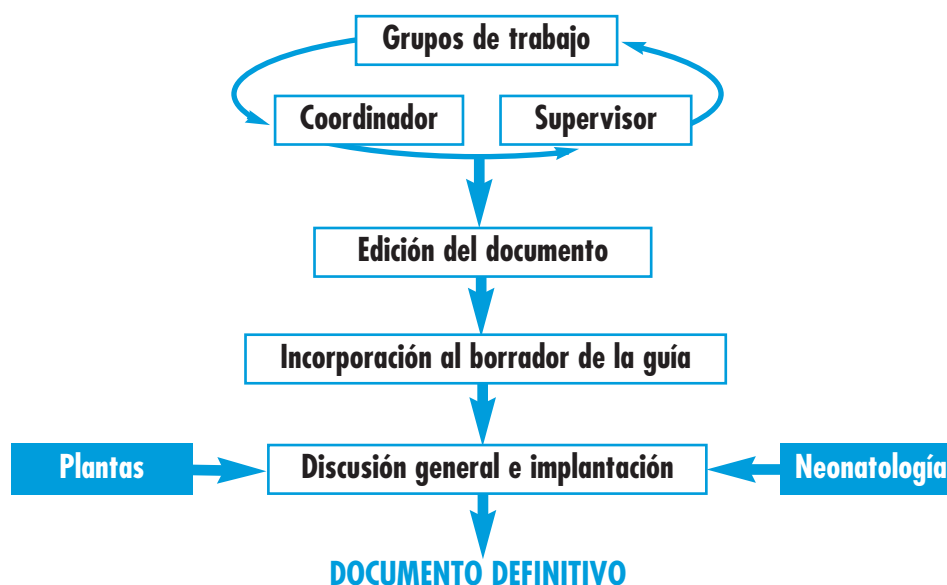
La filosofía de ese cambio se puede resumir en la concreción que se dio al primer objetivo:

Apoyar a los padres, especialmente a las madres, en la crianza. Este objetivo se concreta en los siguientes aspectos:

- Facilitar el establecimiento del vínculo.
- Evitar la separación de la madre y el hijo.
- Promover el amamantamiento.
- Aconsejar a los padres sobre los mejores cuidados.
- Respetar las preferencias de los padres siempre que sea posible.

Dar al recién nacido los mejores cuidados desde el punto de vista humano y sanitario:

- Proporcionar los mejores cuidados según la



mejor evidencia científica disponible, respetando las preferencias de los padres y primando el bienestar del niño.

–Evitar la separación.

–Realizar los procedimientos preventivos adecuados según la mejor evidencia científica disponible.

### 1.2.- METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Tras tomarse la decisión de elaborar la guía, se procedió en primer lugar a revisar todos los procedimientos que se estaban realizando en las plantas de Maternidad en relación con los recién nacidos. Simultáneamente se llevó a cabo una tormenta de ideas, por plantas, entre los profesionales de enfermería y auxiliares, buscando iniciativas para mejorar.

Desde el Servicio de Neonatología se propuso, en primer lugar, suprimir una serie de prácticas que se consideraron inadecuadas y que se detallan a continuación:

- Paso sistemático de una sonda nasogástrica y rectal.
- Ducha del recién nacido.
- Baño en las primeras horas de vida.
- Uso excesivo de jabón.
- Cubrir el cordón umbilical con una gasa.
- Hacer alícuotas del vial de vitamina K y almacenarlas para su posterior administración.
- Uso compartido de tubos de pomada oftálmica.
- Entrega a los padres del informe de los recién

nacidos que no ingresan en el Servicio de Neonatología sin cumplimentar adecuadamente.

En su lugar, entrega obligatoria del Documento de Salud Infantil debidamente cumplimentado.

El Coordinador de la Guía elaboró un guión que fue revisado y aprobado tanto por el Servicio de Neonatología como por la Supervisión de Enfermería.

El siguiente paso fue formar grupos mixtos de pediatras, profesionales de enfermería y auxiliares que se encargaron de elaborar el contenido de los diferentes capítulos. Los documentos elaborados fueron supervisados por el Coordinador y la Supervisión de Enfermería. El proceso de puesta en común y corrección de los documentos se presenta en el esquema que aparece en esta página. Se estableció un calendario que terminó en enero de 2007 para la elaboración de todos los documentos. El siguiente paso fue la elaboración de indicadores de calidad y la aprobación de la Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de la Maternidad por la Unidad de Calidad del Hospital. Finalmente fue aprobada en la Comisión de Dirección.

### 1.3.- LA IMPORTANCIA DE LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA

#### El vínculo

El vínculo es una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción en etapas tempranas de la vida. Los primeros minutos, horas y días constituyen un perío-

odo sensible para el recién nacido y los padres. En este período la madre y probablemente el padre están especialmente receptivos a los cambios que supone para su futura conducta el hecho de tener un hijo. El establecimiento del apego, del vínculo o en términos más humanos, del amor al hijo, puede estar condicionado por las interferencias en este período sensible. Se ha investigado mucho sobre cómo la separación de la madre y el hijo condiciona los cuidados posteriores. Se sabe que muchas mujeres sienten un afecto inmediato, pero entre un 25% y un 40% necesitan un tiempo. Un ejemplo histórico que ilustra la importancia del vínculo lo constituye la aparición de las incubadoras. Hacia 1880 Tarnier, un obstetra francés, desarrolla la incubadora que, entre otras ventajas, permite mantener caliente al niño prematuro. Con la implantación de los cuidados en incubadora se redujo la mortalidad de los niños prematuros al 50%. Cuando comenzaron este tipo de cuidados las madres estaban con sus hijos y les alimentaban al pecho. Pierre Budin, un compañero de Tarnier, encarga a Couney que demuestre la efectividad de la incubadora en la Exposición Universal de Berlín. Los médicos alemanes permitieron a Couney utilizar niños prematuros dentro de las incubadoras durante el tiempo de la exposición, Couney cobraba para permitir que el público viera a los niños prematuros en las incubadoras y no permitía que las madres cuidaran de estos niños durante el tiempo de la exposición. Lo que ocurrió con esos niños lo describe el propio Budin: "desafortunadamente...unas cuantas madres abandonaron a los niños que no habían cuidado y en los que habían perdido todo interés. La vida del más pequeño se salvó, es cierto, pero a costa de la madre". Otro ejemplo de cómo la separación en esos primeros momentos puede influir se refiere a cómo la introducción del contacto precoz disminuyó la tasa de abandono de niños en maternidades de Tailandia, Rusia, Filipinas o Costa Rica. Además de la importancia psicológica del contacto directo, se sabe que el contacto piel con piel y el amamantamiento desencadenan liberación de oxitocina en la madre y en el recién nacido. Esa secreción hormonal, además de sus funciones sobre el útero, favoreciendo la contracción y disminuyendo el riesgo de hemorragia, tiene efectos en el cerebro lo que ha hecho considerar-

la "la hormona del amor", que algunas madres describen como "el mejor antidepresivo". Por lo tanto, la práctica de separar al niño de su madre debe considerarse como manifiestamente inadecuada y sólo se considerará en circunstancias de absoluta necesidad.

### La adaptación

Desde que empiezan a desencadenarse los mecanismos del parto, el feto empieza a adaptarse para el nacimiento. Durante la gestación ha madurado y ha crecido, pero ahora se prepara para un cambio brusco del que depende su supervivencia. Sus pulmones empiezan a eliminar líquido y sus hormonas de estrés le preparan. Al poco de nacer se le liga el cordón umbilical y entonces todo cambia en sus pulmones y en su circulación. Nota la entrada de aire en sus pulmones, siente el frío ambiente. Además ya no flota, siente el peso de la gravedad y oye muchos ruidos nuevos. La primera adaptación ocurre muy rápido y la favorece el sentir el calor y el olor de su madre, que se parece tanto al del líquido amniótico. Si algo va mal, si se interrumpen estos complejos mecanismos de adaptación, puede que el recién nacido tenga dificultad para respirar, no consiga oxigenar su sangre o tenga hipoglucemia. Puede ser el comienzo de un problema grave. Los mecanismos de la adaptación se mantienen durante las primeras horas de vida. La hipotermia o el dolor intenso pueden alterarlos. El llanto intenso también es indeseable y en esta fase precoz puede ser una respuesta de protesta y desesperación si el recién nacido está separado de su madre. Por eso hay que procurar que permanezca con su madre, si es posible piel con piel, caliente y seco, confortable, con acceso al pecho por si quiere mamar. En esta situación los recién nacidos no lloran, no gastan excesiva energía en la termorregulación, no producen hormonas de estrés y tienen menos dificultades para mamar.

### El establecimiento de la lactancia materna

En las primeras dos horas de vida el recién nacido tiene una capacidad innata de buscar el pecho materno y empezar a mamar. Es el niño el que sabe, no la madre. Colocado sobre el abdomen materno, piel con piel, reptado guiado por el olor del pecho materno, cuyo calostro tiene sustancias volátiles similares a las que dan

olor al líquido amniótico. Cuando alcanza el pecho suele empezar a mamar. Esta conducta puede desaparecer si se produce la separación de la madre o no se pone al niño cerca del pecho en la primera hora o dos horas de vida. Las prácticas que interfieren con estos procesos naturales pueden alterar de manera importante el establecimiento de la lactancia en los primeros días. Estos primeros momentos son también esenciales para corregir algunos problemas de posición y encaje que pueden provocar que el niño mame poco y la madre tenga grietas. Las interferencias por tetinas de biberón y por el uso muy precoz del chupete, deben ser evitadas.

### El aprendizaje de los cuidados

Los padres son los cuidadores naturales de sus hijos. Es la tarea que todos esperan hacer y no se les debe quitar protagonismo. La mejor manera de que los padres aprendan los cuidados del recién nacido es que participen en ellos. Por lo tanto, los profesionales harán siempre los cuidados con los padres o al menos en su presencia. No se separará al recién nacido de su madre para ningún cuidado.

### Cuando hay problemas

Cualquier problema que se presente en un recién nacido provocará preocupación en los padres, aunque aparentemente no se trate de algo grave. Las malformaciones menores o los problemas iniciales con la alimentación pueden generar ansiedad y consultas repetidas de los padres que deben ser atendidas adecuadamente. Además es obligado prestar mucha atención cuando los padres o los sanitarios aprecien que algo no va bien, porque algunos problemas que dan síntomas generales en los primeros días de vida pueden conducir a un deterioro muy rápido de la situación general del recién nacido e incluso al fallecimiento si no se interviene a tiempo. Por ello, además del cribado clínico de la exploración rutinaria, es necesario disponer de una atención médica continuada.

### Duración de la estancia

Se ha debatido mucho sobre la pertinencia de mantener en el hospital a la madre y al recién nacido durante un tiempo. En Estados Unidos se

redujo la estancia a 24 horas de forma generalizada, de forma que las aseguradoras no cubrían más que ese período, salvo ingreso hospitalario por enfermedad o parto por cesárea. Ese criterio ha cambiado por razones de salud de las madres y de los recién nacidos. En los últimos años se han promovido leyes que garantizan en la gran mayoría de los Estados Norteamericanos una estancia de 48 horas para los partos eutócicos a término y 96 horas para los partos a término por cesárea. En nuestro hospital la norma en los nacidos a término sanos es la estancia de 48 horas aproximadamente y de 4 ó 5 días para los nacidos por cesárea. En el caso de los prematuros grandes, de 34 a 36 semanas, que no ingresen en Neonatología, es razonable fijar un mínimo de 72 horas. En este período se debe comprobar que el neonato es capaz de alimentarse adecuadamente y no presenta problemas que puedan requerir su ingreso, sobre todo ictericia que precise tratamiento o deshidratación. También es importante que en los casos dudosos la decisión del alta en estos niños de mayor riesgo sea tomada por un neonatólogo lo más experto posible.

### Bibliografía:

1. Klaus MH, Kennell JH. Care of the parents. In Klaus MH, Fanaroff AA. Care of the high-risk neonate. WB Saunders Co. Philadelphia, Pennsylvania. 2001:195-222.
2. Baker JP. The machine in the nursery: incubator technology and the origins of newborn intensive care: The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 1996.
3. Kennell JH, Klaus MH. 1976. Caring for parents of a premature sick infant. In Maternal Infant Bonding: the impact of early separation or loss on family development. Klaus MH & Kennell JH eds; CV. Mosby Co., Saint Louis. pp. 99-166.
4. Ludington-Hoe SM, Cong X, Hashemi F. Infant crying: nature, physiologic consequences and select interventions. Neonatal Network 2002;21:29-36.
5. Paul IM, Lehman EB, Hollenbeck CH, Maisels MJ. Preventable newborn readmissions since passage of the newborns' and mothers' Health Protection Act. Pediatrics. 2006;118:2349-2358.
6. Thilo EH, Townsend SF, Merenstein GB. The history of policy and practice related to the perinatal hospital stay. Clin Perinatol. 1998;25:257-70.
7. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events and HMO expenditures. N Engl J Med. 2002;347:2031-2038.

8. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Length-of-stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns. *Pediatrics*. 2004;113:42-49.

9. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy terms newborns. *Pediatrics*. 2004;113: 1434-1436.

#### 1.4.- LOS DERECHOS DE LOS PADRES Y DEL NIÑO

La legislación vigente protege los derechos del niño y de los padres o tutores legales del menor. Los aspectos más relevantes se recogen en las leyes que se resumen a continuación. Si existe un conflicto entre el interés del menor y el de los padres, los profesionales sanitarios tienen la obligación de tomar las medidas cautelares de protección del menor que sean pertinentes y de poner en conocimiento del juzgado de guardia la situación. En ocasiones será pertinente también la intervención de la Unidad de Trabajo Social del Hospital. Ambas instancias actúan en coordinación con la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 2. Principios básicos:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como

el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 9. Consentimiento por representación:

Se otorgará consentimiento por representación en los menores de edad sin capacidad para comprender el alcance de la intervención al representante legal (habitualmente los padres).

- La Ley 6/1995 de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid, en el título segundo, capítulo III, artículo 11, sanciona que todos los recién nacidos tienen derecho a ser correctamente identificados mediante un documento de identificación infantil, a la detección y tratamiento precoz de las enfermedades congénitas y a ser inmunizados contra las enfermedades infecciosas que contemple el calendario vacunal oficial vigente en la Comunidad de Madrid.

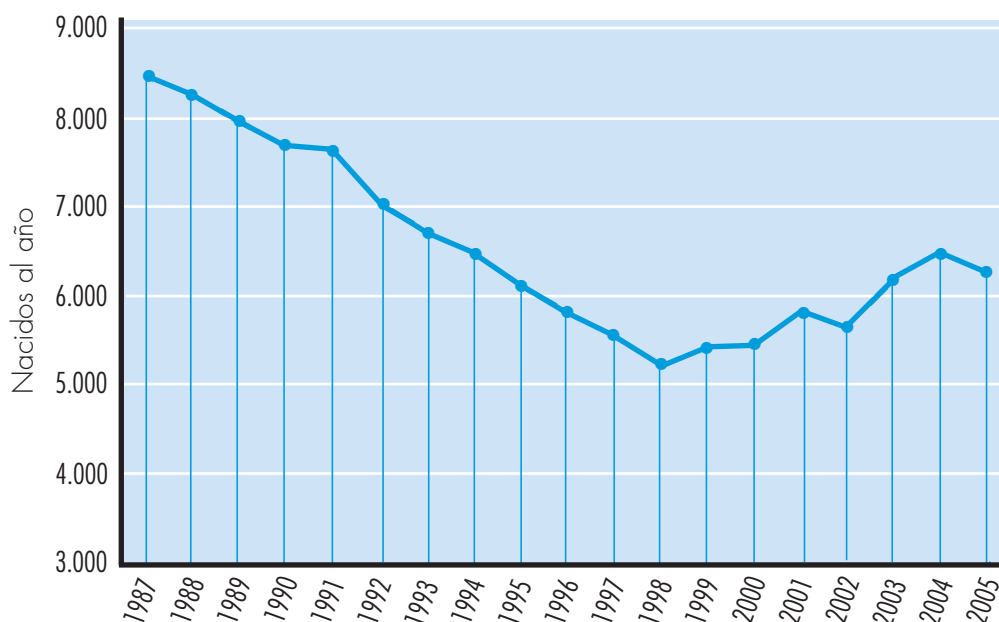
En el artículo 12 se establece que debe proveerse a todos los niños y niñas del correspondiente Documento de Salud Infantil de la Comunidad.

En el artículo 42 se establece que la hospitalización se efectuará con respeto a la Carta Europea de los niños hospitalizados.

En el artículo 44 se establece que los menores que sufran malos tratos físicos o psíquicos recibirán protección especial de carácter sanitario, asistencial y cautelar urgente según requiera cada caso específico.

El artículo 45 establece que los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario están especialmente obligados a poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil en interés del niño.

- La Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor distingue entre situaciones de desamparo que requieren inter-



vención inmediata de suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria con asunción de la misma por entidades públicas, y situaciones de riesgo que requieren intervenciones en el ámbito familiar. El capítulo II del título I relata los derechos del menor. El artículo 11 establece la supremacía de los intereses del menor y el artículo 14 establece que los servicios públicos tienen la obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor y de poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal cuando sea necesario. El artículo 18 establece que cuando una entidad pública competente considera que el menor se encuentra en situación de desamparo asumirá la tutela y adoptará las medidas de protección oportunas, poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

El capítulo III del título II regula la adopción.

### 1.5.- RECURSOS DEDICADOS AL CUIDADO DE LOS NIÑOS

Como es bien conocido, la natalidad disminuyó en la década de los 90 del siglo pasado y ello condujo a una disminución de los recursos dedicados a la asistencia neonatal. En los últimos años hemos asistido a un repunte significativo de natalidad que está empezando a sobrecargar los recursos existentes. En el gráfico que se expone a continuación se recoge la natalidad desde 1990 hasta 2005 en nuestra Maternidad.

En el momento de redactarse este capítulo, se atienden recién nacidos en tres plantas del Hospital Materno Infantil, las plantas 3ªA, 3ªB y 4ªA. La planta 3ªA tiene 18 habitaciones dobles, con una capacidad máxima de 36 madres y 36 recién nacidos. La planta 3ªB tiene 17 habitaciones individuales, habitualmente utilizadas para mujeres en las que se ha practicado una cesárea. La planta 4ªA tiene 18 habitaciones dobles, con una capacidad máxima de 36 madres y 36 recién nacidos, pero hay hasta 12 camas que se pueden utilizar para embarazos patológicos. Entre dos habitaciones hay un espacio disponible con lavabo, para la exploración, los cuidados y el aseo de los recién nacidos, que utilizan los profesionales sanitarios y la familia. Cada planta dispone de almacenes, cuarto para preparar medicación y una sala de estar para el personal sanitario. Además, en las plantas 3ªA y 4ªA hay una habitación reservada para que las mujeres que lo deseen puedan dar el pecho. El personal sanitario dedicado a la atención de los recién nacidos está formado por Pediatras Neonatólogos, Médicos Residentes de la especialidad de Pediatría, otros especialistas médicos consultores, Diplomados Universitarios de Enfermería y Auxiliares de Enfermería. Hay una Supervisión de Enfermería para las tres plantas. La dotación médica actual consiste en un médi-



Turnos	Planta 3ª A	Planta 4ª A	Planta 3ª B
Mañanas de lunes a viernes	2-3 E + 2-3 A	2-3 E + 2-3 A	1-2 E + 2-3 A
Mañanas de sábados y festivos	2 E + 2 A	2 E + 2 A	1 E + 1 A
Tardes de lunes a viernes	2 E + 2 A	2 E + 2 A	1 E + 1-2 A
Tardes de sábados y festivos	1 E + 2 A	1 E + 2 A	1 E + 1 A
Noches	1 E + 1 A	1 E + 1 A	1 E + 1 A
<i>E: profesional de enfermería; A: profesional auxiliar de enfermería</i>			

co adjunto del Servicio de Neonatología con dedicación a tiempo completo y entre dos y cuatro Médicos Residentes. En el horario de tarde y noche, durante los fines de semana y en los días festivos, la asistencia médica está cubierta por los médicos de atención continuada en Neonatología. Además de todo ello, un Jefe de Sección tiene la responsabilidad de la supervisión de la asistencia en Maternidad, paritorios y consulta de seguimiento.

A partir de la implantación de esta Guía se considera obligado que los profesionales sanitarios que desempeñen su trabajo en las plantas de Maternidad reciban formación específica en atención a recién nacidos y en apoyo a la lactancia materna. La distribución por plantas, días y turnos se resume en la tabla que se muestra en esta página. En períodos de vacaciones sólo se cubre el 50% de las vacantes, cuando hay más de un profesional en el turno habitual.

El alta precoz y la atención a domicilio está cubierta por la profesional de enfermería dedicada a este fin adscrita al Servicio de Neonatología.

Dada la poca variabilidad estacional y horaria del número de partos, podemos calcular que con el número actual habrá una media de aproximadamente 5 ingresos totales por turno en los turnos de mañana y tarde, y de 7 a 8 ingresos en el turno de noche, que dependiendo de las circunstancias pueden repartirse de forma proporcional entre las diferentes plantas, o no, e independientemente de que se trate de días laborables, sábados o festivos.

En todo el mundo hay una clara tendencia a no separar a los recién nacidos de sus madres y esto hace que en las plantas haya muchos prematuros de 34 a 36 semanas de gestación y también

muchos niños con pesos por debajo de 2.500 gramos. La situación del Servicio de Neonatología, en el que los puestos de cuidados intermedios van a disminuir en beneficio de los de cuidados intensivos, propiciará probablemente una tendencia al aumento del número de estos neonatos en las plantas de la Maternidad. Se trata de recién nacidos y madres más vulnerables, que necesitan mayor atención y más apoyo a la lactancia. Hasta ahora, no se dispone de profesionales con dedicación específica al apoyo a la lactancia. Una posible solución es que un profesional formado adecuadamente se dedique de forma preferente, al menos en el turno de mañana, al apoyo de la lactancia en los casos más difíciles. Es una demanda real, que se comprueba en cada pase de visita médico. Diariamente se detectan varias mujeres que habrían necesitado ese apoyo y asesoramiento. No se trata sólo de un problema de formación del personal actual, sino que esta actividad requiere un tiempo que no es posible dedicar en las circunstancias actuales. La resolución precoz de los problemas de lactancia puede evitar prolongación de estancias y reingresos por ictericia y deshidratación. También podría ayudar la creación de una consulta de lactancia para reevaluación precoz tras el alta, al menos en las situaciones de riesgo.

A lo largo de esta Guía se menciona a los profesionales encargados de la atención al recién nacido como "el profesional de enfermería responsable" o "el médico o el neonatólogo responsable". Estos términos se refieren al profesional al que corresponde en un momento dado la responsabilidad asistencial de ese niño. En cada turno, el profesional de enfermería responsable es el

que asume los cuidados de ese niño en particular. En el caso de los médicos es el que en cada momento está encargado de su asistencia, trate-se de un médico residente o de plantilla, en turno de mañana o durante el tiempo de atención continuada. En última instancia, la responsabilidad de la asistencia médica recae los días laborales, durante la mañana, en el neonatólogo responsable de las plantas de Maternidad y durante las tardes, las noches y las mañanas de sábados y festivos en el neonatólogo de guardia.

*Fecha de la última revisión:*

*16 de febrero de 2007.*

*Autores: Gerardo Bustos Lozano, Jesús Rodríguez López.*

#### **1.6.- REVISIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADOS**

El Servicio de Neonatología y la Subdirección de Enfermería se comprometen a revisar esta Guía en un período de 2 años. Esto no impide que puedan hacerse modificaciones ante nuevos avances técnicos o científicos, o si se producen cambios en la cartera de Servicios del Hospital, como por ejemplo el cribado universal de hipoacusia. Estos cambios se introducirán en la Guía sólo si hay acuerdo entre la Subdirección Médica, la Subdirección de Enfermería y el Servicio de Neonatología.



## CAPÍTULO 2

### RECEPCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO CIVIL

#### 2.1.- IDENTIFICACIÓN

Todos los recién nacidos deben ser identificados de forma inequívoca al nacimiento y deben permanecer identificados continuamente hasta el alta. No se trata sólo de una necesidad obvia, es un imperativo legal de obligado cumplimiento en todos los centros que atienden recién nacidos (Ley 6/1995 de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid). En la Comunidad de Madrid el sistema actual de identificación es una pulsera que se coloca en el paritorio en una muñeca de la madre y en un tobillo del recién nacido. En ambas figuran el nombre y los apellidos de la madre, la fecha y la hora del parto y el sexo del recién nacido. En el paritorio, la matrona toma además por duplicado la huella dactilar del índice y del dedo medio del recién nacido y del índice de la madre en una hoja con los datos de la madre. Se entrega a la madre una copia de las huellas y la otra permanece en la historia materna por si es necesaria una comprobación de identidad (ver documento de identificación sanitaria materno – filial en el anexo I). Estos sistemas son razonablemente seguros, pero no son infalibles. Por ello, entre otras razones de peso, es conveniente no separar al niño de su madre. En caso de ser necesaria la separación hay que tener dos precauciones básicas: una, comprobar antes y después la pulsera de identificación y otra que la madre haya podido observar bien a su hijo con la cabeza descubierta. No es infrecuente que los neonatos ingresen desde el paritorio con una gasa en la cabeza. Si se separa de la madre y se le devuelve sin la gasa, la madre puede no reconocerlo y plantear una duda de identidad.

#### Objetivos:

1. Todos los recién nacidos deben ingresar correctamente identificados y deben continuar correctamente identificados hasta el alta.
2. Habrá un procedimiento de actuación de los sanitarios en caso de que se pierda o altere la identificación o de que los padres planteen un conflicto de identidad.

#### Procedimientos:

1. Comprobación de la identificación al ingreso.



2. Comprobación de la identificación inmediatamente antes y después de cada separación de los padres.
3. Actuación en caso de pérdida o deterioro de la pulsera de identificación.
4. Actuación en caso de que los padres expresen dudas sobre la correcta identificación.

#### Descripción de los procedimientos:

1. *Comprobación de la identificación al ingreso:* el profesional de enfermería comprobará la identificación de la madre y del recién nacido en el momento del ingreso en la planta, así como los datos de la historia clínica. Esta comprobación se hará en la habitación y en presencia de la madre. Se pueden dar dos problemas de identificación:

- Si la madre o el neonato no llevan la pulsera e ingresan juntos se avisará a paritorio para que la matrona que atendió el parto los identifique, teniendo cuidado de que, hasta que se haga la identificación, no se les separe.
- Si el recién nacido ingresa sólo desde el Servicio de Neonatología y no lleva la pulsera o los datos no coinciden con los de la madre

ingresada, se avisará al neonatólogo responsable y se devolverá al niño a Neonatología para su identificación. No se llevará al recién nacido a la habitación de su madre hasta que esté correctamente identificado.

2. *Comprobación de la identificación inmediatamente antes y después de cada separación de los padres:* cuando sea necesario separar al neonato de su madre es obligado comprobar que ésta lo reconoce y proceder a confirmar en su presencia las pulseras de identificación. En cuanto el recién nacido sea devuelto, se confirmará nuevamente la identificación en presencia de la madre.

3. *Actuación en caso de pérdida o deterioro de la pulsera de identificación:*

- Pérdida de la pulsera del recién nacido en la planta: no separar en ningún momento al niño de su madre. Si aparece, se colocará nuevamente en el tobillo en presencia de su madre, indicando que debe tenerla siempre puesta. Si no aparece, se hará una nueva, se mostrarán los datos a la madre y si está de acuerdo se colocará en su presencia.
- Deterioro de la pulsera: si los datos no son legibles, se hará una nueva, se mostrará a la madre para que compruebe los datos y se colocará en su presencia.

4. *Actuación en caso de que los padres expresen dudas sobre la correcta identificación:* si los padres creen que el neonato que se les ha entregado no es su hijo o tienen dudas sobre la identificación, se procederá a comprobar las pulseras de identificación y a comprobar si se han separado madre e hijo en algún momento. Si todo es correcto se tranquilizará a los padres. Si no lo es o los padres insisten en sus dudas, se aceptará que las tengan evitando enfrentamientos y se avisará al neonatólogo para que valore la situación y actúe en consecuencia. En último extremo puede ser necesaria la identificación con pruebas genéticas.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

No debe existir nunca duda sobre la identidad de ningún recién nacido. Es una obligación legal.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

En general derivados de la pérdida de la identificación en momentos de separación.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

El profesional de enfermería responsable debe anotar en la gráfica de enfermería que la identificación al ingreso es correcta.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: M<sup>o</sup> Teresa Gil González, Rocío Alonso Gutiérrez, Raquel Cala González, M<sup>o</sup> Elena González Rodríguez, Cecilia Sanz Matesanz, Purificación Díaz Ruiz, Raquel Ramón Menéndez, Yolanda Blasco Pérez, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía**

1. Ley 6/1995 de 28 de marzo de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid. BOCM n<sup>o</sup> 83 del 7 de abril de 2006.

## **2.2.- COMPROBACIÓN DE LOS DATOS DEL EMBARAZO, DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO**

Los datos de la salud de la madre, del control del embarazo, del parto y del recién nacido se encuentran en el Informe para Neonatología del Servicio de Obstetricia que al ingreso está en la Historia Clínica de la madre. Este Informe, junto con la hoja de reanimación y la de exploración del recién nacido, constituyen la documentación que debe ponerse a disposición del Neonatólogo. Al ingreso se debe comprobar toda esta documentación y reclamarla al paritorio si falta. Disponer de ella es fundamental para definir los cuidados que precisan las madres y los recién nacidos.

#### **Objetivos:**

1. Comprobar que se encuentran en la historia materna todos los datos fundamentales sobre los riesgos para la salud del recién nacido.
2. Solicitar la información o las pruebas que falten al ingreso.

#### **Procedimientos:**

1. Comprobación de los datos de la madre.
2. Comprobación de los datos del recién nacido.
3. Solicitud de información o pruebas.
4. Categorización de los cuidados.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. *Comprobación de los datos de la madre:*
  - Antecedentes de salud y antecedentes familiares.

- Control del embarazo: consumo de fármacos, serologías de infección connatal, cribado de estreptococo del grupo B, grupo sanguíneo y prueba de Coombs, patología materna (diabetes gestacional, preeclampsia, etc.).

- Parto: fecha y hora del parto, tipo de parto, tipo de analgesia, problemas maternos en el parto, tiempo de bolsa rota, características del líquido amniótico, medicación.

2. *Comprobación de los datos del recién nacido*: antecedentes familiares, diagnósticos prenatales por ecografía o por otros medios, reanimación, puntuación de Apgar, peso al nacer, sexo, patología y riesgos especiales.

3. *Solicitud de información o pruebas*: si faltan los datos reseñados se solicitarán a las matronas de paritorio. Si faltan las serologías de infección connatal se comprobará si se ha extraído una muestra a la madre en paritorio para realizarlas. En caso contrario se avisará al neonatólogo para que las solicite. Si falta el grupo sanguíneo materno y la prueba de Coombs, se solicitarán al día siguiente.

4. *Categorización de los cuidados*:

- Cuidados habituales.
- Protocolo de cuidados de prematuros y nacidos con bajo peso.
- Protocolo de riesgo de hipoglucemia. Glucemia capilar a las 3 horas de vida.
- Cesárea o ingreso en Neonatología.
- Medicación prescrita al recién nacido.
- Observación o cuidados especiales según prescripción.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Toda esta información debe estar disponible antes de la visita médica del primer día.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Los propios de los errores cometidos al recoger o transcribir la información.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Cuando por problemas informáticos no se disponga de la información obstétrica durante la tarde o la noche, se solicitará a las matronas de paritorio por escrito y si esto no es posible, se volverá a solicitar a la mañana siguiente.

#### **Registro:**

Esta actividad no se registrará.

*Fecha de la última actualización:  
15 de febrero de 2007.*

*Autores: M<sup>o</sup> Teresa Gil González, Rocío Alonso Gutiérrez, Raquel Cala González, M<sup>o</sup> Elena González Rodríguez, Cecilia Sanz Matesanz, Purificación Díaz Ruiz, Raquel Ramón Menéndez, Yolanda Blasco Pérez, Gerardo Bustos Lozano.*

### **2.3.- PRIMERA INFORMACIÓN**

Al ingreso en planta, cuando la madre esté ya en su habitación, se procederá a informar brevemente del funcionamiento general y de los cuidados iniciales del recién nacido. Esta información no debe ser excesiva ni mecánica. El tono debe ser amable procurando empatizar, huyendo del tono impositivo y las prohibiciones. Se atenderán también las demandas de información de los padres.

#### **Objetivos:**

1. Informar a los padres de los primeros cuidados al recién nacido y sobre el funcionamiento de las plantas de Maternidad.
2. Atender las demandas de información de los padres en este primer contacto.

#### **Procedimiento:**

Entrevista del profesional de enfermería responsable en la habitación con la madre o, preferentemente, con ambos padres.

#### **Descripción del procedimiento:**

Tras presentarse y preguntar a la madre cómo se encuentra:

- a) Explicará la ubicación del baño y del lugar donde se encuentran las compresas y la cuña. También se indicará la localización del timbre para llamar en caso de necesidad, la luz del cabecero y la de la habitación. Se le mostrará que en el cuarto pequeño entre habitaciones tiene una mesa y una bañera donde limpiar y cambiar al bebé si lo necesita, así como dos contenedores, uno para echar la ropa sucia y otro para los pañales usados.
- b) Explicará dónde puede encontrar la ropa para el recién nacido, los pañales, las esponjas, las toallas y los empapadores.
- c) Explicará que un celador les dará el certificado de nacimiento, que deben comprobar que los datos son correctos y que si algún dato no lo es, se deben dirigir a la secretaría de paritorios para que se corrija.
- d) Preguntará a la madre cómo desea alimentar al recién nacido. Posteriormente informará sobre

los cuidados generales, el cuidado piel con piel, los cuidados ambientales y el funcionamiento de la planta en cuanto a horarios de visita, exploraciones de los médicos y otros aspectos. Se informará y solicitará consentimiento verbal para la profilaxis con vitamina K y la profilaxis oftálmica y para la vacunación de hepatitis B. Se emplazará a la madre para que avise al profesional de enfermería para que observe una toma, tanto si da el pecho como si opta por la alimentación artificial. Se le explicará que la higiene y el cuidado del ombligo se harán con los padres. En caso de que el recién nacido precise cuidados especiales, tal y como se expone en el capítulo 9, se explicarán igualmente.

e) Se entregará el Documento de Salud Infantil, los cartones de las pruebas endocrino metabólicas y la información escrita sobre la planta.

#### **Eficacia del procedimiento:**

Para que los padres aprendan los cuidados es más eficaz hacerlos con ellos o al menos en su presencia. Dar mucha información de golpe no es eficaz.

#### **Riesgos del procedimiento:**

En un momento tan cercano al parto la receptividad a mensajes complejos es baja. No es conveniente sobrecargar con información excesiva.

#### **Excepciones del procedimiento:**

Cuando los padres no hablen español, se utilizarán los recursos escritos disponibles y en último caso se diferirá la información hasta que se disponga de un traductor.

#### **Registro:**

Esta actividad no se registrará.

*Fecha de la última actualización:  
15 de febrero de 2007.*

*Autores: Teresa Lucas Fernández, Rosario Trenado Dean, Purificación Díaz Ruiz, Albina Plaza Gómez, Teresa Gil González, Victoria Vicente Vicente.*

## **2.4.- REGISTRO CIVIL**

Todos los recién nacidos deben ser inscritos por sus padres en el Registro Civil. El Libro de Familia es necesario para solicitar la Tarjeta Sanitaria de

la Comunidad de Madrid (ver capítulo 13 apartado 5).

#### **Objetivo:**

Informar a los padres sobre cómo inscribir a los recién nacidos en el Registro Civil.

#### **Procedimiento:**

Información sobre el Registro Civil.

#### **Descripción del procedimiento:**

Se informará a todos los padres del procedimiento para inscribir a los recién nacidos en el Registro Civil. Para ello se colocará en un lugar visible de cada planta un cartel informativo o como alternativa se entregará la información por escrito. Esta información incluirá los siguientes aspectos:

- Documentación necesaria para residentes en el municipio de Madrid: si los padres tienen Libro de Familia, deben aportarlo junto al DNI de ambos padres y al Cuestionario para la Declaración de Nacimiento (hoja amarilla, ver anexo II) con el Parte del facultativo que asistió al parto cumplimentado. En este caso puede ir al registro sólo uno de los padres.

Si los padres no tienen libro de familia, deberán personarse ambos con el DNI o el pasaporte si son extranjeros. En situaciones de padre ausente debe consultarse en el Registro Civil.

Dirección del Registro Civil: calle Pradillo nº 66 (metro Alfonso XIII). Teléfonos del registro de nacimientos 91 335 41 79 y 91 335 41 78. Horario: de 9 a 14 horas, días laborables. Plazo máximo para la inscripción: 30 días desde el nacimiento.

- Documentación necesaria para residentes en otros municipios: necesitarán además un justificante que se facilitará en la Subdirección Médica (Planta 7ª) y la inscripción se hará en el Ayuntamiento de su localidad, en un plazo máximo de 30 días desde el nacimiento.

#### **Excepciones del procedimiento:**

Ninguna.

#### **Registro:**

Esta actividad no se registrará.


*Fecha de la última actualización:  
15 de febrero de 2007.*

*Autores: Purificación Díaz Ruiz, Rosario Trinado Dean, Teresa Gil González, Albina Plaza Gómez.*

ANEXO I

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN SANITARIA MATERNO-FILIAL**

(anverso)



**Servicio Madrileño de la Salud**

**Comunidad de Madrid**

### DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN SANITARIA MATERNO-FILIAL

**- DATOS DE LA MADRE**  
 NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 N.º TARJETA IDENT. SANITARIA: \_\_\_\_\_  
 CALLE O PLAZA: \_\_\_\_\_  
 N.º: \_\_\_\_\_

DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 SEMANA DE GESTACIÓN: \_\_\_\_\_

**- DATOS DEL RECIÉN NACIDO**  
 NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 SEXO:  VIVO  MUERTO

**- CENTRO ASISTENCIAL:** \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_  
 N.º HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 PROFESIONAL SANITARIO QUE REALIZA LA TOMA DE IMPRESIONES DACTILARES: \_\_\_\_\_  
 N.º DE COLEGIADO: \_\_\_\_\_


HORA: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL SANITARIO: (LEGIBLE) \_\_\_\_\_  
 FIRMA DE LA MADRE: (LEGIBLE) \_\_\_\_\_

MANO DERECHA DE LA MADRE	ÍNDICE
MANO DERECHA RECIÉN NACIDO	ÍNDICE

EMPLAZAR PARA LA HISTORIA CLÍNICA

**NOTA: Instrucciones al dorso**



**Servicio Madrileño de la Salud**

**Comunidad de Madrid**

#### DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN SANITARIA MATERNO-FILIAL

NOMBRE DEL NIÑO/A: \_\_\_\_\_

ÍNDICE	MANO DERECHA DE LA MADRE
ÍNDICE	MANO DERECHA RECIÉN NACIDO

NACIÓ EN: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 EL DÍA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_  
 DATOS DE LA MADRE (Nombre y Apellidos): \_\_\_\_\_  
 D.N.I. N.º: \_\_\_\_\_  
 FIRMA: \_\_\_\_\_



ANEXO I

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN SANITARIA MATERNO-FILIAL**

(reverso)

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL IMPRESO:**

El procedimiento de recogida de las huellas será el siguiente:

1. Una vez cortado el cordón umbilical, después de prestar al recién nacido los cuidados que requiera y estando ya estabilizado, la matrona o el profesional que el Hospital determine que atiende el parto, procederá a tomar la impresión dactilar de los dedos índice y medio de la mano derecha del niño, que previamente habrán sido secados y limpiados, en los espacios reservados a este fin.
2. Igualmente, se tomará la impresión dactilar del dedo índice de la mano derecha de la madre, en los espacios reservados a este fin.
3. Los datos de filiación del impreso deberán cumplimentarse por los profesionales que atienden el parto.
4. En caso de anomalías en los dedos de la mano se tomarán las impresiones de los dedos de la mano que sea posible, haciéndolo constar en el apartado de observaciones.
5. La parte inferior del Documento se entregará a la madre o quien ella designe.

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

ANEXO II

**DOCUMENTO PARA INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL REGISTRO CIVIL**

(anverso)

N.º 0213083 /06

**INDICACIONES.**-Escribase a máquina o en caracteres de imprenta o con letra bien legible (los errores ocasionan siempre perjuicios).

(1) Como máximo, dos nombres simples o uno compuesto (por ejemplo, Pedro José o María del Carmen).

(2) Varón o mujer.

(3) Contando desde las cero a las veinticuatro horas. No podrá hacerse la declaración hasta que el nacido haya alcanzado veinticuatro horas de vida. (En letra).

(4) En letra este dato.

(5) Localidad, calle y número o número de población. Cuando haya nacido en Sanatorio, Maternidad, etc., además indiquese la denominación del establecimiento.

(6) Sólo se consignará cuando el declarante sea el propio padre o, en otro caso, se acredite con el Libro de Familia o certificación ordinaria el matrimonio con la madre, o cuando no teniéndolos a su disposición le conste al declarante de ciencia propia la existencia del matrimonio.

(7) Término municipal de nacimiento y provincia, y si es país extranjero, la nación.

(8) Póngase en guarismos la fecha de nacimiento. Si existe duda póngase el año con un signo de interrogación.

(9) Término municipal, provincia. Si es extranjero, la nación. Denominación de la calle o plaza y número de la casa o número de población.

**Cuestionario para la Declaración de Nacimiento en el Registro Civil**

**Datos del nacido:**  
 Nombre propio (1) \_\_\_\_\_  
 Sexo (2) \_\_\_\_\_  
 Nacimiento: Hora (3) \_\_\_\_\_  
 Día (4) \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
 Lugar (5) \_\_\_\_\_

**Del padre (6): Nombre**  
 Primer apellido \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Hijo de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_  
 Nació en (7) \_\_\_\_\_  
 el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de (8), estado \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ domicilio (9) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 D. N. I. \_\_\_\_\_

**De la madre: Nombre**  
 Primer apellido \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Hija de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_  
 Nació en (7) \_\_\_\_\_  
 el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de (8), estado \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ domicilio (9) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 D. N. I. \_\_\_\_\_

**Nota:** Este modelo no es utilizable si han transcurrido más de 30 días desde el parto.

ANEXO II

**DOCUMENTO PARA INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL REGISTRO CIVIL**

(reverso)

(10) «Existe» o «no existe». En este último supuesto, indicarse con una raya los siguientes espacios.

(11) Expresarse en guarismos su número, así como página o folio y el nombre del Distrito o número del Juzgado cuando exista más de un Registro en la población en que se celebró. Todo ello con referencia al Libro de Familia, si es posible.

(12) En los partos múltiples se hará constar: «Parto múltiple; la hora consignada se determinó exactamente» o «Parto múltiple; el nacido lo fue en primer (o segundo, etc.) lugar» o «Parto múltiple; no ha podido determinarse el orden de nacimiento». Cuando por justa causa no se haya podido hacer la declaración dentro de los ocho días siguientes al nacimiento, sin pasar de los treinta, se hará constar la causa.

(13) Si es el padre o la madre, bastará hacerlo constar así. Si es otro pariente, facultativo, matrona o persona que haya presenciado el parto, se designará su nombre, apellidos, estado, profesión y domicilio, e igualmente si se trata de niños abandonados o expósitos, respecto al jefe del establecimiento, o cabera de la casa en que fue expuesto, o persona que haya recogido a un niño abandonado.

(14) Aquí póngase si es Doctor en Medicina, Ayudante técnico sanitario, Profesora en parios.

(15) «Conozco» o «se me acreditó con documento de identidad...», o «se me asegura por don... domiciliado en... cuya identidad se me acredita».

(16) Mi asistencia profesional al parto o por investigación, posterior.

**Matrimonio de los padres (10)** \_\_\_\_\_  
 día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
 Lugar \_\_\_\_\_  
 Inscrito al tomo (11) \_\_\_\_\_  
**OBSERVACIONES (12):** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Declarante (13):** Don \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Con Documento Nacional de Identidad número \_\_\_\_\_  
 en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Firma del declarante)

**PARTE DEL FACULTATIVO QUE ASISTIÓ AL NACIMIENTO**

D. \_\_\_\_\_  
 (14) \_\_\_\_\_ Colegiado núm. \_\_\_\_\_  
 Domiciliado en \_\_\_\_\_  
**CERTIFICO** el nacimiento de un \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  
(hombre o mujer)  
 \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (Población) \_\_\_\_\_ (Calle, plaza, etc.)  
 núm. \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ que dio a luz  
 D.ª \_\_\_\_\_  
 cuya identidad (15) \_\_\_\_\_  
 y considero comprobado el nacimiento por (16) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Firma)



## CAPÍTULO 3

### LACTANCIA MATERNA

#### 3.1.- IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y SU PROMOCIÓN.

##### CONTRAINDICACIONES

En España la práctica de la lactancia materna se redujo drásticamente desde la aparición de los sucedáneos comerciales en la mitad del siglo XX. La interrupción de la transmisión de conocimientos de madres a hijas hizo que se perdiera la cultura de la lactancia y ahora nos encontramos con dificultades para recuperarla. Las ventajas en nuestro medio de la lactancia natural, para las madres y los recién nacidos, se resumen en la siguiente tabla:

##### Beneficios para la madre

- Promueve la involución uterina.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama antes de la menopausia.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario antes de la menopausia.
- Disminuye el riesgo de osteoporosis.
- Disminuye los gastos familiares.

##### Beneficios para el recién nacido

Disminuye el riesgo de:

- Eccema (de 2 a 7 veces).
- Infección urinaria (de 2,5 a 5,5 veces).
- Diabetes tipo 1 (2,4 veces).
- Gastroenteritis (3 veces).
- Enfermedad inflamatoria intestinal (de 1,5 a 1,9 veces).
- Otitis media (2,4 veces).
- Linfoma Hodgkin (de 1,8 a 6,7 veces).
- Infección respiratoria baja (de 1,7 a 5 veces).
- Sepsis (2,1 veces).
- Muerte súbita del lactante (2 veces).
- Hospitalización (3 veces).

Mejora el desarrollo cognitivo.

En una revisión sistemática publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2007 se concluye que la lactancia materna disminuye significativamente la presión arterial, los niveles de colesterol total, la obesidad y la diabetes tipo 2 en adultos y aumenta el cociente intelectual.



Aunque no se discutan las ventajas de la lactancia materna, todo parece estar en contra: la facilidad con que se separa a los recién nacidos de sus madres en los hospitales, la inseguridad de las madres y la falta de formación de los profesionales. Por ello es necesario adoptar una política de apoyo activo y promoción, que defienden desde hace años la Organización Mundial de la Salud y UNICEF y que quedó plasmada en la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Dentro de esa política se enmarcan los diez pasos hacia una lactancia feliz, la obligación de no colocar ni dar ningún tipo de propaganda de fórmulas artificiales, tetinas o chupetes en las plantas de Maternidad, ni biberones o chupetes a padres de niños lactados al pecho.

Nuestro Hospital ha aprobado recientemente una política de protección, promoción y ayuda a la lactancia materna, cuyo documento informativo para los profesionales se presenta en el anexo I. En cuanto a las contraindicaciones absolutas para lactar, se establecen las siguientes en nuestro medio:

- Infección materna por VIH.
  - Infección materna por el HTLV-1.
  - Galactosemia del recién nacido.
  - Medicaciones que contraindican la lactancia.
  - Consumo de cocaína, heroína y marihuana. No es contraindicación el tratamiento con metadona.
- En las siguientes situaciones maternas debe hacerse una valoración médica individualizada, conforme a los protocolos clínicos del Servicio de Neonatología:
- Herpes simple: hay que cubrir las lesiones y lavarse las manos. Si afecta al pezón, interrumpir temporalmente la lactancia.
  - Sífilis con lesiones cutáneas.
  - Brucelosis.
  - Enfermedad de Lyme.
  - Enfermedad de Chagas.
  - Tuberculosis activa.
  - Varicela.
  - Sarampión.

Cuando haya interrupción transitoria de la lactancia por estas enfermedades debe extraerse la leche. En los casos del herpes simple, la varicela y la sífilis con lesiones cutáneas, si no hay lesiones en las mamas, se puede dar al recién nacido la leche extraída mientras esté aislado de la madre. Si hubiera lesiones, especialmente periareolares o en el pezón, hay que tirar la leche. El caso de la enfermedad de Chagas materna se aborda en el apartado 6.3.9.

Se debe recomendar a todas las mujeres lactantes que no fumen ni beban alcohol. Tampoco deben consumir medicamentos sin prescripción, ni productos medicinales de herbolario.

#### Bibliografía:

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEP, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.
2. Moreland J, Coombs J. Promoting and supporting breastfeeding. *Am Fam Physician*. 2000;61:2093-2104.
3. Carlos González. Manual Práctico de Lactancia Materna. Associació Catalana Pro Alletament Matern (ACPAM). Barcelona. 2004.
4. Horta BL, Rajiv B, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses. WHO 2007. Disponible en [http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN\\_92\\_4\\_159523\\_0.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159523_0.htm)

### 3.2.- HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños surgió de una reunión de expertos de la OMS y UNICEF en 1989. En esta reunión se dio forma a esta iniciativa, en la que se sistematizaron los Diez Pasos hacia una lactancia natural feliz que resumen las acciones necesarias para apoyar la lactancia en las maternidades. Posteriormente se han publicado informes sobre la evidencia de eficacia de estas acciones. Las comisiones de evaluación de OMS - UNICEF otorgan este galardón a aquellas maternidades que superan un exhaustivo proceso de evaluación. En este proceso el Hospital debe en primer lugar autoevaluarse y acometer un proceso de mejora. En el anexo al final del capítulo se describen los Diez Pasos y el esquema general de evaluación.

#### Objetivo:

Conseguir el Galardón Hospital Amigo de los Niños.

#### Procedimientos:

1. Informar a todos los profesionales de los Diez Pasos y los criterios de evaluación.
2. Demandar la formación adecuada en apoyo y promoción de la lactancia de todos los profesionales sanitarios de las plantas de Maternidad.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Informar a todos los profesionales de los Diez Pasos y de los criterios de evaluación:
  - a) Disponer de un protocolo escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal sanitario.
  - b) Capacitar a todo el personal sanitario de forma que esté en condiciones de poner en práctica ese protocolo.
  - c) Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
  - d) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
  - e) Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
  - f) No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
  - g) Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
  - h) Fomentar la lactancia materna a demanda.

i) No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes.

j) Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del Hospital.

En el anexo II, al final del capítulo, se exponen los criterios de evaluación.

2. Demandar la formación adecuada en apoyo y promoción de la lactancia de todos los profesionales sanitarios de las plantas de Maternidad. Todos los años habrá al menos un curso de formación en apoyo a la lactancia materna para profesionales sanitarios, de forma que todos los que se incorporen a las plantas de Maternidad puedan recibirlo en los primeros meses y el resto pueda repetirlo periódicamente, si lo desea.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

No debería haber excepciones porque es obligado que los profesionales estén formados para asesorar en lactancia.

#### **Bibliografía:**

1. Declaración conjunta OMS – UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989. Disponible en <http://www.babyfriendly.org.uk/guid>.
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEP, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.

### **3.3.- PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN DE UNA TOMA (ACTITUD/POSTURA/BÚSQUEDA/ENCAJE/SUCCIÓN)**

Los recién nacidos puestos sobre su madre inmediatamente después del parto tienen una conducta innata de búsqueda del pecho, encaje y succión. La separación de la madre en esas primeras horas puede condicionar la atenuación o la desaparición de esa conducta. Si además se alimenta al recién nacido a través de una tetina o una sonda, cuando se le ponga al pecho puede tener dificultades para mamar. Dado que en nuestro medio los hábitos culturales y hospitalarios no favorecen el contacto inmediato piel con piel en muchos casos, es frecuente encontrar niños con dificultades para mamar en las primeras 48 horas de vida. Si a ello añadimos el gran número de prematuros, de niños de bajo peso y

de cesáreas, encontramos que la necesidad de apoyo y consejo por dificultades en el amamantamiento es muy habitual. Se dispone de varios instrumentos para realizar la observación de una toma, que incluyen varios grupos de ítems a los que se adjudica una puntuación, cuyo resultado nos orienta sobre si la toma es eficiente o no. Utilizados juiciosamente por personal entrenado son de mucha utilidad para detectar problemas.

#### **Objetivo:**

Detectar precozmente los problemas en el amamantamiento para intervenir y resolver las dificultades antes del alta hospitalaria.

#### **Procedimiento:**

Protocolo de observación de una toma.

#### **Descripción del procedimiento:**

Es difícil disponer de tiempo suficiente para aplicar los instrumentos de observación a cada uno de los niños repetidamente. Por ello aplicaremos un procedimiento estandarizado para observar al menos una toma en las primeras 6 horas tras el ingreso a todas las madres que deseen lactar (ver anexo III al final del capítulo). Posteriormente, si hay factores de riesgo o se detectan dificultades, debería observarse una toma por turno y asesorar a los padres para vencer las dificultades. La observación debe hacerse con el niño despierto, en un ambiente tranquilo y la duración mínima total del procedimiento debe ser de 10 minutos, siempre que no se detecten problemas que requieran alguna intervención.

Se considerarán de riesgo para la lactancia las siguientes situaciones:

- Separación en las primeras dos horas de vida.
- Parto por cesárea.
- Madres primíparas, especialmente si no han recibido información sobre la lactancia antes del parto.
- Madres con una mala experiencia con la lactancia de un hijo previo.
- Madres poco motivadas para lactar o que refieren problemas desde el principio.
- Recién nacido prematuro o de bajo peso.
- Gemelos.
- Mujeres que refieren dolor al dar el pecho o tienen grietas en las primeras horas.
- Mujeres con pezones invertidos y hendidos.
- Legrado por restos placentarios.
- Madres con diabetes previa o gestacional.

Por el contrario, se considerarán de bajo riesgo

las mujeres claramente motivadas que han lactado de forma satisfactoria a hijos previos.

A continuación se muestran, como primera opción, los ítems del método propuesto por MK Matthews para nacidos a término. Se ha elegido este instrumento, entre otros, porque es breve y de fácil aplicación. El orden de graduación de la puntuación cambia para evitar la anotación automática. La valoración de la puntuación es la siguiente: lactancia eficiente (10 a 12); lactancia medianamente eficiente (7 a 9); lactancia deficiente (0 a 6).

Grado de alerta previo a la succión:

- Esponáneamente despierto (3).
- Necesita estímulo para iniciar (2).
- Necesita estímulo reiterado (1).
- No se despierta a pesar de estímulo (0).

Búsqueda del pezón (al tocar mejilla):

- Gira la cabeza y busca activamente (3).
- Necesita cierta ayuda o asistencia (2).
- Búsqueda pobre aun con ayuda (1).
- Ausencia de búsqueda (0).

Tiempo para engancharse e iniciar la succión:

- Lo coge inmediatamente (3).
- Tarda 3 – 10 minutos (2).
- Tarda > 10 minutos (1).
- No se engancha (0).

Calidad de la succión:

- No succiona (0).
- Succión débil o corta duración (1).
- Succiona bien, suelta y debe animarle un poco (2).
- Buena succión en uno o ambos pechos (3).

Además de lo expuesto, se observarán la corrección de la posición, el encaje y la succión.

Otra herramienta, más completa, es la guía IBFAN – UNICEF, que se muestra en el anexo IV de este capítulo.

#### Eficacia del procedimiento:

La detección precoz de problemas permitirá, por un lado, solucionarlos antes de que se produzcan erosiones en el pezón, deshidratación del recién nacido o ictericia intensa. Por otro, se evitará la ansiedad de las madres con dificultades en las primeras horas.

#### Registro:

El profesional sanitario que haga la observación de la toma lo registrará en el documento específico que se presenta en el anexo III. Una copia de

este documento se extraerá de la historia clínica y será archivada por la supervisión de enfermería, a fin de evaluar periódicamente esta actividad.

#### Bibliografía:

- Matthews MK, Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*. 1988; 4: 154 – 165.
- Matthews MK. Breastfeeding assessment tools. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998; 27:236-8.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEP, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.
- Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
- Mohrbacher N, Stock J. Lactancia materna. Libro de respuestas. La Liga de la Leche Internacional Schaumburg, Illinois. 2002.
- Carlos González. Manual Práctico de Lactancia Materna. Associació Catalana Pro Alletament Matern (ACPAM). Barcelona. 2004.

### 3.4.- CONSEJOS Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Ante la detección de problemas en la lactancia, los profesionales sanitarios deben apoyar y asesorar a las madres y observar la evolución del problema. La intervención precoz eficaz evita con frecuencia problemas posteriores, como las grietas y el dolor, síndrome de ingurgitación mamaria, mastitis o ingreso hospitalario del recién nacido por ictericia o deshidratación.

#### Objetivo:

Los profesionales sanitarios aconsejarán adecuadamente a las madres que deseen amamantar sobre los problemas que puedan surgir o que se detecten en la observación de las tomas.

#### Procedimientos:

- Consejos generales.
- Resolución de problemas.

#### Descripción de los procedimientos:

##### 1. Consejos generales:

- La lactancia debe ser voluntaria, deseada y gratificante para la madre.
- Poner al pecho al recién nacido lo antes posible tras el parto. En las dos primeras horas el recién nacido tiene la capacidad de buscar el pecho, acercarse a él reptando y mamar.
- Hay que lavarse las manos antes de dar el pecho.
- El contacto piel con piel es beneficioso por mejorar el control de temperatura, estimular la produc-

ción de oxitocina y favorecer la lactancia. Se debe poner al niño al pecho cada vez que lo pida y el tiempo que quiera. No hay que esperar a que lllore, en cuanto se despierte y busque hay que colocarlo en el pecho. No se debe imponer un horario. En los primeros días el bebé se irá regulando y adquiriendo sus ciclos de alimentación y sueño.

- Durante los primeros días es importante animar a las madres a que ofrezcan el pecho con mucha frecuencia, entre 8 y 12 veces al día, en cuanto el bebé muestre signos de hambre (chupeteo, bostezo, movimientos de búsqueda o manos en la boca), sin esperar a que lllore. El llanto es un signo tardío de hambre. Puede que quiera mamar de ambos pechos, pero no debe obligarse a mamar del segundo si con el primero se ha saciado.
- Si el recién nacido está demasiado dormido o el pecho se ingurgita hay que estimularle para que se despierte y mame. En estos casos hay que ofrecer el pecho al menos cada 3 ó 4 horas.
- Conviene ir alternando el pecho que se ofrece en primer lugar en cada toma. En la toma siguiente comenzar con el pecho del que no tomó en la toma anterior o con aquél con el que terminó la toma anterior, si mamó de ambos.
- Hasta que la lactancia se haya establecido (4 semanas) no se recomienda usar chupete.
- No se debe usar biberón. Si son necesarios suplementos, por indicación médica, se utilizarán métodos alternativos, como la jeringa, la cucharita o el vasito.
- El padre debe conocer la técnica de la lactancia, apoyar y colaborar con la madre.
- Aunque hay que tener claro que el que mama es el recién nacido, la madre debe saber que la posición y la técnica correctas son importantes.
- Se considera posición correcta aquella en la que la cabeza del recién nacido está bien alineada con el cuerpo y bien enfrentada a la madre.
- Para conseguir el agarre o enganche, estimular con el pezón el labio superior. Cuando empiece a buscar con la boca bien abierta, acercar la cabeza del bebé al pecho para que lo agarre, con el pezón dirigido hacia el paladar. No debe ser la madre quien introduzca el pecho en la boca del niño, es éste el que debe cogerlo y encajar.
- El encaje es correcto cuando la boca está bien

abierta, el labio inferior evertido con toda la boca haciendo ventosa, la madre nota que el niño estira el pezón y la areola e introduce la lengua acanalada por debajo apretando contra el paladar, sin producir dolor. La barbilla y la nariz están pegadas al pecho. Los carrillos permanecen hinchados, no se retraen.

- No es necesario sujetar la mama. Si se hace, no conviene hacer una pinza apretada para evitar comprimir los conductos mamarios. Lo adecuado para sujetar el pecho es hacer una C grande con la mano.
- No retirar el pecho hasta que el recién nacido lo suelte, salvo que haya encajado mal y haga daño. En ese caso, romper el vacío introduciendo un dedo en la comisura de la boca y sacar el pezón sin tirar de él.
- Al final de la toma se suele ayudar al niño a eructar, para que esté más cómodo, pero esto no es obligado.

## 2. Resolución de problemas:

- Escasez de leche: a partir de las 48 ó 72 horas del parto las madres suelen notar un aumento en la producción de leche. Tras un parto por cesárea o tras un legrado por restos placentarios, ese aumento de producción puede retrasarse uno o dos días más. También puede retrasarse por enfermedad materna o por otras causas relativamente infrecuentes, que pueden consultarse en los manuales referidos en la bibliografía. La manera de favorecer la lactogénesis es estimular el contacto piel con piel, corregir los problemas de posición y encaje y ofrecer frecuentemente el pecho al recién nacido. La lactancia intensiva o la estimulación frecuente del pecho durante dos o tres días suele mejorar la producción de leche. Si la situación se prolonga, se requiere intervención médica para valorar las causas y la necesidad de suplementos para el recién nacido. La pérdida de peso excesiva a las 48-72 horas, el número escaso de micciones (menos de 3 al día) y deposiciones (menos de dos al día) orienta sobre la escasez de la ingesta.
- Pezones dolorosos y grietas: suelen indicar una mala posición al mamar o un encaje defectuoso con un potente reflejo de mordida del recién nacido. Si la madre refiere que el niño le hace mucho daño, hay que corregir pronto la posición y el encaje. No se debe introducir el pecho en



la boca, sino estimular la búsqueda e inhibir el reflejo de mordida estimulando el paladar. Si el recién nacido vuelve a encajar mal, debe romperse el vacío con el dedo, sacar el pezón sin estirar y dejar que el niño vuelva a encajar. El proceso de reeducación del encaje puede ser lento y durar más de un día, lo que debe advertirse a la madre. Si los pezones son dolorosos se recomienda aplicar las últimas gotas de leche sobre la areola y el pezón y dejar secar al aire. Una vez que las grietas se han producido, es muy eficaz el cambio de posición del recién nacido para mamar porque esto modifica los puntos de presión. Dos buenas opciones son la posición en balón de rugby o a horcajadas.

- El recién nacido no mama: cuando un recién nacido no tiene reflejo de búsqueda, no encaja o no succiona debe ser valorado por el neonatólogo. Las dificultades para alimentarse pueden ser un síntoma de enfermedad. En los prematuros pueden ser un signo de inmadurez, pero igualmente se requiere valoración médica.

- Obstrucción de conducto: se observa un bulto endurecido doloroso y caliente. Puede estar producido por sujetadores apretados. Se trata con masaje (ver anexo al final del capítulo) y calor local.

- Ingurgitación mamaria: ocurre entre el 3º y 5º día habitualmente. Los pechos están ingurgitados a tensión, con aplanamiento del pezón. La areola está dura y el niño no puede hacer el encaje. La causa puede estar en que el niño no ha vaciado el pecho frecuentemente. Una vez que se produce, debe vaciarse el pecho tras poner calor (pañeros con agua caliente o ducha con agua caliente), bien con masaje sólo o con masaje y extracción mecánica posterior. Es frecuente que la madre necesite ayuda para vaciar el pecho al principio. Una vez que se consigue, el problema suele mejorar. El frío local entre tomas puede calmar el dolor. Puede usarse también paracetamol o ibuprofeno. Ya que muchas veces este problema se presenta en el domicilio, es obligado advertir a todas las mujeres de la prevención (tomas frecuentes) y enseñarlas las técnicas básicas de masaje y vaciado.

- Mastitis: la presencia de una tumefacción dolorosa y enrojecida con fiebre obliga a consultar con el médico para confirmar el diagnóstico de mastitis e iniciar el tratamiento.

- Las mujeres con prótesis mamarias pueden dar de mamar. Si han tenido roturas de conductos en la cirugía o secuelas más graves, puede haber problemas, que deben ser valorados médicamente en cada mujer. En caso de problemas en una mama, es posible mantener la lactancia con un solo pecho.

Bibliografía:

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEPE, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.
2. Mohrbacher N, Stock J. Lactancia materna. Libro de respuestas. La Liga de la Leche Internacional Schaumburg, Illinois. 2002.
3. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
4. Carlos González. Manual Práctico de Lactancia Materna. Associació Catalana Pro Alletament Matern (ACPAM). Barcelona. 2004.

### 3.5.- AMAMANTAMIENTO DE GEMELOS

La gemelaridad supone una dificultad para el amamantamiento. Al hecho de que hay que doblar los cuidados en general, se añade que frecuentemente los gemelos son prematuros o de menor peso. El cansancio de la madre se acumula y sin apoyo adecuado la lactancia puede verse comprometida. Si la madre desea lactar a los gemelos, la primera incertidumbre que hay que despejar es si habrá suficiente leche. Una mujer puede lactar perfectamente a gemelos y hay que informar sobre la seguridad de este hecho. La segunda cuestión es cómo dar de mamar a dos recién nacidos y poder tener períodos de descanso y sueño. La tercera cuestión es si la madre necesita algún tipo de suplemento en la alimentación.

#### Objetivo:

Dar apoyo y entrenamiento durante la estancia hospitalaria para el amamantamiento de los gemelos.

#### Procedimientos:

1. Información general sobre lactancia y gemelos.
2. Consejos para el amamantamiento simultáneo.
3. Consejos sobre nutrición materna.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Información general sobre lactancia y gemelos: una mujer es perfectamente capaz de produ-

cir leche para amamantar a dos recién nacidos. El mayor estímulo y vaciado aumenta la producción. Aunque las recomendaciones sobre la lactancia a demanda y el número de tomas son las universales, se plantea un evidente problema de tiempo y de coordinación entre los gemelos. Lo más práctico es aconsejar el amamantamiento simultáneo.

2. *Consejos para el amamantamiento simultáneo:* dar el pecho a los dos gemelos a la vez tiene muchas ventajas. En primer lugar acorta a la mitad la duración de las tomas y permite que la madre tenga períodos de descanso, algo especialmente importante en caso de prematuros o neonatos que maman muy lentamente. En los primeros días puede ser difícil y puede que los ritmos de cada gemelo no sean exactamente iguales, pero no pasa nada. Se trata de ensayar de vez en cuando durante los primeros días para ir poco a poco estableciendo la lactancia simultánea. Pasados los primeros días, aunque ocasionalmente puedan darse tomas extra a uno de los gemelos si lo precisa, hay que intentar amamantar a los dos a la vez casi siempre. Las posiciones más adecuadas son las de doble balón de rugby, cruzada sobre la madre y paralela. Suele necesitarse el apoyo de una persona y un cojín de lactancia largo o dos almohadones. La técnica se puede consultar en las guías citadas. En el anexo IV al final del capítulo puede encontrarse un esquema.

3. *Consejos sobre nutrición materna:* la madre debe hacer una dieta variada normal y beber frecuentemente según la sed que tenga. No se necesitan suplementos diferentes a los recomendados para lactar a un solo niño.

#### Bibliografía:

1. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006;91:F377-F380.
2. Molina Morales V. Múltiples. En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEPE, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004:326-8.
3. Mohrbacher N, Stock J. Lactancia materna. Libro de respuestas. La Liga de la Leche Internacional Schaumburg, Illinois. 2002:348-58.
4. Asociación Madrileña de Partos Múltiples. <http://www.amapamu.org/multilacta.htm>

### 3.6.- CUIDADOS DE LAS MAMAS

La ducha diaria es la medida higiénica correcta. Hay que mantener el pecho seco. No hay que limpiar los pezones antes ni después de las tomas. No se recomienda el uso de cremas en el pezón. Se puede frotar suavemente una gota de calostro sobre la areola después de acabar la toma, pero tampoco esto es obligado.

No es obligado usar sujetador y cuando se use, no debe apretar el pecho. Debe primar la comodidad. La mejor protección para el pezón es que la posición y el encaje del recién nacido sean correctos. No deben utilizarse protectores de plástico ni mantener elementos húmedos cubriendo el pezón. Se debe enseñar a las mujeres a darse masaje en el pecho y a extraerse la leche. También debe explicarse lo que deben hacer en caso de ingurgitación mamaria.

### 3.7.- PEZONERAS

La única indicación de pezoneras es la presencia de pezones invertidos verdaderos (hendidos y sin erección con estímulo), cuando el recién nacido no es capaz de hacer un encaje adecuado. Con pezonera el recién nacido vacía peor el pecho y hace un encaje y succión no fisiológicos. En otras situaciones pueden plantearse como último recurso, de forma transitoria y siempre con indicación médica.

### 3.8.- EXTRACCIÓN MANUAL Y MECÁNICA DE LA LECHE

Saber sacarse la leche es muy útil en varias circunstancias. Una es la ingurgitación mamaria o la obstrucción de un conducto, otra la separación del recién nacido. Siempre que un lactante no mame bien hay que vaciar el pecho manualmente o con un sacaleches. Tras el alta, las mujeres que trabajan pueden necesitar extraerse la leche durante la jornada laboral. Por eso es importante que todas las mujeres que lacten sepan las técnicas básicas de extracción. En el Servicio de Neonatología hay un protocolo detallado de la extracción y conservación de la leche.

#### Objetivo:

Todas las mujeres que lactan deben conocer las técnicas básicas de extracción de la leche.

#### Procedimiento:

Explicar a las mujeres lactantes la técnica básica de extracción.

### Descripción del procedimiento:

Los profesionales de enfermería o auxiliares explicarán a las madres lactantes la técnica básica de extracción que se resume en el anexo V al final del capítulo. Hay que advertir que las primeras veces puede ser más costoso. Ya se haga manualmente o con sacaleches (manual o automático), debe prepararse primero el pecho con un buen masaje. **El procedimiento detallado es el siguiente:**

1. *Estimulación del pecho:* lavado previo de las manos. Masaje firme circular de todo el pecho sin deslizar los dedos sobre la piel, contra las costillas. Después frotar desde la periferia hacia el pezón suavemente todo el pecho. Finalmente sacudir o hacer vibrar ambos pechos a favor de la gravedad, ligeramente inclinada hacia delante.

2. *Extracción manual según la técnica de Marmet:* formar con los dedos de una mano una C grande a unos 3 cm del pezón y comprimir el pecho hacia el tórax sin separar los dedos. Después desplazar los dedos sin deslizarlos sobre la piel hacia el pezón, haciendo un movimiento de ordeño. Repetir la maniobra rotando los dedos para vaciar todo el pecho. No se debe exprimir, deslizar los dedos ni estirar el pezón o la areola. Se alterna la estimulación y extracción en ambos pechos. Este procedimiento está esquematizado en el anexo V al final del capítulo.

3. *Extracción con sacaleches:* de palanca manual o eléctrico. Se debe hacer previamente una estimulación del pecho y luego colocar el sacaleches siguiendo las instrucciones del fabricante. Al principio de cada extracción, con los sacaleches de palanca hay que empezar con aspiraciones cortas y rápidas, y posteriormente, cuando empieza a salir leche, pueden hacerse aspiraciones más largas y sostenidas. Con los sacaleches eléctricos es importante empezar la extracción con presiones bajas e ir las incrementando progresivamente. Puede alternarse la extracción manual y con sacaleches. Es importante dar masaje y drenar las zonas que se vacían mal. Si se produce dolor, corregir la técnica, disminuir la presión de aspiración o cambiar a vaciado manual.

4. *El procedimiento de estímulo y extracción se repite en ciclos de unos 5 a 10 minutos por pecho, durante media hora aproximadamente en total.*

5. *Si el recién nacido no mama, debe extraerse*

*la leche cada dos o tres horas. Por la noche no hay que dejar pasar más de 5 horas.*

### Bibliografía:

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEP, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.
2. Mohrbacher N, Stock J. Lactancia materna. Libro de respuestas. La Liga de la Leche Internacional Schaumburg, Illinois. 2002.
3. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
4. Carlos González. Manual Práctico de Lactancia Materna. Associació Catalana Pro Alletament Matern (ACPAM). Barcelona. 2004.

### 3.9.- CONSERVACIÓN DE LA LECHE

La leche recién extraída puede mantenerse a temperatura ambiente (máximo 25° C) hasta 6 horas, pero si se va a almacenar hay que procurar refrigerarla inmediatamente. Si se refrigera entre 0 y 5° C puede utilizarse durante 48 horas. Congelada a -18° C puede almacenarse hasta 6 meses, descongelándola lentamente en frigorífico o a temperatura ambiente. Debe almacenarse protegida de la luz en recipientes limpios. En las plantas de Maternidad no se conserva ni congela leche materna. Cuando una madre se extraiga leche y la administre a su hijo, lo hará siempre con leche recién extraída.

Las madres con hijos ingresados en el Servicio de Neonatología que estén extrayéndose leche, deben bajarla inmediatamente, ellas o un familiar, para que se proceda lo antes posible a su congelación. En las plantas, por el momento, no se almacenará leche materna.

### 3.10.- DONACIÓN DE LECHE

Una vez esté en funcionamiento el banco de leche de donante del Hospital, podrán atenderse en el Servicio de Neonatología las solicitudes de donación altruista de leche. Para ello existirá un protocolo de donación dentro de los protocolos del banco.

### 3.11.- LACTANCIA MATERNA Y FÁRMACOS

Si la madre recibe algún tratamiento medicamentoso que ofrezca duda, el profesional de enfermería responsable debe comunicarlo al neonató-



logo para que investigue si existe algún riesgo. En el prospecto de muchos medicamentos figura la lactancia como contraindicación, sin que esto sea cierto. En muchos casos se debe a que son productos sin ficha técnica reciente, en los que se incluía esta contraindicación de forma rutinaria, sin datos científicos.

**Bibliografía:**

1. <http://www.e-lactancia.org>
2. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>

### 3.12.- INDICACIÓN DE SUPLEMENTOS

Hay dos situaciones en las que se plantea dar transitoriamente suplementos a un recién nacido amamantado. La primera es a solicitud o exigencia de los padres. La segunda, porque se considere que hay riesgo inminente de hipoglucemia o deshidratación. La indicación de suplementos será médica e individualizada. Se tendrá en cuenta la situación actual de la madre y del recién nacido y si se ha establecido el amamantamiento de forma adecuada. Siempre que se vaya a mantener la lactancia, debe ofrecerse el pecho al bebé frecuentemente (entre 8 y 12 veces) y si esto no es posible, estimular y vaciar el pecho al menos 6 veces al día.

**Objetivos:**

1. Evitar la deshidratación, la hipoglucemia y la ictericia grave en situaciones de riesgo.
2. Evitar el conflicto con los padres que solicitan suplementos.
3. Utilizar métodos alternativos al biberón para administrar los suplementos.

**Procedimientos:**

1. Indicación médica de suplementos.
2. Solicitud de suplementos por parte de los padres.
3. Métodos de administración.

**Descripción de los procedimientos:**

1. *Indicación médica de suplementos:* se darán siempre por prescripción médica, con consentimiento verbal de los padres y de forma individualizada. Las indicaciones serán la deshidratación y el riesgo de hipoglucemia (ver capítulo 9, apartado 2), cuando haya dificultades con la lactancia que no han sido superadas, a pesar de ofrecer tomas frecuentes al recién nacido. El diagnóstico de deshidratación se hará por la pérdida

de peso y el estado clínico del recién nacido a partir de las 24 horas de vida. Si el peso al nacimiento es fiable, se considerará pérdida excesiva un 10% o más en los nacidos a término de peso adecuado y más del 7% en los prematuros y los nacidos a término de bajo peso. La clínica de decaimiento, mala succión, ictericia progresiva, deposiciones ausentes o escasas y poca diuresis debe hacer indicar los suplementos de inmediato. Si es posible, se debe suplementar con leche materna extraída y si no con una fórmula artificial de inicio. Si hay antecedentes de alergia en la familia, se consultará con el neonatólogo la posibilidad de utilizar un hidrolizado de proteínas. Las cantidades de suplemento y la forma de administración serán prescritas por escrito por el neonatólogo en la gráfica de enfermería o en una hoja de comentarios. La administración de suplementos debe mantenerse hasta que se consiga que el recién nacido lacte suficientemente, por lo que puede ser necesario mantenerlos unos días en el domicilio. Si el alta es supervisada a domicilio, será la enfermera de alta precoz la encargada de irlos retirando. Si no es así, debe implicarse al pediatra de Atención Primaria.

2. *Solicitud de suplementos por parte de los padres:* cuando los padres soliciten suplementos es obligado valorar la situación de la madre, la técnica de la lactancia y la situación del recién nacido. Si el profesional de enfermería considera que no hay indicación, intentará tranquilizar a los padres y comprobar la información que tienen sobre la lactancia, pero si insisten de forma vehemente se respetará su decisión. Se intentará que el suplemento no sea administrado en biberón, pero en esto también primará la decisión de los padres. Deben evitarse a toda costa situaciones violentas o de enfrentamiento con los padres. Hay que anotar en la hoja de enfermería los suplementos administrados, el método de administración y si se administran por solicitud de los padres.

3. *Métodos de administración:* cuando se prescriban suplementos, ya sea con la leche materna o con fórmula artificial, o cuando se produzca una separación transitoria, debe evitarse en lo posible el uso de tetinas. Las técnicas alternativas son el vasito, la jeringa y la cucharita. Todas

ellas interfieren menos que la tetina con la lactancia.

- **Suplementos con vasito:** la técnica consiste en inclinar el vaso hasta que la leche rebose el borde. El borde del vaso se coloca sobre el labio inferior, de forma que la pequeña cantidad de leche que rebose entre en la boca despacio y el recién nacido la degluta. El niño puede usar la lengua para sacar leche. Suele colocarse una gasa o babero para las pérdidas. La posición del bebé puede apreciarse en el dibujo



- **Suplementos con jeringa:** se debe utilizar una jeringa pequeña, de 5 mL, porque las jeringas grandes tienen émbolos más duros y pueden hacer que se introduzcan emboladas excesivas en la boca. La jeringa se introduce mínimamente en la boca por una comisura y se administran pequeñas cantidades observando que el recién nacido las va deglutiendo. Debe evitarse que el recién nacido chupe la jeringa.

- **Suplementos con cucharita:** la técnica es similar al vasito, recargando repetidamente la cucharita.

Bibliografía:

1. Australian Breastfeeding Association. [www.breastfeeding.asn.au/bfindo/cupfeeding.html](http://www.breastfeeding.asn.au/bfindo/cupfeeding.html)

### 3.13.- APOYO A LA LACTANCIA TRAS EL ALTA

Los grupos de apoyo a la lactancia constituyen una fuente eficaz de apoyo y sostenimiento de la lactancia. Se trata habitualmente de mujeres voluntarias que han lactado a sus hijos y han recibido entrenamiento para apoyar la lactancia. La información al alta debe incluir cómo contactar con los grupos de apoyo disponibles en la zona geográfica del Hospital y explicar su utili-

dad. La Liga de la Leche española tiene una página web en la que figura un listado de mujeres voluntarias de cada ciudad con sus teléfonos de contacto. En un lugar visible de cada planta habrá una indicación sobre cómo contactar tras el alta con un grupo de apoyo a la lactancia. Se debe recomendar que acudan a control al pediatra de Atención Primaria a la semana de vida, no más tarde. Los consejos para mantener en estos primeros días una lactancia adecuada son los siguientes:

- Lactancia a demanda con 8 a 10 tomas al día.
- No ofrecer ningún otro alimento ni líquido.
- Insistir en que el pecho debe vaciarse completamente de forma periódica, aunque en cada toma el niño puede querer mamar de uno solo.
- Comprobar que el niño hace al menos 2 ó 3 deposiciones al día y orina 3 ó 4 veces.
- No es recomendable pesar al niño hasta la semana o 10 días de vida. Si hay problemas acudir al pediatra o recurrir a un grupo de apoyo a la lactancia.

Bibliografía:

1. <http://lalecheleague.org>
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEP, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.
3. Mohrbacher N, Stock J. Lactancia materna. Libro de respuestas. La Liga de la Leche Internacional Schaumburg, Illinois. 2002.
4. Asociación Madrileña de Partos Múltiples. <http://www.amapamu.org/multilacta.htm>
5. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>

### 3.14.- INDICADORES DE RIESGO AL ALTA

En las situaciones que se enumeran a continuación, es obligado repasar al alta detenidamente con la madre, o mejor, con ambos padres, los consejos sobre la lactancia y los apoyos disponibles. También debe comprobarse la situación del recién nacido por si precisa valoración médica.

- Madres sin experiencia, sin información o con fracaso anterior en la lactancia.
- Mal enganche, grietas o dolor intenso en los pezones.
- Recién nacidos con dificultades para mamar,

poco interesados en mamar, irritables o por el contrario muy adormilados.

- Recién nacido prematuro o de bajo peso.
- Pérdida de peso excesiva durante el ingreso (10% o más en neonatos de peso adecuado y más del 7 % en los de bajo peso para la gestación).
- Uso de pezoneras.

Bibliografía:

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la ASEP, nº 5. Ergon Ed. Majadahonda, Madrid. 2004.
2. Mohrbacher N, Stock J. Lactancia materna. Libro de respuestas. La Liga de la Leche Internacional Schaumburg, Illinois. 2002.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Gerardo Bustos Lozano, Lourdes Real Villena, Ana María Martínez Sanz, Concepción de Alba Romero.*

## ANEXO I

**POLÍTICA DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y AYUDA A LA LACTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.**

 Hospital Universitario  
12 de Octubre

SaludMadrid



Comunidad de Madrid

**Gerencia del Hospital**
**POLITICA DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN  
Y AYUDA A LA LACTANCIA MATERNA**
**Información para todo el personal**
**PRINCIPIOS**

En esta Maternidad se considera a la lactancia materna la mejor opción de alimento que puede elegir una madre para su hijo y se reconocen los beneficios tan importantes que existen para ella, el niño y la sociedad.

Todos los niños tienen el derecho de recibir leche materna como el mejor alimento que existe.

Todas las madres tienen el derecho de ser bien informadas de cómo alimentar a su hijo.

Los profesionales sanitarios tienen la obligación de dar esta información y respetar la decisión de los padres sobre la crianza.

**Objetivos**

Con esta política se quiere promocionar la lactancia aplicando “los diez pasos para una lactancia feliz” de acuerdo con UNICEF/OMS.

Con este compromiso se quiere:

- Asegurar que todas las madres/padres/cuidadores sean informados de los beneficios de la lactancia materna, antes de elegir cómo quieren alimentar a sus hijos.
- Que todo el personal que trabaja con madres ofrezca ayuda competente tras recibir una formación adecuada.
- Esta Maternidad no discriminará a las mujeres por la forma de alimentación que decidan y les ayudará una vez realizada la elección.

**La necesidad de esta política**

Es importante que todo el personal siga esta política, con el fin de que la madre no reciba información contradictoria. Cualquier situación diferente debería ser registrada en la historia del niño y la madre. A los padres que tras el parto elijan alimentar a sus hijos artificialmente, se les debe mostrar de manera individual como prepararla.

Carteles o anuncios de cualquier sustituto de la leche materna, biberones, tetinas, chupetes u objetos con los logotipos de estos sucedáneos no serán permitidos en esta Maternidad. La puesta en marcha de esta política, así como su mantenimiento, será revisada anualmente.

## **CONTENIDO DE LA POLÍTICA**

### **1. Información de lactancia materna**

- Esta política tiene que ser comunicada a todo el personal de la Maternidad que trabaja con gestantes u otras madres y niños, garantizando el acceso al documento a todo el personal.
- El contenido de esta política será expuesto en todas las áreas de trabajo y visita del Hospital Materno Infantil (cartel IHAN).

### **2. Formación del personal**

- Todos los profesionales que trabajen con las madres y niños recibirán una formación adecuada a su grupo profesional en un período de 6 meses, de manera que estén capacitados para poner en marcha esta política.
- Se establecerá una estrategia de formación continuada y de formación de todo el personal de nueva incorporación.

### **3. Información a las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia**

- Todas las mujeres embarazadas recibirán información por parte de las matronas o las enfermeras de los beneficios de los conocimientos necesarios para llevarla a cabo con éxito (folleto CAM).

### **4. Iniciación de la lactancia**

- Se establecerá el entorno y la ayuda necesarios para ofrecer a todas las madres que lo deseen la oportunidad de sostener a sus hijos piel con piel tras el nacimiento tan pronto como sea posible, independientemente del tipo de alimentación.
- Animar a las madres a que realicen la primera toma de pecho tan pronto como puedan (primera hora). La enfermera o matrona observará este momento por si se precisa algún tipo de ayuda.

### **5. Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia aun si la madre y el niño están separados**

- La madre recibirá toda la ayuda que precise para iniciar correctamente su lactancia y conseguir que la posición y succión del niño sean adecuadas.
- Todas las madres deben de saber cómo extraerse manualmente su leche antes de abandonar el hospital.
- Cuando el niño deba ingresar en el Servicio de Neonatología, el personal de la unidad y de la planta de maternidad serán responsables de enseñar a la madre a que extraiga y almacene su leche correctamente.
- Cuando una madre esté separada de su hijo, se le debe animar para que se extraiga la leche al menos 6-8 veces al día (Guía de extracción de leche y conservación).

### **6. Indicaciones para suplementar la lactancia**

- No se administrará ningún otro tipo de alimento o líquido a los niños con lactancia materna a no ser que esté médicamente indicado y tras haber informado a los padres de los inconvenientes. La indicación debe quedar reflejada en la historia clínica del niño.
- A los padres que pidan suplementos a la lactancia se les debe advertir de las implicaciones negativas que puede tener esos aportes al inicio de la lactancia, para que tomen una decisión tras la

información adecuada. Se anotará en la historia la petición de los padres, la información dada y su actitud posterior.

### **7. Cohabitación**

–Se promoverá que madre e hijo permanezcan juntos las 24 horas del día, así como la ayuda necesaria para continuar la lactancia materna con éxito en caso de separación inevitable. Las madres con cesárea recibirán el apoyo necesario para que su hijo permanezca a su lado.

–La madre asumirá la responsabilidad del cuidado de su hijo en la maternidad.

–La separación madre hijo se hará exclusivamente cuando alguno de los dos requieran cuidados especiales en otra área del Hospital.

–No existirá ningún espacio destinado como nido.

### **8. No restricción de las tomas de pecho**

–La lactancia a demanda, sin restricción de frecuencia o duración de la toma, debe ser el mensaje que se transmita a los padres.

### **9. Uso de tetinas, chupetes o pezoneras**

–Las tetinas o chupetes no se recomendarán por parte del personal, al menos que médicamente estén indicados. Los padres que deseen utilizar chupetes, deben ser advertidos de los efectos negativos que tiene sobre la lactancia materna, para que decidan tras una información adecuada. Anotar en la historia la decisión de los padres.

–Las pezoneras deben ser desaconsejadas. Si una madre considera su necesidad, debe ser informada de los efectos negativos sobre la lactancia antes de iniciar su uso y de la necesidad de retirarlas lo antes posible.

### **10. Grupos de apoyo a la lactancia**

–Al alta de la maternidad, se facilitará a las madres información para poder contactar con los grupos de apoyo a la lactancia materna de nuestra comunidad.

Referencia

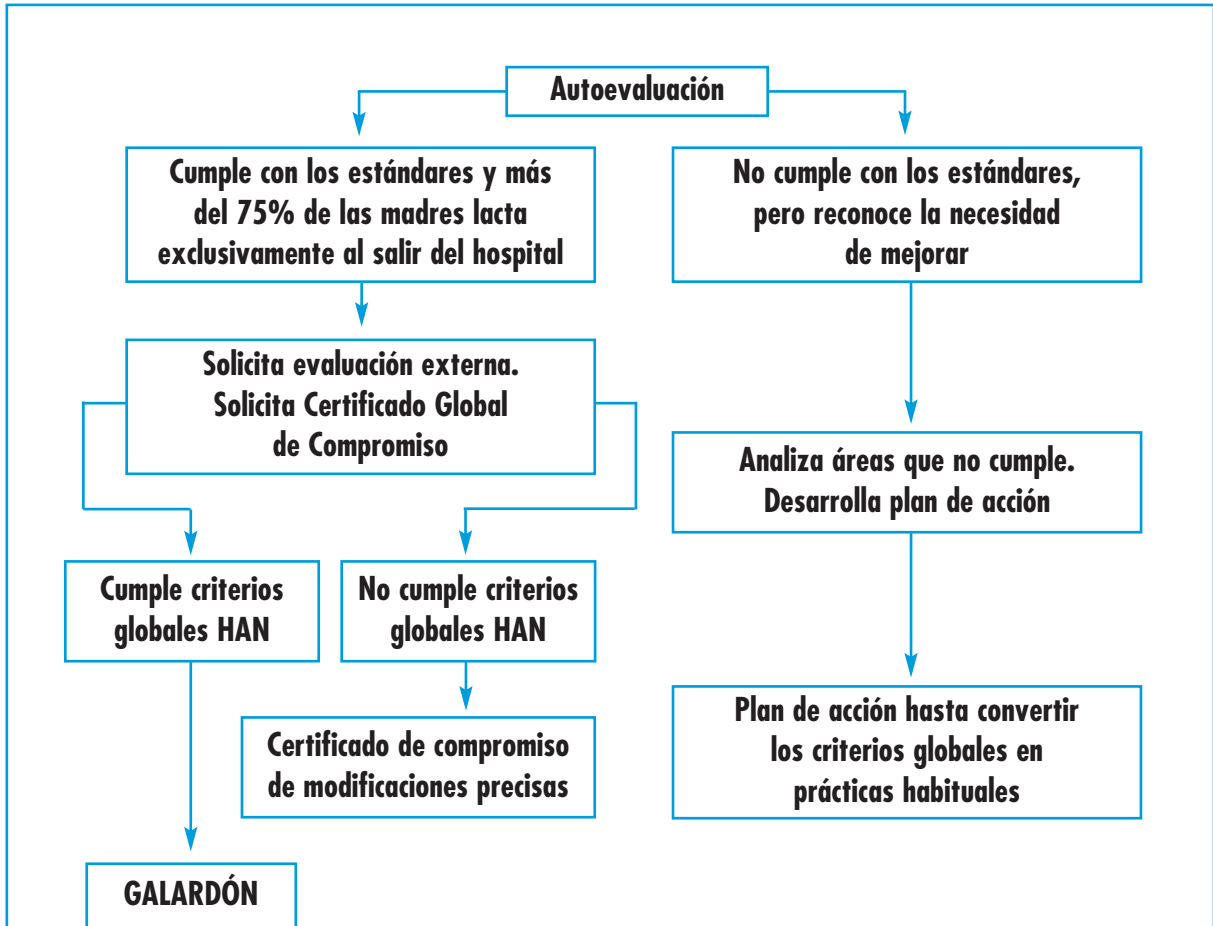
WHO/UNICEF (1989) Protecting, promoting and supporting breastfeeding, Geneva, WHO.

Enero 2007



ANEXO II

**PROCESO DE DESIGNACIÓN DE LOS HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS (HAN)**



**EVALUACIÓN DE CADA PASO  
GALARDÓN HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS. UNICEF**

Primer paso: Disponer de un protocolo escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

El establecimiento de salud debería de disponer de un protocolo sobre lactancia natural que incluya los 10 pasos y proteja la lactancia materna. El/la director/a de enfermería de la institución y o supervisor/a de la maternidad debería tener localizada una copia del protocolo y describir cómo los demás miembros del personal tienen conocimiento de él.

El protocolo debería estar disponible para que todo el personal que presta atención a las madres y niños pueda manejarlo. La política sobre lactancia debería estar visible en todas las áreas del establecimiento de salud que prestan atención a las madres, recién nacidos y/o niños, particularmente en la sala de maternidad, todas las áreas de atención al recién nacido, incluyendo la nursery si existe, la unidad de cuidados especiales para recién nacidos y los servicios prenatales. El protocolo debería estar escrito en el/los idiomas más comunes entre los pacientes y el personal.

**Segundo paso: Capacitar a todo el personal de salud que deba aplicar ese protocolo.**

El/la supervisor/a de enfermería debería lograr que todo el personal sanitario que tiene contacto con las madres, recién nacidos y/o niños haya recibido capacitación en la puesta en práctica de los protocolos de lactancia materna y deberá poder describir cómo dicha capacitación se lleva a cabo.

Una copia del currículum o del resumen del curso de formación en lactancia materna y el manejo de la lactancia para los distintos grupos de profesionales sanitarios debería estar disponible para su revisión, y debería haber también un programa de capacitación para los empleados nuevos. La capacitación debería durar un mínimo de 18 horas, incluyendo un mínimo de tres horas de experiencia clínica supervisada, y abarcar por lo menos ocho pasos.

La supervisora debería informar que todo el personal que presta atención a mujeres y recién nacidos ha participado en el curso de lactancia materna. En el caso de personal recién incorporado, que ha recibido orientación y ha sido programado para la formación en los primeros seis meses de trabajo. Por lo menos ocho de cada diez miembros del personal, seleccionados al azar, deberían confirmar que han recibido la formación arriba descrita, o si han trabajado en la sala de maternidad menos de seis meses, al menos deberían confirmar que han recibido unas normas de actuación. El 80% debería poder contestar cuatro de cada cinco preguntas sobre la forma adecuada de poner la lactancia materna en práctica.

**Tercer paso: Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.**

Si el hospital cuenta con consultas externas a embarazadas o un servicio de control de alto riesgo, el/la supervisor/a de enfermería debería informar que se asesora en lactancia materna a la mayoría de las embarazadas que utilizan los servicios. Una descripción escrita del contenido mínimo de la educación prenatal debería estar disponible, o se debería solicitar al personal experimentado de enfermería que la preparasen. La discusión prenatal debería cubrir la importancia de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, los beneficios de la lactancia materna y la forma básica de ponerla en práctica.

De 10 mujeres embarazadas de más de 32 semanas de gestación que utilizan los servicios prenatales del hospital, por lo menos el 80% debería confirmar que ha conversado con el personal sobre los beneficios de la lactancia materna y deberían poder mencionar por lo menos dos de los siguientes beneficios:

- Nutrición.
- Lazos psicológicos de unión.
- Protección anti-infecciosa con el papel del calostro.
- Beneficios para la salud de la madre.

Además, por lo menos el 80% de las mujeres deberían confirmar que no han recibido ninguna charla en grupo sobre la utilización de biberones de fórmula para bebés. Deberían poder describir por lo menos dos de los siguientes conceptos sobre la forma de poner la lactancia materna en práctica:

- La importancia de la cohabitación.
- Cómo tener suficiente leche materna.
- La importancia de alimentar al niño cuando lo pida.
- La situación y colocación del niño.

**Cuarto paso: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.**

De 10 madres seleccionadas al azar en la sala de maternidad que hayan tenido parto vaginal normal, el 80% debería confirmar que recibió a su hijo en la primera media hora tras el parto para

abrazarlo, haciendo contacto con la piel, durante un mínimo de 30 minutos, y que un miembro del personal brindó ayuda para iniciar la lactancia materna.

Si es posible, observar diez partos normales en la sala de partos confirmará esta práctica.

De cinco madres seleccionadas al azar que hayan tenido cesárea, por lo menos el 50% debería confirmar que tras volver en sí de la anestesia recibió a su hijo antes de la media hora para abrazarlo, haciendo contacto piel con piel, que estuvo un mínimo de 30 minutos, y que un miembro del personal le brindó apoyo para iniciar la lactancia materna.

**Quinto paso: Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.**

De 15 madres seleccionadas al azar después del parto (incluyendo partos por cesárea), por lo menos el 80% informa que el personal de enfermería brindó asistencia adicional para la lactancia materna dentro de 6 horas después del parto, que alguien les mostró cómo exprimir su leche, que recibieron información escrita sobre esto y/o que recibieron información sobre dónde obtener asistencia en caso de necesitarla. De este mismo grupo de madres, por lo menos el 80% de las que están amamantando debería poder mostrar la situación/colocación correcta de su hijo.

De cinco madres seleccionadas al azar con niños en cuidados especiales, por lo menos el 80% informa que ha recibido ayuda para iniciar y mantener la lactancia materna mediante extracción.

De 10 miembros del personal de la sala de maternidad, seleccionados al azar, el 80% informa que enseña a la madre cómo situar/colocar al niño y cómo exprimir leche materna manualmente. El 80% debería poder describir una técnica aceptable para exprimir leche materna manualmente que enseñe a las madres.

**Sexto paso: No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.**

Observar a las madres y niños en la sala de maternidad durante un mínimo de dos horas. Si hay niños recibiendo alimentos o bebidas que no sean leche materna, preguntar a la madre si está amamantando.

Preguntar al personal por qué hay niños amamantados que reciben otros alimentos o bebidas, si viene al caso. Debería haber razones médicas aceptables en por lo menos el 80% de los casos.

No debe existir ninguna propaganda de alimentos o bebidas para bebés visible en el centro que no sean leche materna, ni tampoco debe distribuirse a las madres publicidad, ya sea por el personal o el establecimiento.

Observar al personal y los recién nacidos en las salas de niños sanos (si existe) durante un mínimo de una hora. Si hay niños sanos recibiendo alimentos o bebidas que no sean leche materna, solicitar al personal que indique por qué. En por lo menos el 80% de los casos deberían existir razones médicas aceptables, a menos que la madre rehúse específicamente amamantar por razones fuera del control del hospital.

Preguntar a 15 madres seleccionadas al azar en las salas de maternidad (incluyendo a 5 que dieron a luz por medio de cesárea) si sus hijos han recibido alimentos o bebidas que no sean leche materna en el hospital. La enfermera encargada u otro miembro del personal debería poder proporcionar razones aceptables para que los casos en que los niños amamantados recibieron otros alimentos o bebidas.

**Séptimo paso: Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.**

De 15 madres seleccionadas al azar con hijos normales (incluyendo a 5 madres que tuvieron cesárea), por lo menos el 80% informa que desde que llegaron a la habitación después del parto (o

cuando pudieron tener a su hijo en caso de cesárea) sus hijos han permanecido con ellas en la misma habitación día y noche, excepto por períodos de hasta una hora para procedimientos hospitalarios.

De diez madres con partos vaginales normales, el 80% informa que fueron separadas de sus hijos por menos de una hora antes de comenzar a compartir la misma habitación.

Todas las madres normales después del parto en la sala de maternidad deberían tener a sus hijos en la misma cama o en una cuna al lado de su cama, a menos que su hijo haya sido separado por un período corto para un procedimiento hospitalario o a menos que una separación sea indicada.

#### **Octavo paso: Fomentar la lactancia materna a demanda.**

De 15 madres seleccionadas al azar con niños normales (incluyendo a 5 madres que tuvieron cesárea), por lo menos el 80% de las que están amamantando informa que no hay restricción alguna sobre la duración o frecuencia de la lactancia. Además, de las 15 madres, por lo menos el 80% informa que les han aconsejado amamantar a su hijo cuando tenga hambre o con la frecuencia deseada por el niño, y que debería despertar a su hijo para darle de lactar si duerme demasiado o si los pechos de la madre están muy llenos.

El/la supervisor/a de la sala de maternidad confirma que no existe restricción alguna sobre la frecuencia o duración de la lactancia materna.

#### **Noveno paso: No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes.**

De 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo a 5 madres que tuvieron cesárea), por lo menos el 80% de las que están dando de lactar informan que, según su conocimiento, sus hijos no han sido alimentados con biberones con tetinas artificiales ni se les ha permitido usar chupete.

El/la profesional de enfermería encargado/a de la sala de maternidad informa que los lactantes no reciben biberones con tetinas artificiales o chupetes. Luego de observar la sala de maternidad durante dos horas, se observan no más de dos lactantes utilizándolos. Luego de observar la sala de niños sanos (si existe dicha sala) se observa que ninguno de los lactantes los utiliza.

#### **Décimo paso: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.**

De 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo a 5 madres que tuvieron cesárea), el 80% han de haber tratado el tema de la alimentación del niño tras el alta hospitalaria. Deberían poder describir una recomendación concreta de cómo conectar con un grupo de apoyo o información de que el hospital les proporcionara un seguimiento y apoyo adecuado, si lo necesitan.

El/la supervisor/a de enfermería encargado/a de la sala de maternidad debería tener conocimiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna en el área local y, si los hay, describir por lo menos una manera de referir a las madres a ellos (por ejemplo a través de material escrito o consejo verbal). Por otro lado, debería poder describir un sistema de apoyo de seguimiento para todas las madres lactantes después de su salida del establecimiento (control postnatal temprano en clínicas de lactancia, visita domiciliaria).

### ANEXO III

## HOJA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Nº Historia materna:

¿Desea dar el pecho a su hijo?  SI  NO

Horas de vida del recién nacido:

¿Presenta algún factor de riesgo que dificulte la lactancia?  SI  NO

En caso afirmativo señalar cuál o cuáles:

- Separación en las primeras dos horas de vida
- Parto por cesárea
- Madre primípara
- Mala experiencia con la lactancia de un hijo previo
- Recién nacido prematuro o de bajo peso
- Gemelos
- Dolor al dar el pecho o grietas
- Mujeres con pezones invertidos y hendidos
- Madres con diabetes previa o gestacional

Registro de observación de una toma. Puntuación de Matthews

Grado de alerta

Reflejo de búsqueda

Tiempo para el enganche

Calidad de la succión

Puntuación total

Posición correcta  SI  NO

Encaje adecuado  SI  NO

Intervención  SI  NO

Corrección de posición y encaje

Otra (especificar):

Profesional responsable de la observación:

*Esta hoja de registro se retirará de la historia materna al alta y se archivará en el despacho del Supervisor/a para evaluar periódicamente la actividad.*

## Puntuación de Matthews

### *Grado de alerta previo a la succión*

- e) Espontáneamente despierto (3)
- f) Necesita estímulo para iniciar (2)
- g) Necesita estímulo reiterado (1)
- h) No se despierta a pesar de estímulo (0)

### *Búsqueda del pezón (al tocar mejilla)*

- e) Gira la cabeza y busca activamente (3)
- f) Necesita cierta ayuda o asistencia (2)
- g) Búsqueda pobre aun con ayuda (1)
- h) Ausencia de búsqueda (0)

### *Tiempo para engancharse e iniciar la succión*

- e) Lo coge inmediatamente (3)
- f) Tarda 3–10 minutos (2)
- g) Tarda > 10 minutos (1)
- h) No se engancha (0)

### *Calidad de la succión*

- e) No succiona (0)
- f) Succión débil o corta duración (1)
- g) Succiona bien, suelta y debe animarle un poco (2)
- h) Buena succión en uno o ambos pechos (3)

La valoración de la puntuación es la siguiente: lactancia eficiente (10 a 12); lactancia medianamente eficiente (7 a 9); lactancia deficiente (0 a 6).



## ANEXO IV

### OBSERVACIÓN DE UNA TOMA (Protocolo IBFAN UNICEF 1992)

#### **SIGNOS DE NORMALIDAD**

##### **Posición**

Madre relajada y cómoda  
Bebé muy junto y bien encarado  
Cabeza y cuerpo del bebé alineados  
El mentón toca el pecho  
Bebé bien sujeto por detrás

##### **Respuestas**

Busca el pecho si tiene hambre  
Movimientos de búsqueda  
Explora el pecho con la lengua  
Mama tranquilo y despierto  
Se mantiene en el pecho  
Signos de eyección de la leche

##### **Vínculo afectivo**

Abrazo seguro y confiado  
La madre le mira a la cara  
La madre le acaricia

##### **Anatomía**

Pechos blandos después de la toma  
Pezones salientes, protráctiles  
Piel de aspecto sano  
Pecho redondeado durante la toma

##### **Succión**

Boca muy abierta  
Labio inferior doblado hacia afuera  
La lengua rodea al pecho  
Mejillas redondeadas  
Más areola por encima de la boca  
Succión lenta y profunda con pausas  
Se ve u oye cómo traga

##### **Duración**

Suelta el pecho espontáneamente  
Tiempo de succión

#### **SIGNOS DE ALERTA**

##### **Posición**

Hombros tensos, inclinada sobre el bebé  
Bebé separado de la madre  
El bebé ha de torcer o doblar el cuello  
El mentón no toca el pecho  
Sólo sujeta el hombro o la cabeza

##### **Respuestas**

No responde al pecho  
No hay reflejo de búsqueda  
No muestra interés por el pecho  
Bebé inquieto o lloroso  
Se le escapa el pecho  
No se observan signos de eyección

##### **Vínculo afectivo**

Abrazo nervioso o flojo  
No hay contacto visual entre ambos  
Apenas le toca, o le sacude y atosiga

##### **Anatomía**

Pechos ingurgitados  
Pezones planos o invertidos  
Piel irritada o agrietada  
Pecho estirado

##### **Succión**

Boca poco abierta, "morrito"  
Labio inferior doblado hacia adentro  
No se ve la lengua  
Mejillas tensas o hundidas  
Más areola por debajo de la boca  
Succiones rápidas  
Se oyen chasquidos

##### **Duración**

La madre lo saca del pecho  
Tiempo de succión

ANEXO V

**POSICIONES PARA LACTAR GEMELOS**



Posición paralela



Posición en balón de rugby

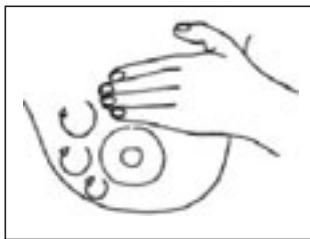


Posición en balón de rugby

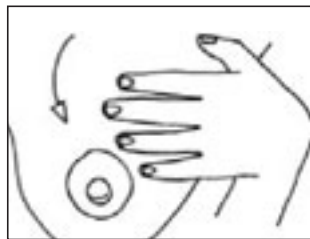
ANEXO VI

**EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE (según la técnica de Marmet)**

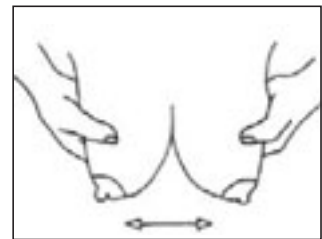
FASE 1. MASAJE



1. Masajea

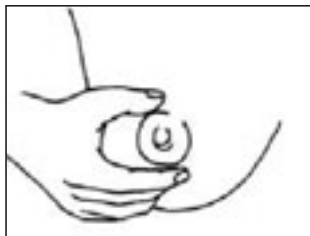


2. Frota

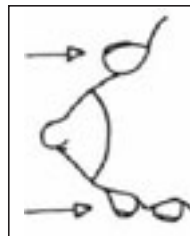


3. Sacude

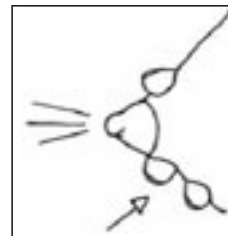
FASE 2. EXTRACCIÓN



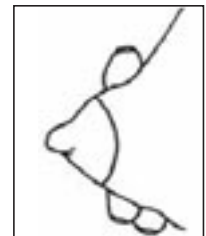
1. Coloca



2. Comprime

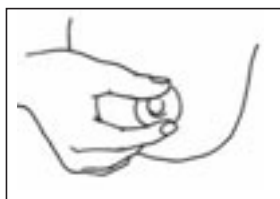


3. Ordeño  
en dirección al  
pezón sin deslizar  
los dedos

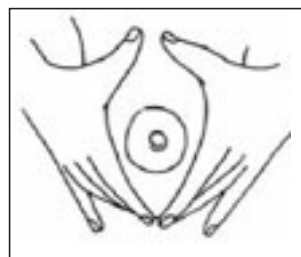


4. Repite

ACCIONES



No exprimas



No deslices



No estires



## CAPÍTULO 4

### ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL

Cuando la madre ha decidido no lactar a su hijo o cuando hay una contraindicación médica para el amamantamiento, los sucedáneos, también conocidos como fórmulas de inicio, pueden proporcionar una nutrición adecuada al recién nacido. Aunque la alimentación con sucedáneos tenga algunos riesgos en comparación con la lactancia, una vez que la madre haya expresado su decisión firme de no amamantar, los profesionales sanitarios no deben insistir ni culpabilizar a la madre. Si observan que la madre tiene dudas o toma la decisión basándose en información inadecuada, deben informar correctamente de las ventajas del amamantamiento, pero con respeto hacia la decisión materna final. Al igual que el pecho, el biberón debe darse al bebé con afecto, amor y entrega para conseguir establecer la relación emocional tan importante entre la madre, el padre y el hijo, favorecer el contacto piel con piel y el contacto visual. Deben respetarse también dentro de lo posible las características de cada niño, sus ciclos de sueño y su apetito en cada toma. Uno de los riesgos de la lactancia artificial es la preparación o manipulación inadecuada de los biberones por parte de madres inexpertas u otros cuidadores. En este sentido hay que tener especial precaución con personas de otras culturas que no hablan bien el idioma español y que pueden comprender mal las explicaciones.

#### Objetivos:

1. Comprobar que la madre no desea amamantar al recién nacido o que existe una contraindicación médica.
2. Utilizar un sucedáneo de inicio adecuado.
3. Instruir a los padres en las prácticas adecuadas de preparación y administración y comprobar que las realizan correctamente.
4. Evaluar la succión y deglución del niño.
5. Vigilar la tolerancia digestiva.

#### Procedimientos:

1. Consulta sobre la decisión de no amamantar.
2. Anamnesis sobre riesgo alérgico.
3. Indicación y disponibilidad de los sucedáneos.
4. Consejos y entrenamiento para la preparación y administración correcta de los biberones.



5. Observación de una toma.
6. Indicación y registro de aportes.
7. Observación y registro de la tolerancia digestiva.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Consulta sobre la decisión de no amamantar: en el momento del ingreso en planta, el profesional de enfermería responsable preguntará a la madre cómo desea alimentar al recién nacido y se comprobará si hay alguna contraindicación médica para la lactancia (ver capítulo 3). Si la madre ha decidido optar por la alimentación artificial o la lactancia materna está contraindicada, se anotará en la gráfica de enfermería y se procederá con el resto del protocolo de alimentación artificial. Si solicita información o tiene dudas, se le informará de las ventajas del amamantamiento (ver capítulo 3) y se respetará su decisión final. No debe culpabilizarse a las mujeres que opten claramente por la alimentación artificial, bien directamente o con una insistencia inadecuada en la información sobre el amamantamiento.

2. *Anamnesis sobre riesgo alérgico*: cuando se vaya a administrar alimentación artificial se preguntará a los padres si ellos u otros hijos padecen enfermedades alérgicas de importancia (asma alérgica, dermatitis atópica, alergia a uno o varios alimentos). En caso afirmativo se les informará del valor protector que la lactancia natural tiene en estos casos. Si aún así persiste la negativa a la lactancia, o está contraindicada médicamente, se puede plantear en los siguientes casos la administración de una fórmula especial (hidrolizado de proteínas):

- Antecedentes de enfermedad alérgica incapacitante: alergia a múltiples alimentos, asma alérgico grave o dermatitis grave.
- Por solicitud de los padres, tras informarles de las pocas pruebas existentes sobre la eficacia preventiva de estas fórmulas.

3. *Indicación y disponibilidad de los sucedáneos*: debe utilizarse un sucedáneo adecuado para recién nacidos, que se identifican como fórmulas de inicio o con el número 1. Estos sucedáneos están disponibles en cada planta en forma de biberones monodosis ya preparados, cuya marca cambia según un rotatorio establecido por el Servicio de Neonatología. Las monodosis de fórmula se deben almacenar en cada planta en un lugar fresco y seco y protegidas de la luz. Se debe observar el aspecto de la fórmula (cambio de coloración, grumos) y la caducidad antes de entregarla a los padres y desecharla si se cree que puede estar en mal estado o caducada. Las fórmulas especiales se solicitarán a la unidad de biberonería en horario de mañana en una planilla, tras la indicación del médico responsable. Si surge la necesidad en horario de tarde o de noche se avisará a la supervisora de guardia para que consiga el preparado y se hará la planilla de solicitud a biberonería a partir de la mañana siguiente.

4. *Consejos y entrenamiento para la preparación y administración correcta de los biberones*:

- La alimentación con biberones se iniciará aproximadamente a las 3 horas de vida si no hay otra indicación médica.
- Aunque lo habitual en los primeros días es que el bebé tenga hambre cada 3 horas aproximadamente, se debe respetar la demanda del recién nacido y espaciar o adelantar la toma un poco para ajustarse a sus ciclos de alimentación

y sueño, siempre que la ingesta a lo largo del día sea adecuada (entre 7 y 8 tomas). En casos especiales, como bebés con riesgo de hipoglucemia, niños de bajo peso, hijos de madre diabética o ciertas enfermedades metabólicas, no se deben espaciar las tomas más de 3 horas e incluso, por prescripción médica individualizada, puede ser necesario ofrecer alimentación sistemáticamente cada 2 horas.

- Las cantidades a ofrecer son siempre orientativas y deben adaptarse a las necesidades individuales (no es lo mismo un niño de 4.500 g que uno de 2.000 g). En el anexo de este capítulo se incluye una tabla con las cantidades que, de forma orientativa, se deben ofrecer en cada toma en los primeros días de vida.
- Lavado de manos: la persona que administre la toma debe lavarse las manos previamente.
- Una posición cómoda facilita la experiencia de alimentar al niño. Muestre a la madre la forma de coger al lactante, muy pegado a ella en el espacio que queda dentro de uno de sus brazos doblados. El biberón se sostiene con la otra mano. La cabeza del niño debe estar un poco más elevada que el resto de su cuerpo. El niño debe mantenerse semierecto durante las tomas, mirando a quien le alimenta y el biberón nunca debe ser apoyado. Esta técnica de alimentación protege los oídos del lactante, favorece el contacto visual y permite la relación social durante las tomas. Abrazar al niño le proporciona un sentimiento de confianza y seguridad. Si la cabeza permanece más elevada que el resto del cuerpo, existe menos riesgo de que se atragante a la vez que se facilita la deglución.
- Coloque la tetina delicadamente sobre la lengua del bebé. La abertura de la tetina debe ser lo bastante grande para que el alimento fluya suavemente, pero no tanto como para que cantidades excesivas llenen la boca del niño y se atragante. Si el agujero es muy pequeño el bebé hará esfuerzos de succión intensos pero improductivos. El biberón debe sostenerse en un ángulo tal que la tetina siempre se mantenga llena de leche. Si la tetina se llena de aire, será succionado y deglutido en gran cantidad.
- Alimente al niño lentamente. Dé oportunidad de expulsar el aire que ha tragado, retirándole el biberón de la boca. Coloque al lactante sobre



alguno de sus hombros y golpee suavemente la parte media y superior de la espalda. También puede colocarse al lactante en posición sentada pero sosteniéndole la cabeza o acostado boca abajo con la cabeza apoyada para facilitar la respiración. Esta técnica llamada de "eructo" o de "burbujas" puede hacerse después de que haya tomado la primera parte del biberón o al final de la toma.

- Los biberones a temperatura ambiente no necesitan calentarse. Deben estar protegidos de la luz ya que tienen componentes que son fotosensibles. Una vez abierto el frasco de fórmula puede utilizarse para dos tomas como máximo, siempre que no se quede muy frío. El resto sobrante debe tirarse.
- Evite la sobrealimentación ya que puede ocasionar malestar abdominal y regurgitación. Evite manipular mucho al niño después de las tomas para que no vomite.
- Se entregará a los padres que lo deseen un documento explicativo sobre cómo preparar correctamente los biberones (anexo 1).

5. *Observación de una toma:* al menos en una ocasión en las primeras 24 horas de vida, el profesional de enfermería responsable observará una de las tomas y registrará si observa algún problema en la posición, la succión y la deglución. En su caso, corregirá los problemas detectados o solicitará valoración médica si el recién nacido tiene problemas para alimentarse.

6. *Indicación y registro de aportes:* el profesional de enfermería responsable indicará diariamente a los padres los aportes recomendados por toma y el número de tomas. Las cantidades ingeridas diariamente según la observación de los padres se anotarán en la gráfica de enfermería.

7. *Observación y registro de la tolerancia digestiva:* se anotará diariamente en la hoja de enfermería si ha habido problemas de intolerancia digestiva (vómitos o distensión abdominal).

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Los problemas en la alimentación durante los primeros días pueden provocar deshidratación, hipernatremia, desnutrición, hipoglucemia o aspiración. El entrenamiento de los padres y la comprobación de la capacidad del recién nacido para alimentarse son esenciales para evitarlos.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

El mayor riesgo es la falta de comprensión, porque las explicaciones no sean adecuadas, por no hablar el mismo idioma, por prácticas culturales diferentes o por otros motivos. Por ello es esencial comprobar los que han entendido, observando cómo los padres alimentan al recién nacido. Para las personas que no entiendan el español, se dispondrá de documentación escrita en otros idiomas.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Se respetará la negativa de los padres a la observación de las tomas, siempre que no se sospeche algún tipo de maltrato o conducta de riesgo para el recién nacido. En ese caso se pondrán los hechos en conocimiento del médico responsable del Servicio de Neonatología, que asumirá la responsabilidad de investigarlos.

#### **Registro:**

El personal de enfermería responsable registrará el tipo de alimentación en la hoja de enfermería y en el Documento de Salud Infantil (página 4). La observación de tomas y las dificultades detectadas se anotarán en la hoja de enfermería. Las prescripciones médicas especiales que se hagan sobre la alimentación artificial deben ser escritas en la hoja de enfermería, en el apartado de prescripciones médicas.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Ana Martínez Sanz, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Host A, Jacobsen HP, Halken S, Homelmund D. The natural history of cow's milk protein allergy/intolerance. *Eur J Clin Nutr.* 1995; 49(supl. 1): 13-18.
2. Host A, Halken S. Primary prevention of food allergy in infants who are at risk. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005;5:255-9.
3. Host A, Halken S. Hypoallergenic formulas: when, to whom and how long: after more than 15 years we know the right indication. *Allergy.* 2004;59 Suppl; 78:45-52.
4. Osborn DA, Sinn J. Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18; (4): CD003664. Retirada por imposibilidad de comprobar los datos de los estudios.
5. Osborn DA, Sinn J. Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev.*

2006 Oct 18;(4):CD003741. Retirada por imposibilidad de comprobar los datos de los estudios.

6. Wiek L, King EM, Dyer M. Técnicas de Enfermería. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. Tomo 8 pag 1097-1102.

7. Berenguer MD, Rodríguez J. Lactancia artificial: cómo preparar un biberón. Universidad de Alicante URL:<http://www.alu.ua.es/m/mdbc4>.

## ANEXO I

### PREPARACIÓN DE UN BIBERÓN EN EL DOMICILIO

1. Para empezar debemos tener el biberón y la tetina limpios. Si se limpian bien con agua caliente y jabón; no es necesario esterilizarlos. Si se quiere esterilizarlos de vez en cuando hay dos formas de hacerlo:
  - En caliente: hervir en agua durante 10-15 minutos el biberón y durante 5 minutos la tetina.
  - En frío: sumergir el biberón y la tetina en un recipiente con cierta cantidad de agua y una sustancia química para esterilizar biberones que puede comprarse en farmacias, manteniéndolos sumergidos durante una hora y media. El agua se cambia cada 24 horas.
2. No olvide lavarse bien las manos antes de comenzar.
3. Se calienta agua hasta que está templada y se añade al biberón hasta alcanzar la cantidad deseada. ¡Cuidado si utiliza un microondas! Puede calentarse mucho el agua y quemar al bebé.
4. Una vez que el biberón tiene la cantidad deseada de agua, se añade un cacito de polvo raso por cada 30 cc (mililitros) de agua. Serán cazos rasos, sin monte y sin presionar o comprimir el polvo.
5. Se agita el contenido del biberón hasta que la leche en polvo esté homogéneamente disuelta.
6. Se comprueba siempre la temperatura de la fórmula dejando caer unas gotas sobre el dorso de la mano. Si la temperatura no resulta agradable, se debe dejar enfriar hasta que así sea.
7. En el caso de fórmulas en presentación líquida, sólo hay que calentarlas siguiendo las mismas instrucciones.
8. A continuación, ofrecemos el biberón al bebé, teniendo la precaución de que la tetina esté siempre llena de leche y no contenga aire.

#### Normas generales:

- En Madrid capital se puede utilizar el agua corriente sin hervir para preparar los biberones. Si se quiere, puede hervirse el agua, no más de 5-10 minutos y dejar que se enfríe, o utilizar agua mineral de baja mineralización, porque no todas son adecuadas (conviene consultar la etiqueta del agua, por si indica que es apta para preparar biberones o consultarlo al pediatra). En zonas donde el agua pueda no ser adecuada, consulte con su pediatra el uso de aguas embotelladas o utilice fórmulas líquidas ya preparadas.
- De cara al cálculo de la leche que debe tomar el bebé, hay que tener en cuenta que las cifras señaladas en los botes de leche adaptada son sólo orientativas.
- Todos los niños son diferentes y dos niños de la misma edad no tienen por qué tomar la misma cantidad de leche.
- Es recomendable no forzar a comer a los niños. Si considera que su niño come muy poco, consulte con su pediatra.
- Si un niño termina todos los biberones, es posible que requiera un incremento en la cantidad de la leche que se le administra. En caso de utilizar fórmula en polvo, los aumentos serán de cacito en cacito, es decir, aumentará la cantidad preparada en cada biberón de 30 en 30 cc.

#### CANTIDADES ORIENTATIVAS

Proporciones: añadir un cacito de polvo por cada 30 cc. de agua.

Volumen orientativo por toma en nacidos a término de peso adecuado:

Primer día: . . . . . de 10 a 15 cc  
Segundo día: . . . . . 20 cc  
Tercer día: . . . . . 30 cc  
Cuarto día: . . . . . 40 cc  
Quinto día: . . . . . 50 cc  
Sexto día: . . . . . 60 cc

Durante el primer mes: 150 mL por kilogramo de peso y día.

Si se utiliza leche en polvo, preparar biberones de 30, 60, 90 o 120 cc añadiendo 1, 2, 3 ó 4 cacitos de polvo, respectivamente. Tirar lo que sobre del biberón tras la toma.



## CAPITULO 5

### AMBIENTE Y CUIDADOS GENERALES



#### 5.1.- CONTACTO PIEL CON PIEL. MÉTODO MADRE CANGURO

El contacto íntimo piel con piel en las primeras horas de vida favorece la instauración de la lactancia materna, facilita la regulación térmica, inhibe la producción de hormonas de estrés del recién nacido, produce liberación de oxitocina en la madre y el recién nacido y resulta emocionalmente satisfactorio para ambos, favoreciendo el vínculo. El Método Madre Canguro, cuya técnica se resume en un anexo al final del capítulo, ha demostrado ser una manera especialmente adecuada de cuidar a los prematuros.

##### Objetivos:

1. Informar a los padres sobre los beneficios del contacto piel con piel.
2. Enseñar a las madres de niños prematuros y de bajo peso el Método Madre Canguro y facilitar, si lo desean, su realización.

##### Procedimientos:

1. Información a todas las madres sobre el cuidado piel con piel.
2. Información sobre el Método Madre Canguro.

##### Descripción de los procedimientos:

1. Información a todas las madres: en la primera información a la madre se le explicará el beneficio del contacto piel con piel en las primeras horas, tanto si decide amamantar a su hijo como si opta por la alimentación artificial.
2. Información sobre el Método Madre Canguro: se informará detalladamente del método a las madres con niños prematuros o de bajo peso. Esta información se presenta en el anexo I al final del capítulo.

##### Eficacia de los procedimientos:

El contacto piel con piel y el Método Madre Canguro han demostrado ser eficaces para mejorar la termorregulación de los prematuros, favorecer la lactancia materna y satisfacer a las madres.

##### Riesgos de los procedimientos:

Realizado adecuadamente, no se han descrito.

##### Excepciones de los procedimientos:

Si el neonato lo rechaza (suda, se mueve o está inquieto).

**Registro:**

No habrá un registro específico. Se debe comentar en la hoja de enfermería.

*Fecha de la última actualización:*

2 de febrero de 2007.

*Autor: Victoria Martínez Hidalgo.*

**Bibliografía:**

1. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL, Belizan JM. Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Método madre canguro. Guía práctica. 2003. Organización Mundial de la Salud Disponible texto completo en español: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/>
3. Charpak, N; Figueroa, Z. Técnica madre canguro. Guías de manejo. Kangaroo Foundation (N. Charpak, Z. Figueroa). Disponible en: [http://kangaroo.javeriana.edu.co/descargas/reglas\\_kmc\\_espanol.doc](http://kangaroo.javeriana.edu.co/descargas/reglas_kmc_espanol.doc)
4. Charpak N. Bebés canguro. Editorial Gedisa. Barcelona. 2006.

**5.2.- CONTROL DE LA TEMPERATURA**

Los recién nacidos necesitan un ambiente térmico adecuado, habitualmente entre 22 y 25° C. En las primeras horas de vida pasan de un ambiente líquido a temperatura constante (la bolsa amniótica) a un ambiente con temperaturas cambiantes que requiere un esfuerzo de termorregulación. Por su elevada proporción superficie/volumen, su menor aislamiento cutáneo, su pobre regulación vasomotora, su limitación para adoptar posturas en defensa del frío y su poca capacidad de sudar, la termorregulación en los primeros días de vida es limitada y les predispone tanto a la hipotermia como a la hipertermia. El riesgo es mayor en los prematuros, en los de bajo peso y en los enfermos. Los mecanismos de transmisión o pérdida de calor son:

- Conducción: por las superficies en contacto directo como la ropa o el colchón.
- Radiación: entre cuerpos a distancia, como paredes y ventanas.
- Convección: a través de fluidos, como el aire.
- Evaporación: por el gasto energético al convertir el agua en vapor.

Para controlar estas fuentes de pérdida o ganancia de calor debemos vigilar la temperatura ambiental, la temperatura de las superficies radiantes cercanas, las corrientes de aire y la humedad ambiental.

La temperatura axilar normal de un recién nacido es de 36,5° a 37,5° C. La hipotermia (temperatura inferior a 36° C) puede producir hipoglucemia, aumento del consumo de oxígeno, bradicardia y apnea. La hipertermia puede producir taquipnea, taquicardia, hiperglucemia y en casos extremos convulsiones. En ambos casos el recalentamiento o el enfriamiento compensadores también pueden dar problemas.

En la Maternidad de nuestro Hospital es difícil controlar la temperatura de las habitaciones. Las dos filas de habitaciones de cada planta tienen una orientación opuesta al sol, pero el sistema de climatización es el mismo, por lo que en estaciones cálidas las habitaciones expuestas al sol necesitan un aire acondicionado fuerte, que produce una temperatura muy fría en las habitaciones no insoladas. En estaciones frías ocurre lo contrario. Otro problema es la concentración de personas en las habitaciones en las tardes del verano, que produce un calor agobiante en ocasiones.

**Objetivos:**

1. Prevenir la hipotermia y la hipertermia.
2. Mantener un ambiente térmico adecuado.
3. Promover el contacto piel con piel y el Método Madre Canguro como medida de control de la temperatura, especialmente en neonatos de riesgo.

**Procedimientos:**

1. Control de la temperatura de las habitaciones.
2. Adecuación del arropamiento al ambiente.
3. Control de la temperatura axilar de los recién nacidos.
4. Cuidados piel con piel.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Control de la temperatura de las habitaciones: en cada planta se controlará la temperatura en cada turno de una habitación representativa de cada orientación. Si la temperatura excede los 25° C o está por debajo de 20° C se tomarán medidas para modificar el arropamiento y si hay un problema con la climatización, se avisará al Servicio Técnico (interfono 1360 o buscapersonas 1915).



2. Adecuación del arropamiento al ambiente: se aconsejará a las madres sobre el arropamiento adecuado según la temperatura de la habitación.
3. Control de la temperatura axilar de los recién nacidos: al ingreso y posteriormente una vez por turno se medirá la temperatura axilar de los recién nacidos y se registrará en la gráfica de enfermería. Se colocará un termómetro, que preferentemente no será de mercurio, en la axila del neonato, en contacto directo con la piel y se mantendrá entre 3 y 5 minutos antes de la lectura del resultado. Cuando se detecte hipotermia (menos de 36° C) o hipertermia (más de 38° C en una determinación o más de 37,5° C de forma repetida), hay que avisar al neonatólogo para que valore la situación clínica del recién nacido.
4. En los prematuros y los nacidos con bajo peso debe fomentarse el contacto piel con piel y el Método Madre Canguro como mejor manera de prevenir las alteraciones de la termorregulación (ver anexo al final del capítulo).

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El control ambiental, el cuidado piel con piel, la adecuación de la ropa al ambiente y la vigilancia de la temperatura corporal son los medios adecuados para evitar los problemas de la termorregulación. Sin embargo, los niños enfermos (por ejemplo los infectados), los prematuros o los desnutridos pueden tener problemas de termorregulación a pesar de todo.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Errores de medición y registro. Hipertermia o hipotermia de rebote al tratar la hipo e hipertermia.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

No hay excepciones, pero sí limitaciones, especialmente la de no poder regular la temperatura de las habitaciones adecuadamente.

#### **Registro:**

Registro de la temperatura de las habitaciones por turno. Registro en la gráfica de enfermería de la temperatura axilar de cada recién nacido en cada turno. Ambos registros son responsabilidad de los profesionales de enfermería.

*Fecha de la última actualización:*

*1 de marzo de 2007.*

*Autores: Pilar García Martínez, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Olds, London, Ladewing. Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. Cuarta edición. 1995.
2. García-Patos Briones. Cuidados de la piel del recién nacido. Ed Ergon. Barcelona. 1997: 21-32.
3. LeBlanc MH. The Physical environment. En Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal – Perinatal Medicine. Disease of the fetus and infant. 7th ed. Mosby Inc St. Louis, Missouri. 2002:512-29.

### **5.3.- ROPA ADECUADA PARA LOS RECIÉN NACIDOS**

El arropamiento de los recién nacidos favorece la termorregulación cuando no están en contacto piel con piel. Debe ser adecuada para neonatos, suave y de tejidos no irritantes. El arropamiento excesivo puede producir hipertermia. Los padres pueden traer toda la ropa para su hijo si lo desean o utilizar las prendas de que dispone el Hospital.

#### **Objetivos:**

1. Adecuar la ropa al ambiente.
2. Utilizar ropa adecuada para recién nacidos.
3. Aconsejar a los padres sobre el arropamiento adecuado.

#### **Procedimientos:**

1. Adecuar la ropa al ambiente:
  - En el primer día, si no hace mucho calor en la habitación, es aconsejable vestir al niño con un gorrito de algodón y un mono, o con un body un pantalón y calcetines. No deben ponerse guantes, que dificultan la exploración táctil, el contacto con la boca y con la piel de la madre.
  - En los días siguientes puede mantenerse el gorro en los niños con riesgo de hipotermia o si la temperatura de la habitación es baja. Dependiendo de la temperatura se utilizarán monos de algodón gruesos, jerséis, monos más finos o camisetas con o sin pantalones y calcetines.
2. Utilizar ropa adecuada para recién nacidos: debe ser holgada, de fácil colocación y retirada. No se deben utilizar cintas o cordones que aprieten los tobillos o las muñecas y mucho menos el cuello. Los tejidos deben ser preferentemente de algodón e hilo. La lana puede ser irritante para la piel del recién nacido. Si se utiliza, no debe estar en contacto directo con la piel.
3. Aconsejar a los padres sobre el arropamiento adecuado: los consejos anteriores deben transmitirse a los padres, especialmente si se observa que utilizan ropa inadecuada.

*Fecha de la última actualización:*

15 de febrero de 2007.

*Autora:* Pilar García Martínez

#### 5.4.- LUZ Y RUIDO

Los recién nacidos necesitan un ambiente relativamente tranquilo y estable. Un exceso de luz y de ruido produce irritabilidad y puede alterar el establecimiento de los ciclos de sueño y alimentación. Los adultos debemos adaptarnos a los ciclos del recién nacido y no al revés. Debemos respetar su sueño y sus preferencias de alimentación. Hay que advertir a los padres que el exceso de visitas, los ruidos repetidos del teléfono, el volumen alto de la televisión y las conversaciones en voz alta producen estrés en el recién nacido y pueden dificultar el sueño y la lactancia.

##### Objetivos:

1. Disminuir la contaminación lumínica y acústica.
2. Detectar el estrés del recién nacido en relación con estos estímulos excesivos.

##### Procedimientos:

1. Información sobre el exceso de ruido.
2. Información sobre el exceso de luz.
3. Información sobre los signos de estrés del recién nacido.

##### Descripción de los procedimientos:

1. Información sobre el exceso de ruido. En el pasillo de las plantas y en las habitaciones, en lugar visible, se colocará un cartel indicando que:
  - a) Debe evitarse hablar en tono alto.
  - b) Debe limitarse el volumen del televisor y del tono del teléfono.
  - c) Debe evitarse un número excesivo de visitas.
2. Información sobre el exceso de luz: se informará a los padres que deben proteger al recién nacido de la luz intensa cuando quiera dormir y durante el sueño.
3. Información sobre los signos de estrés del recién nacido: debe informarse a los padres que si el recién nacido está irritable, tiene cara de disgusto (ceño fruncido, labios apretados), no duerme bien y no hace bien las tomas, puede que esté sometido a un ambiente estresante.

##### Eficacia de los procedimientos:

La experiencia nos demuestra que informar no es suficiente. Cuando las plantas están abarrotadas de visitas, el ruido puede ser muy elevado. De todas formas es obligado advertir a los padres sobre este problema.

##### Riesgos de los procedimientos:

Ninguno.

##### Excepciones de los procedimientos:

Ninguna.

##### Registro:

Esta actividad no se registrará. Cuando se detecte el problema con un neonato, se reflejará en la gráfica de enfermería, para observar la evolución.

*Fecha de la última actualización:*

1 de febrero de 2007.

*Autores:* Pilar García Martínez, Gerardo Bustos Lozano.

##### Bibliografía:

1. LeBlanc MH. The Physical environment. En Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal – Perinatal Medicine. Disease of the fetus and infant. 7th ed. Mosby Inc St. Louis, Missouri. 2002:512-29.

#### 5.5.- HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL

La piel del recién nacido con más de 32 semanas de gestación está completamente formada, con un estrato córneo competente. Tiene un pH neutro (posteriormente se acidifica) y está cubierta de vernix caseosa, un material blanquecino, de tacto untuoso, formado por un producto oleoso secretado por las glándulas sebáceas, células de descamación del estrato córneo y pelo del feto. Este material tiene propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas. En los nacidos a término es más abundante en los pliegues. El baño por inmersión como medida de higiene no tiene ningún sentido en las primeras horas de vida. Supone un riesgo claro de hipotermia y no tiene ningún beneficio. Además elimina el vernix, especialmente si se utiliza jabón. Otro efecto indeseable es que elimina el olor del líquido amniótico de las manos del neonato, que se considera un factor favorecedor de la lactancia. La utilización de cremas emolientes en los primeros días no está justificada y la mayoría contienen productos inadecuados para la piel del recién nacido, potencialmente irritantes o sensibilizantes. Igualmente hay que evitar los productos perfumados y las toallitas húmedas o con alcohol. Todos estos productos pueden irritar, sensibilizar o secar la piel. Tampoco tiene sentido retirar el vernix y administrar aceites. La

Academia Americana de Pediatría recomienda el cuidado seco de la piel durante el ingreso habitual de los nacidos a término. En resumen, el mejor cuidado en las primeras horas consiste en evitar las pérdidas de calor, no retirar el vernix, no bañar ni limpiar con jabón y evitar la irritación o el traumatismo de la piel. La limpieza de los restos del parto de la cabeza y del meconio adherido a la zona perianal puede hacerse con agua templada y una esponja suave o con una mínima cantidad de jabón neutro sin aditivos. A partir de las 48 horas, cuando la adaptación se ha completado con éxito y hay menos riesgo de hipotermia, puede empezar a hacerse un baño diario por inmersión en las condiciones adecuadas, sin jabón o con una mínima cantidad de un jabón adecuado no perfumado.

#### Objetivos:

1. Proporcionar a los recién nacidos un cuidado adecuado de la piel en los primeros días.
2. Evitar procedimientos inadecuados.
3. Evitar la administración de productos inadecuados.

#### Procedimientos:

1. Cuidados de la piel.
2. Limpieza de la piel en las primeras 48 horas.
3. Limpieza del periné.
4. Cambio de pañales.
5. Baño de inmersión en niños sin riesgo de hipotermia a partir del tercer día.

#### Descripción de los procedimientos:

1. *Cuidados de la piel:* no se retirará el vernix caseoso que quede sobre la piel y en las flexuras. No se administrarán colonias, cremas ni aceites rutinariamente. No se utilizará jabón perfumado. Se evitará el rozamiento con superficies ásperas, que la ropa apriete excesivamente la piel y que los pañales estén excesivamente ajustados. Estos cuidados son responsabilidad de los padres y de los profesionales, especialmente de los auxiliares de enfermería. Cuando los realice un profesional, debe hacerlo en presencia de los padres para que observen los cuidados y los aprendan.

2. *Limpieza de la piel en las primeras 48 horas:* se limpiarán los restos sanguinolentos del parto, fundamentalmente de la cabeza, si es necesario y no de forma rutinaria. No es preciso limpiar la tinta para identificación dactilar, pero si se decide hacerlo, se hará igualmente con esponja desechable sin jabón.

Sólo se limpiará rutinariamente el ombligo, tal y como se describe en el apartado 6 de este capítulo. Se preparará previamente el material y luego se colocará al niño según la zona a limpiar, en brazos de sus padres o sobre una superficie plana y segura. Si hay que desnudarlo, se hará en una zona con temperatura entre 22 y 25°C, sin corrientes de aire. Tras lavarse las manos, se procederá a la limpieza sin frotar enérgicamente la piel. Se utilizará una esponja desechable sin jabón o con una mínima cantidad. Para secar, se envolverá la zona humedecida con una toalla suave y se darán toques sin frotar, asegurándose de que no dejamos zonas humedecidas. No debe retirarse el vernix ni limpiar zonas de la piel que no lo precisen.

3. *Limpieza del periné:* para limpiar el meconio adherido a la piel del periné se procederá del mismo modo. Si se precisa agua jabonosa, se utilizará una cantidad mínima de jabón neutro sin aditivos. No se utilizarán toallas con alcohol ni productos perfumados. En las niñas es importante limpiar y secar de delante hacia atrás, para evitar la contaminación de los genitales con la flora bacteriana intestinal. No se utilizará talco, cremas ni aceites rutinariamente. Si la piel parece seca o irritada se puede administrar un aceite sin aditivos y cambiar frecuentemente los pañales o dejar el periné al aire teniendo cuidado para no erosionarla ni irritarla más.

4. *Cambio de pañales:* se debe enseñar a los padres a mirar los pañales en cada toma. Deben cambiarse cuando tengan una deposición o cuando se noten mojados con orina. La frecuencia de cambio dependerá de las deposiciones y las micciones de cada neonato cada día. Aunque los pañales actuales son muy absorbentes, no debe dejarse un pañal sucio o húmedo mucho tiempo, porque puede irritar la piel.

5. *Baño por inmersión:* se hará sólo en niños de dos o más días que controlen bien la temperatura. El baño por inmersión se hará en el cuarto entre habitaciones, una vez al día, en el turno de mañana bajo la responsabilidad de los auxiliares de enfermería. Previamente avisarán a la madre, que junto con el padre, si lo desea, deberán estar presentes y participar. Se tomará previamente la temperatura axilar al recién nacido y si es inferior a 36,5° C no se le bañará. Se verificará que la temperatura ambiente está entre

20 y 25° C y que no hay corrientes y se preparará el material para el baño: esponja desechable, toalla, pañal limpio y ropa. Se tendrá cuidado de quitar la pulsera de identificación para que no se moje y se le entregará a los padres. Al final del baño se volverá a colocar la pulsera. La persona que bañe al neonato se lavará previamente las manos, preparará el agua con una profundidad de 10-15 cm a una temperatura entre 34° C y 38° C, desnudará al bebé y lo introducirá lentamente en el agua, de forma que la cabeza, el cuello y los hombros reposen sobre el brazo y la mano sujete de forma segura al niño por debajo de la axila. Con la otra mano se hará una limpieza suave con esponja sin jabón o con una mínima cantidad si fuera preciso. No es necesario hacer una limpieza exhaustiva de cada pliegue, ni frotar mucho la piel. Esto puede resultar irritante. Debe aprovecharse el baño para hacer la limpieza del ombligo. El baño debe terminarse antes de que la temperatura del agua descienda mucho, es decir, menos de 5 minutos. Para secar se envolverá rápidamente al bebé en una toalla y se darán toques suaves sin frotar. Se secará bien el muñón umbilical. Se procederá a vestir rápidamente al recién nacido o a colocarlo piel con piel con su madre.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Con estas pautas de actuación se evita el riesgo de quemaduras por duchar directamente a los recién nacidos, práctica usada anteriormente, se previene el riesgo de hipotermia del baño precoz y se evita la retirada inadecuada del vernix.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

La hipotermia por baño realizado inadecuadamente, la irritación de la piel por frotamiento excesivo y la sequedad e irritación por uso de jabón.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

Esta actividad no se registrará. Sólo se anotará en los comentarios de enfermería si hay alguna incidencia negativa.

*Fecha de la última actualización:*

*25 de enero de 2007.*

*Autores: Verónica Díez Fernández, Isabel Lucas Martín, Rosa M<sup>o</sup> Maestro Pérez, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Rutter N. Applied physiology: the newborn skin. *Current Pediatrics*. 2003;13:226-30.
2. Hoath SB, Narendran V, Visscher MO. Vernix, amniotic fluid and neonatal skin. *Biol Neonate*. 2005;88:245-68.
3. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for perinatal care. 4th ed. Elk Grove Village, Ill, AAP/ACOG. 1997.
4. Chaure I, Inarejos M. *Enfermería Pediátrica*. Masson Ed. Barcelona. 2003.
5. García-Briones V. Cuidados de la piel del recién nacido. En *la dermatología y el pediatra*. Ed. Ergón; Barcelona. 1997:21-32.
6. Carlidge P. The epidermal barrier. *Semin Neonatol*. 2000;5:273-80.
7. Klaus MH, Kennell JH. Care of the parents. In Klaus MH, Fanaroff AA. *Care of the high-risk neonate*. WB Saunders Co. Philadelphia, Pennsylvania. 2001:195-222.
8. C. Ribes, F. A. Moraga. Recién nacido: cuidados de la piel. *Protocolos de la A.E.P. Dermatología*. Disponible en <http://www.aeped.es:80/protocolos/dermatologia/index.htm>

#### **5.6.- CUIDADOS DEL OMBLIGO**

El muñón del cordón umbilical es colonizado por bacterias precozmente tras el nacimiento. Antes de la generalización de las medidas de higiene, la infección del cordón (onfalitis) causó muchas muertes. Además, la contaminación umbilical es causa de tétanos neonatal en hijos de mujeres no vacunadas. A principios de la década de 1950 muchas maternidades empezaron a utilizar etanol para limpiar el muñón umbilical hasta su cicatrización. Posteriormente se han utilizado otros antisépticos (tintura triple - eocina, acreflavina y violeta de genciana en solución acuosa – povidona yodada, clorhexidina, alcohol isopropílico, etc.), antibióticos tópicos e incluso, administración local de leche materna, mientras que en otras maternidades se ha mantenido la limpieza y observación como únicas medidas de prevención. No tenemos datos epidemiológicos fiables de la frecuencia de onfalitis en nuestro medio. Sin embargo, la comunicación ocasional de casos graves, asociados a sepsis o a fascitis necrotizante ha mantenido la controversia sobre la necesidad de utilizar antisépticos. Aunque no hay recomendaciones definitivas al respecto, los datos disponibles en la actualidad apoyan las siguientes afirmaciones: a) la colonización bacteriana es habitual y no se relaciona en nuestro

medio con infección; b) las medidas de higiene deben mantenerse a toda costa (ligadura y sección estéril del cordón, lavado de manos antes de la manipulación y limpieza del muñón umbilical); c) debe observarse la aparición de signos de onfalitis y tratarla precozmente en su caso; d) mantener el muñón húmedo retrasa su necrosis y cicatrización y aumenta los días en que la zona está expuesta a infección; e) la colocación de gasas o apósitos de cualquier tipo no disminuye el riesgo de infección y retrasa la necrosis y cicatrización; f) no hay pruebas de que el uso de antisépticos o antibióticos tópicos sea más eficaz en nuestro medio que el simple hecho de mantener limpio y seco el muñón umbilical; g) algunos antisépticos pueden tener efectos indeseables, no bien definidos en recién nacidos, y el uso amplio de antibióticos puede contribuir a seleccionar cepas resistentes; h) el parto en el domicilio sin asistencia reglada debe considerarse de riesgo y es prudente limpiar el muñón umbilical con un antiséptico al ingreso en el hospital (habitualmente en el servicio de Neonatología).

#### **Objetivos:**

1. Prevenir la onfalitis y sus complicaciones en los recién nacidos.
2. Tratar precozmente las onfalitis que se presenten.

#### **Procedimientos:**

1. Cuidados y observación diaria.
2. Diagnóstico y tratamiento precoz de la onfalitis.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. *Cuidados y observación diaria:* el cordón umbilical se mantendrá limpio y seco. Se limpiará cada día en el momento del aseo general del recién nacido. La persona que lo haga se lavará previamente las manos. Se utilizará agua con una mínima cantidad de jabón sin aditivos o suero fisiológico (salino 0,9%). Se limpiará bien la base tirando suavemente de la pinza. Posteriormente se secará con una gasa estéril y se dejará que termine de secarse al aire, antes de colocar la ropa o el pañal. En el anexo al final del capítulo se muestra la técnica en imágenes. Si se ensucia con orina o heces se repetirá el procedimiento de limpieza. No se colocarán gasas ni apósitos. Se enseñará a todas las madres el cuidado del muñón umbilical hasta su cicatrización.

2. Se observará diariamente el aspecto del muñón umbilical durante la estancia hospitalaria. Se valorarán los siguientes signos de onfalitis:

- Enrojecimiento, edema y calor en la base y la piel circundante.
- Secreción purulenta o serosanguinolenta.
- Olor pútrido.
- Aparición de ampollas en la piel circundante.

La aparición de una mínima secreción o un pequeño sangrado durante la fase de necrosis del muñón no es indicativa de onfalitis. Si ofrece dudas, debe consultarse siempre con el neonatólogo. Si se sospecha onfalitis, se avisará al neonatólogo para confirmar el diagnóstico e instaurar tratamiento.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El tratamiento precoz de la onfalitis leve evita la progresión de la infección. El tratamiento con antibióticos por vía parenteral evita las complicaciones sistémicas cuando la onfalitis ya ha progresado localmente.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Se puede producir exceso de diagnósticos por confusión con los signos de necrosis del muñón. En cualquier caso, se trataría de administrar tratamiento antiséptico tópico con alcohol al 70% o clorhexidina al 0,5 (1% a algunos niños que ofrezcan duda).

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

En la gráfica de enfermería del recién nacido el profesional de enfermería responsable registrará diariamente la supervisión del muñón umbilical.

*Fecha de la última actualización:*

*18 de mayo de 2006.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Zupan J, Garner P, Omari AA. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 número 4. Oxford:Update Software LTD. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Jansen PA, Selwood BL, Dobson SR, et al. To dye or not to dye: a randomised, clinical trial of a triple dye/alcohol regime versus dry cord care. *Pediatrics*. 2003;111:15-20.
3. Dore S, Buchan D, Coulas S, et al. Alcohol versus natural drying for newborn cord care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27:621-7.



4. Vural G, Kisa S. Umbilical cord care: a pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35:123-8.
5. Chamnanvanakij S, Decharachacul K, Rasaminaree P, et al. A randomized study of 3 umbilical cord care regimens at home in thai neonates: comparison of time to umbilical cord separation, parenteral satisfaction and bacterial colonization. *J Med Assoc Thai.* 2005;88:967-72.
6. Oishi T, Iwata S, Nonoyama M, Tsuji A, et al. Double-blind comparative study on the care of the neonatal umbilical cord using 80% ethanol with or without chlorhexidine. *J Hosp Infect.* 2004;58:34-7.
7. Nandrup-Bus I. There is not enough evidence to recommend the widespread use of topical antimicrobials on the umbilical cord stump. *J Hosp Infect.* 2004;58:165.
8. Young WW, Dedam JP, Conley S, et al. The flaming funis. *Obstet Gynecol.* 2004;104:377-80.
9. Guala A, Pastore G, Garipoli V, et al. The time of umbilical cord separation in healthy full-term newborns: a controlled clinical trial of different cord care practices. *Eur J Pediatr.* 2003;162:350-1.
10. Evens K, George J, Angst D, et al. Does umbilical cord care in preterm infants influence cord bacterial colonization or detachment? *J Perinatol.* 2004;24:100-4.
11. Mullancy LC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Role of antimicrobial applications to the umbilical cord in neonates to prevent bacterial colonization and infection: a review of the evidence. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22:996-1002.

### 5.7.- RÉGIMEN DE VISITAS

El nacimiento de un niño es un acontecimiento social y en todas las culturas está revestido de gran carga emocional, aunque los comportamientos sociales alrededor del parto pueden ser diferentes. No hace muchos años, los primeros días tras el parto eran percibidos como un período de vulnerabilidad para el recién nacido y su madre y se tendía a respetar su descanso y su intimidad. Actualmente esto no es así, de forma que a las pocas horas del parto es habitual observar una gran cantidad de visitas en las habitaciones y se oyen sonar continuamente los teléfonos móviles de las madres recibiendo felicitaciones. Al ser la mayoría de las habitaciones

dobles, cada mujer está expuesta también a las visitas de su compañera de habitación. En los últimos años ha sido práctica habitual la ausencia de control de visitas desde las 12 de la mañana hasta las 20 horas. Por la noche se permite un acompañante y de 8 a 12 horas, hora teórica del pase de visita, no se permitía la presencia de acompañantes. Los profesionales sanitarios vienen percibiendo desde hace muchos años que la falta de control de las visitas ha creado una situación difícil y así lo han transmitido a la Dirección del Hospital. Dos mujeres que acaban de parir con dos recién nacidos en una habitación llena de gente durante 8 horas, con un trajín continuo de personas por el pasillo, el ruido, el calor, el teléfono... En ese ambiente deben producirse el establecimiento de la lactancia, los ciclos de alimentación y sueño del recién nacido y la recuperación tras el parto de la madre. Además, ese gran flujo de personas genera demandas de todo tipo al personal sanitario presente, manifiestamente insuficiente para atenderlas, dificulta los cuidados y crea con mucha frecuencia situaciones de conflicto. De hecho, al final, los profesionales sanitarios perciben las visitas como la mayor y más desagradable carga en su trabajo. La implantación de un control razonable de visitas, con el desarrollo de esta guía de cuidados, ha vuelto a ser planteada.

Por otro lado, es indiscutible el derecho de las madres a tener un acompañante permanentemente. Este derecho, incluido en la declaración de Fortaleza (Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto.

Publicada en *Lancet* 1985; 2:436-437), debe ser respetado, con la única excepción del tiempo durante el que se realiza la exploración ginecológica en habitaciones dobles. En este caso se solicitará amablemente que los acompañantes salgan de la habitación hasta que la exploración termine.

*Fecha de la última actualización:*

*23 de abril de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

## ANEXO I

### MÉTODO MADRE CANGURO

El Método Madre Canguro (MMC) es una forma de cuidar eficazmente a los recién nacidos, especialmente adecuado para los prematuros y los de bajo peso, que permite cubrir sus necesidades, proporcionándole calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor. Sus principales características son:

- Contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el niño, aunque también puede realizarlo el padre u otro familiar.
- Lactancia materna exclusiva en el caso ideal.
- Los cuidados se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar.
- Los recién nacidos pequeños pueden recibir el alta precozmente.

Los primeros en describir este método fueron los doctores Rey y Martínez en Bogotá, Colombia, donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora. Hoy sabemos que el MMC constituye algo más. Se ha puesto de manifiesto que el MMC repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos en todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica.

#### Método Madre Canguro o contacto piel con piel.

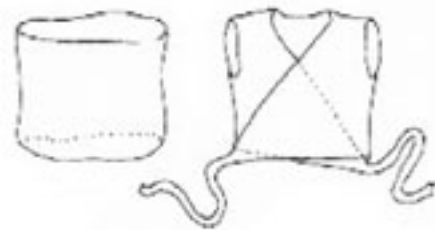
La adopción del MMC debe ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso debe percibirse como una obligación. En nuestro entorno es complicado aplicar MMC, pues no existe cultura de carga y transporte continuo de los recién nacidos. Por este motivo, sería más correcto hablar de contacto piel con piel, teniendo en cuenta que este contacto debe realizarse en sesiones lo más largas posibles y nunca de menos de una hora. Entre sesiones se debe acostar al niño en decúbito supino y cubrir con ropa previamente templada.

#### Requisitos para poder realizar MMC.

*El niño:* el MMC es la mejor opción para recién nacidos prematuros y de bajo peso. Para aplicar el MMC al niño se le vestirá con un pañal, un gorro, patucos y opcionalmente una camiseta de algodón sin mangas y abierta por la parte delantera. Se trata de proporcionar el máximo contacto piel con piel con su madre o padre.

*La madre:* todas las madres independientemente de su edad, número de partos, educación, cultura y religión pueden aplicar el método canguro. El MMC puede resultar especialmente indicado para madres adolescentes y para aquéllas con factores de riesgo social, por favorecer el vínculo.

La única prenda necesaria para la aplicación del MMC consiste en una tela suave y de algodón que permita sostener al niño, de manera que la madre pueda mover ambas manos e incluso poder desplazarse con facilidad mientras transporta a su hijo en contacto con su piel. Estarían indicadas las camisas anudadas a la cintura, las camisetas de tirantes o preferiblemente sin ellos o las fajas elásticas de licra de algodón (véase figura).



#### Posición canguro

Una vez decidida la colaboración de la madre, se debe concertar el momento de una primera sesión, donde es requisito imprescindible enseñar muy bien la colocación del niño en posición canguro y como proceder para la introducción y extracción de la camiseta o camisa.





Colocaremos al niño en posición vertical entre los pechos de su madre, de modo que el tórax descubierto del niño quede en contacto con su madre. La respiración de la madre estimula al niño. La cabeza vuelta hacia un lado, ligeramente extendida, mantiene abiertas las vías respiratorias. Evitar tanto la flexión hacia delante como la hiperextensión de la cabeza. Las caderas flexionadas y piernas extendidas en posición de rana. Los brazos flexionados, favorecen el reflejo de succión por proximidad mano-boca. El abdomen del niño se encontrará a la altura del epigastrio de su madre, de forma que el niño dispone así de espacio suficiente para la respiración abdominal. Con la prenda que se vaya a utilizar

y sea más cómoda para la madre se sostendrá al niño, teniendo en cuenta que el borde superior de la prenda de sujeción no debe rebasar la mitad del pabellón auricular del niño y debe dejar permeable su nariz. Por último, la madre se vestirá con ropa habitual que no comprima el tórax.

### Método Madre Canguro con gemelos

Cada uno de ellos se sitúa a un lado del pecho. Si lo desea puede ir alternando las posiciones. Es posible amamantar a los gemelos en posición canguro simultáneamente. La lactancia materna debería considerarse una prioridad y debe apoyarse a la madre para que lo consiga.

Interrupción del contacto piel con piel.

Sólo sería necesario en el cambio de pañal, higiene y cuidado del cordón umbilical. El baño diario por inmersión no es necesario ni recomendable. Después de estas interrupciones, devolverlo a la posición canguro lo antes posible para evitar pérdidas de calor.



### Dormir y descansar.

Para el reposo a lo largo del día puede ser útil una silla cómoda o un sillón con respaldo ajustable.

Para dormir con el niño en posición canguro puede adoptar una posición reclinada (15°). Algunas madres prefieren dormir algo incorporadas apoyadas

sobre su costado en una cama. Si el niño está bien sujeto no existe riesgo de asfixia ni de caída.

### Método Madre Canguro. ¿Hasta cuándo?

Mientras que la madre y el niño se encuentren cómodos, primero en la maternidad y después en el domicilio. El contacto suele prolongarse hasta alcanzar los 2.500 grs. o el plazo normal del parto a término. Alrededor de este momento, la posición canguro deja de ser necesaria. El niño comienza a moverse, a querer salir, suda, saca sus extremidades, se queja o llora para indicar su incomodidad cuando su madre intenta volver a ponerlo en contacto con su piel. A partir de entonces la madre debe abandonar gradualmente los cuidados MMC. Ocasionalmente podrá retomar el contacto piel con piel, no el canguro, cuando el niño necesite calor o mimos.

ANEXO II  
**CUIDADOS DEL OMBLIGO**





## CAPÍTULO 6 PREVENCIÓN

### 6.1.- PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RECIÉN NACIDO

La deficiencia en vitamina K puede producir enfermedad hemorrágica en la primera semana de vida, incluida la hemorragia cerebral, con una frecuencia que varía entre 0,25% y 1,7% de los recién nacidos sanos. Esta forma precoz o clásica de la enfermedad hemorrágica se previene con la administración profiláctica de vitamina K1 parenteral o enteral. La forma tardía (de la 2ª a la 12ª semana de vida) se produce en niños lactados exclusivamente al pecho o con enfermedades malabsortivas que no han recibido profilaxis adecuada por vía parenteral. Afecta de 4,4 a 7,2 por 100.000 nacidos vivos y frecuentemente se presenta en forma de hemorragia cerebral. La profilaxis por vía oral disminuye el riesgo, pero no lo elimina. La profilaxis por vía parenteral lo elimina, excepto en las enfermedades con grave malabsorción, en las que se precisan dosis repetidas. La profilaxis con vitamina K1 forma parte del cuidado estándar de los recién nacidos desde 1961 en Estados Unidos.

#### Objetivo:

Prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido en toda la población de nacidos en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

#### Procedimiento:

Administración intramuscular de vitamina K1.

#### Descripción del procedimiento:

Recién nacidos procedentes del paritorio: tras llegar a la planta, inmediatamente después de comprobarse la identificación y la procedencia. El profesional de enfermería responsable, tras la identificación, informará a la madre y/o al padre y solicitará verbalmente su consentimiento. En los primeros cuidados, tras lavarse las manos, administrará la vitamina K1 conforme a las siguientes especificaciones técnicas:

- Vía de administración: intramuscular profunda (salvo contraindicación).
- Material para administración: jeringa de 1 mL con aguja de 25 GA.
- Lugar de administración: cara externa de la mitad superior del muslo.



- Dosis: 1 mg (0,1 mL) de vitamina K1 (Konakion Pediátrico® 2 mg/0,2 mL).
- Analgesia: medidas de contención del dolor, sacarosa al 12% 0,2 mL vía oral 2 minutos antes del procedimiento, succión al pecho o con tetina (si la alimentación es artificial).
- Una vez abierto un vial puede utilizarse para más de un niño, siempre que sea de forma inmediata. Si no es así, se tirará el resto del contenido del vial. No deben conservarse alícuotas del vial en jeringas para administrar posteriormente.

Recién nacidos procedentes del Servicio de Neonatología: se comprobará en el informe de alta y en la gráfica de enfermería la administración de vitamina K1. En el caso de que no conste, se consultará al Servicio de Neonatología y, si se confirma la ausencia de profilaxis, se informará a los padres, se administrará en los primeros cuidados en la planta a la dosis habitual y se registrará.

#### Eficacia del procedimiento:

Total, salvo enfermedad malabsortiva grave.

**Riesgos del procedimiento:**

No se ha confirmado el aumento del riesgo de leucemia. Existe riesgo de hematoma por la administración intramuscular en neonatos con coagulopatías graves (trombopenia extrema, hemofilia).

**Excepciones del procedimiento:**

Si los padres rechazan la administración parenteral, se avisará al neonatólogo responsable para que prescriba la profilaxis por vía oral y entregue a los padres la hoja con la pauta de administración. Si rechazan cualquier tipo de profilaxis con vitamina K, no se realizará y se informará al neonatólogo de planta o al de guardia en su caso. En el caso de que finalmente no se administre la profilaxis, el médico hará constar el motivo en el Documento de Salud Infantil, en el informe de alta del niño si lo hubiera y en la hoja de exploración del niño. En caso de coagulopatía previa grave conocida (trombopenia o hemofilia) se recurrirá a la pauta de administración oral o a la administración intravenosa, según prescripción médica individualizada.

**Registro:**

Cuando la vitamina K1 se administre en la planta de maternidad, el profesional de enfermería que lo haga será responsable de registrarlo en el Documento de Salud Infantil del Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que se entrega a los padres (página 4, "datos de salud del recién nacido"). Cuando la vitamina K1 se haya administrado en el Servicio de Neonatología, debe quedar registro de ello en el informe de alta y en Documento de Salud Infantil. Cuando no se administre por algún motivo, el pediatra lo hará constar en el Documento de Salud Infantil, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

*Fecha de la última actualización:*

*18 de mayo de 2006.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

**Bibliografía:**

1. Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics*. 2003;112:191-192.

**6.2. - PROFILAXIS DE LA CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA NEONATAL**

Aproximadamente el 28% de los hijos de mujeres que padecen una gonococia no tratada desarrollan una conjuntivitis gonocócica. En la Europa del siglo XIX el 10% de los recién nacidos la padecieron, siendo la primera causa de ceguera en los lactantes. En 1881 Credé describió en Alemania la profilaxis con nitrato de plata y desde su generalización la oftalmía gonocócica disminuyó drásticamente. La profilaxis con aplicación tópica de una sola dosis de un antimicrobiano ha tenido una eficacia similar, alrededor del 90%, con nitrato de plata al 1%, eritromicina al 0,5%, tetraciclinas al 1% y con povidona yodada al 2,5%. El nitrato de plata produce una importante irritación química (hiperemia conjuntival, edema parpebral y secreción purulenta) que se puede confundir con una conjuntivitis gonocócica. La povidona yodada ha sido utilizada en África y recientemente se ha propuesto su utilización en Austria. La eritromicina y la clortetraciclina se han utilizado en muchos países desarrollados. La práctica desaparición del problema en algunos países occidentales hizo que se suspendiera la profilaxis, observándose un aumento moderado de casos. En nuestro medio, la oftalmía gonocócica es poco frecuente, aunque la actual situación de inmigración y ligero aumento en las tasas de enfermedades de transmisión sexual desaconseja la supresión de la profilaxis universal. En nuestro Hospital, la profilaxis se ha hecho en los últimos años con pomada oftálmica de clortetraciclina con buenos resultados y sin efectos adversos relevantes. En ocasiones la infección puede diseminarse en el recién nacido, por lo que los niños nacidos de mujeres con infección conocida y no tratada antes del parto deben recibir, además de la profilaxis tópica, una dosis intramuscular de ceftriaxona (50 mg/Kg) o de cefotaxima (100 mg/kg) por vía intravenosa. Hay que recordar que la ceftriaxona puede aumentar la cantidad de bilirrubina libre y por lo tanto no debe usarse en neonatos con hiperbilirrubinemia.

**Objetivo:**

Administrar la profilaxis ocular a todos los nacidos a su llegada a la planta de maternidad.

**Procedimiento:**

Administración tópica ocular de pomada oftálmica de Clortetraciclina al 0,5%.

### Descripción del procedimiento:

- Recién nacidos procedentes del paritorio: el profesional de enfermería, tras la identificación, informará a la madre y/o al padre, solicitará su consentimiento verbal y posteriormente administrará la pomada oftálmica en el momento de los primeros cuidados.
- Recién nacidos procedentes del Servicio de Neonatología: se comprobará en el informe del Servicio de Neonatología o en la gráfica de enfermería la administración de la profilaxis oftálmica. En el caso de que no conste, se consultará al Servicio de Neonatología y si se confirma la ausencia de profilaxis, se realizará inmediatamente en la planta y se registrará en el Documento de Salud Infantil.
- Vía y técnica de administración: tópica en la conjuntiva de ambos ojos. Previo lavado de manos, se impregna una gasa estéril con suero fisiológico y se lava la zona ocular. Se abren con cuidado los párpados del niño con la otra mano (tirando suavemente del párpado superior e inferior) y se aplica la pomada en cada saco conjuntival, comenzando por el canto interno de la hendidura palpebral. Posteriormente se masajean suavemente los párpados para que se extienda uniformemente la pomada.  
Se utilizará un envase de pomada de clortetraciclina para cada niño. Este envase se tirará inmediatamente después de usarlo.
- Edad: en los primeros cuidados tras el ingreso en planta.

### Eficacia del procedimiento:

La administración tópica de clortetraciclina disminuye en un 93% la tasa de gonococias oculares en hijos de mujeres con infección gonocócica, incluyendo las gonococias resistentes a penicilina.

### Riesgos del procedimiento:

En algunos casos la pomada de clortetraciclina provoca enrojecimiento o leve hinchazón de los ojos del recién nacido. Este trastorno es leve y transitorio. No se deben lavar ni limpiar los ojos para eliminar el antibiótico. El uso de un envase para más de un niño puede favorecer la diseminación de agentes patógenos, si existe colonización de la conjuntiva.

### Excepciones del procedimiento:

Si los padres rechazan el procedimiento, no se realizará y se informará al neonatólogo respon-

sable. En el caso de que finalmente no se administre la profilaxis, el neonatólogo hará constar el motivo en el Documento de Salud Infantil, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del niño. Se ha especulado con la inutilidad de la profilaxis ocular en los nacidos por cesárea con bolsa íntegra, al adquirirse la infección en el canal del parto. Sin embargo no existe ninguna recomendación al respecto.

### Registro:

Cuando la pomada oftálmica de clortetraciclina se administre en la planta de Maternidad, el profesional de enfermería que lo haga será responsable de registrarlo en el Documento de Salud Infantil del Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que se entrega a los padres (página 4, "datos de salud del recién nacido"). Cuando se haya administrado en el Servicio de Neonatología, debe quedar registro de ello en el informe de alta y en el Documento de Salud Infantil. Cuando no se administre por algún motivo, el neonatólogo responsable lo hará constar en el Documento de Salud Infantil, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

*Fecha de la última actualización:*

*18 de mayo de 2006.*

*Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.*

### Bibliografía:

1. Conjuntivitis del recién nacido. Prevención y control a nivel de la atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1986:1-25.
2. Goldbloom R.B. Prophylaxis for gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada. 1994; 168-75.
3. Schaller UC, Klaus V. Is Credé prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? Bulletin of the WHO. 2001;79(3):262-4.

## 6.3.- CRIBADO Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN CONNATAL

### 6.3.1.- Prevención de la transmisión del Virus de la Hepatitis B (VHB)

El VHB es una de las causas más frecuentes de hepatitis aguda y crónica en todo el mundo. El riesgo de infección crónica es mucho mayor en



recién nacidos, de forma que tras la infección perinatal la proporción de portadores crónicos es del 90%. Los estudios epidemiológicos de coste efectividad coinciden en que la mejor estrategia para luchar contra la hepatitis B es la vacunación universal. El calendario vacunal de la Comunidad de Madrid incluye la vacunación contra la hepatitis B del recién nacido. En los hijos de madres portadoras (Ag HBs positivo) la tasa de transmisión vertical es el 20%. Si además es positivo el antígeno e (Ag HBe) la transmisión es mucho mayor, entre 70% y 90%. La profilaxis postparto con inmunoglobulina hiperinmune de donante y vacuna previene muy eficazmente la infección del recién nacido. Hay que tener especial cuidado con las madres que han vivido en áreas con elevada tasa de portadores. Se considera alta endemicidad si la tasa de portadores es igual o mayor del 8% (China, Sureste Asiático, Pacífico, Amazonas), endemicidad intermedia entre el 2% y el 7% (Latinoamérica) y baja endemicidad si es inferior al 2% (Norteamérica, Europa Occidental). En las zonas de alta endemicidad la infección se adquiere en edades tempranas, frecuentemente por transmisión vertical. En las zonas de endemicidad intermedia la transmisión es predominantemente horizontal y en el resto la transmisión está relacionada fundamentalmente con grupos de riesgo.

#### Objetivos:

1. Vacunar correctamente contra la hepatitis B a todos los recién nacidos.
2. Conocer el resultado de la prueba de cribado de hepatitis B de todas las madres.
3. Hacer una profilaxis posparto correcta a todos los hijos de madres portadoras de Ag HBs.

#### Procedimientos:

1. Vacunación del recién nacido.
2. Cribado materno de Ag HBs en suero.
3. Profilaxis a los hijos de madre portadora de Ag HBs.

#### Descripción de los procedimientos:

1. *Vacunación del recién nacido:* el profesional de enfermería responsable administrará la vacuna contra el VHB a todos los recién nacidos que ingresen en la planta directamente del paritorio, tras realizarse la identificación e informar a la madre y/o al padre, como uno más de los cuidados iniciales del recién nacido. Se comproba-

rá la administración de vacuna VHB en los recién nacidos que hayan estado previamente ingresados en el Servicio de Neonatología. En el caso de que no conste la administración en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid ni en el informe de alta, se consultará al Servicio de Neonatología y si se confirma la ausencia de vacunación, se procederá a informar a la madre y/o al padre y se administrará inmediatamente en la planta a la dosis habitual.

- Vacuna recombinante de HB: Engerix B 10 µg®.
- Vía de administración: intramuscular. La administración subcutánea reduce la respuesta inmunitaria, por lo que sólo en recién nacidos con problemas de coagulación se puede administrar lentamente por esta vía.
- Lugar de administración: región anterolateral del muslo. No se debe administrar en el glúteo ya que disminuye también la respuesta inmunitaria.
- Agitar el vial enérgicamente antes de la administración.
- Dosis: 0,5 ml.
- Lavado de manos.
- Analgesia: medidas de contención del dolor, sacarosa al 12% 0,2 mL vía oral 2 minutos antes del procedimiento, succión al pecho o con tetina (si la alimentación es artificial).

#### 2. Cribado materno de Ag HBs en suero:

- El profesional de enfermería responsable comprobará en la historia clínica de la madre el resultado del cribado de Ag HBs.
- Si no consta la información, debe comprobarse si se ha extraído una muestra en paritorio para hacer la determinación y, en caso de no haberse extraído, se avisará al neonatólogo responsable para que la solicite con carácter urgente.
- Si la madre es portadora, se avisará al neonatólogo responsable para que prescriba la inmunoprofilaxis lo antes posible.

3. *Profilaxis a los hijos de madre portadora de Ag HBs:* se administrará, por prescripción médica, inmunoglobulina hiperinmune y vacuna en las primeras 12 horas de vida, en muslos diferentes. Si no ha podido administrarse la profilaxis en ese tiempo, hay que tener en cuenta que sigue teniendo alguna efectividad hasta los 7 días de vida.

- Inmunoglobulina: Gamma Anti-Hepatitis B Grifols® (200 UI/ml).



- Dosis: 40 UI / kg (0,2 mL/kg).
- Vía: intramuscular en la cara anteroexterna del muslo opuesto al que recibió la vacuna de HB.
- Lavado de manos previo.
- Analgesia: medidas de contención del dolor, sacarosa al 12% 0,2 mL vía oral 2 minutos antes del procedimiento, succión al pecho o con tetina (si la alimentación es artificial).
- Se informará a los padres de la necesidad de seguimiento por parte de su Pediatra de Atención Primaria para descartar la transmisión del virus.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

La respuesta de anticuerpos a título protector ocurre en el 95-98% de los individuos vacunados. En los hijos de madres portadoras de Ag HBs la administración de la vacuna y la gammaglobulina tiene una efectividad superior al 95% en la prevención de la transmisión. En caso de administrarse sólo la vacuna la efectividad es del 70-95%.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Por lo general, las reacciones adversas, en caso de presentarse, son leves y transitorias. Las reacciones más frecuentes son locales en el lugar de la inyección. La gammaglobulina hiperinmune de hepatitis B es un producto humano de donante y aunque estos productos tienen un pequeño riesgo teórico, no se han comunicado casos de transmisión de infecciones virales ni de otro tipo.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

- En caso de coagulopatía previa grave (trombopenia grave o hemofilia) se recurrirá a la vacunación subcutánea.
- Si los padres rechazan la vacunación y la madre no es portadora de Ag HBs, se comunicará al neonatólogo responsable, que informará a los padres. Si persisten en el rechazo, se respetará su decisión y se registrará el hecho en el Documento de Salud Infantil, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.
- Si la madre rechaza el cribado de Ag HBs y es portadora de VIH o tiene otros factores de riesgo de infección por VHB, se le informará de la prevalencia del derecho del recién nacido y se procederá a comunicar la situación al juez de guardia para solicitar el permiso para realizar el cribado al recién nacido. Todo ello se hará constar en el Documento de Salud Infantil, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

- Si la madre es portadora de Ag HBs y rechaza la profilaxis al recién nacido, se comunicará al neonatólogo responsable, que le informará de la prevalencia del derecho a la salud del recién nacido y si es necesario, solicitará permiso al juez de guardia para administrar la vacuna y la gammaglobulina hiperinmune.

#### **Registro:**

- Cuando la vacuna contra la hepatitis B se administre en la planta de Maternidad, el profesional de enfermería que lo haga será responsable de registrarlo en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid que se entrega a los padres.
- Cuando la vacuna se haya administrado en el Servicio de Neonatología, debe quedar registro de ello en el informe de alta y en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid.
- El pediatra que explore inicialmente al recién nacido será responsable de registrar el resultado de la serología de hepatitis B en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid (página 3 "Parto") y de prescribir la inmunoprofilaxis si está indicada.
- El pediatra será responsable de registrar en el Documento de Salud Infantil, en la hoja de exploración del recién nacido y en el informe de alta si lo hubiera, las situaciones de rechazo al cribado o a la vacunación.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Comité asesor de vacunas de la AEP. Manual de vacunas en pediatría. 2005; 279-297.
2. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C. Hepatitis B prophylaxis for newborns of hepatitis B surface antigen-positive mothers [protocol for a Cochrane review]. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD004790
3. Zuckerman JN. Protective efficacy, immunotherapeutic potential, and safety of hepatitis B vaccines. J Med Virol. 2006 Feb;78(2):169-77. Review.
4. CDC. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP): A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection in the United States Part 1: Immunization of Infants, Children, and Adolescents. MMWR. December 23, 2005/ 54(RR16); 1-23

### 6.3.2.- Prevención de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de casos de infección por VIH en Europa Occidental. Según el Plan Nacional sobre el SIDA, hoy viven en nuestro país entre 120.000 y 150.000 personas infectadas. La transmisión vertical puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin mediar intervenciones preventivas, la tasa de transmisión vertical del VIH puede alcanzar globalmente el 25%, pudiendo llegar al 40% si se acumulan factores de riesgo. Los más importantes son la carga viral materna elevada, la disminución importante de linfocitos CD4 en la madre, la rotura prematura de membranas, la amnionitis y la lactancia materna. En Europa y EEUU se infectan el 15-20% de los niños nacidos de madres portadoras que no recibieron tratamiento antirretroviral durante la gestación ni en el parto. Los métodos de eficacia probada en la prevención de la transmisión vertical del VIH son: el cribado de infección VIH materna durante la gestación y cerca del parto (inmunoensayo ELISA) y su confirmación con inmunoelectrotransferencia (Western blot) o PCR, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual intercurrentes, el tratamiento antirretroviral de la madre durante el embarazo y el parto, la cesárea electiva, el tratamiento preventivo del recién nacido con antirretrovirales y la supresión de la lactancia materna. Con estas intervenciones la tasa de transmisión del VIH puede reducirse a menos del 1%. La sensibilidad y la especificidad de las pruebas de cribado son muy altas, aproximadamente 0,99.

#### Objetivos:

1. Conocer el resultado de la prueba de cribado de VIH de todas las madres.
2. Hacer una profilaxis posparto correcta a todos los hijos de madres portadoras nacidos en nuestra Maternidad.

#### Procedimientos:

1. Cribado materno.
2. Profilaxis de los recién nacidos de madre infectada por VIH.
3. Confidencialidad.
4. Cuidados de los recién nacidos de madre infectada por VIH.

#### Descripción de los procedimientos:

##### 1. Cribado materno:

- Al ingreso en planta, el profesional de enfermería responsable comprobará en la historia clínica de la madre el resultado del cribado de infección VIH.
- Si no consta el resultado, comprobará si se ha extraído una muestra en el paritorio y se ha solicitado la prueba. Si no se ha extraído, hay que avisar al neonatólogo responsable para que solicite una determinación de anticuerpos VIH en suero materno, con carácter urgente, previo consentimiento materno verbal.
- Si una madre seronegativa tiene factores de riesgo de infección y la última prueba de VIH se hizo antes del tercer trimestre, se avisará al neonatólogo para que solicite una nueva serología tras el parto, con carácter urgente, previo consentimiento materno verbal.

##### 2. Profilaxis de los recién nacidos de madre infectada por VIH (prueba de anticuerpos positiva, aunque aún no se haya confirmado la infección):

- Tratamiento profiláctico al recién nacido: el neonatólogo responsable comprobará el tratamiento recibido por la madre y prescribirá la profilaxis antirretroviral adecuada al recién nacido, que se empezará a administrar siempre que sea posible, en las primeras 6 horas de vida. Cuando el diagnóstico materno se haya hecho en el parto, comprobará que se confirme con las pruebas microbiológicas pertinentes.
- Se contraindicará la lactancia materna en el momento del ingreso en planta o en el momento de conocerse la positividad, si esto ocurre posteriormente.
- Se citará al recién nacido para seguimiento en la Consulta de Inmunodeficiencias.

##### 3. Confidencialidad: no se comentará ni se informará del resultado positivo a ninguna persona que no sea la propia mujer y los responsables sanitarios directos de la madre y el recién nacido. Todos ellos tienen estricta obligación de confidencialidad.

##### 4. Cuidados de los recién nacidos de madre VIH positiva: no requieren ningún cuidado general especial. El personal sanitario debe tomar las medidas generales de prevención en la manipulación de líquidos orgánicos y sangre de personas potencialmente infectadas.

### Posibles causas de falsos positivos

Relativas a la muestra	Presencia de autoanticuerpos	Otras situaciones
Manipulación o conservación inadecuada de la muestra	Colagenosis	Hemodiálisis
Errores de identificación de la muestra	Anti HLA-DR4, DQw3	Tratamiento con inmunoglobulina
	Múltiparas	Vacunas (gripe, hepatitis B)
	Politransfundidos	Infecciones por virus DNA
	Trasplante renal	Hepatopatía alcohólica grave

### Posibles causas de falsos negativos

Período ventana	Plasmaféresis, exanguinotransfusión
Subtipo viral no detectable por la prueba	Neoplasias
Tratamiento inmunosupresor	Errores de identificación
Trasplante de médula ósea	Respuesta anómala a la infección
Disfunción de linfocitos B	Fallo del equipo diagnóstico

#### Eficacia de los procedimientos:

Si se cumplimentan adecuadamente todas las medidas de prevención, el riesgo de transmisión desciende del 15-20% a menos del 2%.

#### Riesgos de los procedimientos:

La frecuencia de falsos positivos y de falsos negativos es inferior al 1%.

#### Excepciones de los procedimientos:

- Negativa de la madre al cribado: es este caso se avisará al neonatólogo responsable, que informará a la madre de la prevalencia de los derechos del recién nacido. Si la madre no accede a hacerse la prueba, se le informará que se solicitará permiso al juez de guardia para realizar la prueba al niño.
- Negativa de la madre seropositiva al tratamiento profiláctico del recién nacido: en este caso se avisará al neonatólogo responsable para informar a los padres de la prevalencia de los derechos del recién nacido, por lo que si rechazan la profilaxis, se solicitará permiso para administrarla al juez de guardia.

#### Registro:

El médico que explore inicialmente al recién nacido será responsable de registrar el resultado de la serología de VIH en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid (página 3 "Parto").

Las situaciones de rechazo materno al cribado o a la profilaxis se harán constar en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

#### Fecha de la última actualización:

19 de mayo de 2006.

Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.

#### Bibliografía:

1. Ortiz de Lejarazu R, Cisterna R, Eiros JM, González A, Maroto MC, Pumarola T, Romero J. Diagnóstico Microbiológico de la infección por VIH. En: Picazo JJ (ed). Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Madrid. 1998, número 6B.
2. Brocklehurst P. Intervenciones para la reducción del riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH. La Biblioteca Cochrane Plus. 2006 Número 1.

#### 6.3.3.- Cribado de sífilis

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*. Ocurre en todo el mundo, aunque con diferente incidencia. La enfermedad se transmite habitualmente por contacto sexual.

La transmisión vertical ocurre a través de la placenta (lo más frecuente) o en el canal del parto. La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada que no haya recibido tratamiento adecuado. El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo. La tasa de transmisión depende de la antigüedad de la infección materna, siendo del 80-90% durante la fase secundaria de la infección con un 40% de abortos o mortinatos y menor en etapas más avanzadas de la infección materna. Si las mujeres son detectadas precozmente y tratadas oportunamente, los riesgos tanto fetales como neonatales disminuyen. El espectro clínico de la sífilis congénita abarca desde el aborto tardío o la muerte neonatal hasta la infección latente asintomática al nacimiento. Clásicamente se ha clasificado la sífilis congénita en precoz (antes de los 2 años de vida) y tardía. Ambas cursan con afectación multisistémica y posible afectación del sistema nervioso central. La incidencia de infección por *treponema pallidum* en nuestro medio es baja. No obstante se recomienda continuar con el cribado materno por la eficacia del tratamiento, el bajo coste y la sencillez de la prueba de cribado, así como por los cambios poblacionales y epidemiológicos ocurridos en nuestra Comunidad en los últimos años, que hacen temer un aumento de la infección. El cribado de infección se realiza mediante una prueba de anticuerpos no treponémicos (RPR), ante cuya positividad se debe proceder a la confirmación con una determinación de anticuerpos anti-treponémicos. Más del 90% de las mujeres infectadas mantienen los anticuerpos treponémicos durante el resto de la vida. Sin embargo la prueba no treponémica se suele negativizar con el tratamiento correcto o mantenerse positiva a título bajo (igual o inferior a 1/4).

#### Objetivo:

Detectar a las mujeres infectadas y no tratadas o tratadas de forma incorrecta, para descartar la infección del recién nacido y tratarla en su caso.

#### Procedimientos:

1. Cribado materno con una prueba no treponémica (RPR en nuestro centro) y una prueba treponémica de confirmación.
2. Estudio y tratamiento de recién nacidos potencialmente infectados.

#### Descripción de los procedimientos:

##### 1. Cribado materno:

- El profesional de enfermería responsable comprobará en la historia clínica de la madre el resultado de la serología de sífilis.
- Si no consta el resultado y no lo aporta la madre, debe comprobarse si se ha extraído la muestra en paritorio y, en caso de no haberse extraído, se avisará al neonatólogo responsable para que la solicite con carácter urgente, previo consentimiento verbal de la madre. En todos los casos debe conocerse el resultado antes del alta del recién nacido.
- Si hay factores de riesgo en la madre (drogodependencia, promiscuidad sexual, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual o por VIH), y no se ha repetido la prueba en el tercer trimestre, se recomienda repetir la determinación tras el parto.
- En las mujeres previamente infectadas y tratadas, un resultado positivo de RPR a un título mayor de 1/4 puede hacer sospechar una reinfección.

2. Estudio y tratamiento de los hijos de madres infectadas según el criterio médico recogido en el protocolo de sífilis congénita del Servicio de Neonatología.

#### Eficacia de los procedimientos:

Ocurren reactividades inespecíficas a las pruebas no treponémicas en el 1 a 2% de la población general. Por lo tanto, cualquier resultado positivo debe ser confirmado con pruebas treponémicas. Como regla general, una prueba treponémica negativa indica ausencia de infección, pasada o presente. Como la prueba no treponémica, si se utiliza como prueba aislada de cribado puede tener un 1% de reactividad falsa en la población general. Si se confirma la infección, se debe revisar el tratamiento realizado a la madre y los factores de riesgo (ver protocolo de sífilis congénita del Servicio de Neonatología).

#### Riesgos de los procedimientos:

- Limitaciones de las pruebas no treponémicas:
  - Falsos negativos: pueden encontrarse en la fase precoz de la infección primaria y en la sífilis tardía. Asimismo, en muestras con alta concentración de anticuerpos, se puede obtener un resultado falsamente negativo si no se repite el estudio con dilución previa de la muestra. También puede

mos encontrar resultados negativos por errores en la técnica.

- Falsos positivos: en personas con enfermedades autoinmunes, consumo de drogas por vía parenteral, infecciones víricas (hepatitis, varicela, sarampión, mononucleosis, etc.), infecciones parasitarias como la malaria, lepra, vacunas, neoplasias, edad avanzada y como consecuencia del propio embarazo. Las muestras hemolizadas o lipémicas pueden presentar, así mismo, esta reactividad. Los títulos encontrados en todos estos casos suelen ser bajos (iguales o inferiores a 1/4). Hay que tener en cuenta que en la gestante con historia de sífilis tratada, el embarazo puede aumentar ligeramente el título de anticuerpos no treponémicos de forma inespecífica, sin existir reinfección o recaída.

- Limitación de las pruebas treponémicas:
  - Falsos positivos: aunque en mucha menor medida, las pruebas treponémicas también pueden presentar falsos positivos, como en el lupus eritematoso y en otras enfermedades autoinmunes, consumo de drogas por vía parenteral, edad avanzada, enfermedades producidas por borrelias y otras treponemosis.
  - Pacientes VIH: por la alteración inmunológica que pueden presentar estas personas, pueden tener escasa respuesta de anticuerpos tras la infección por treponemas (falsos negativos), reactividades inespecíficas sin infección (falsos positivos), retraso en el descenso del título de anticuerpos no treponémicos tras un tratamiento eficaz o desaparición de los anticuerpos treponémicos tras la infección.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Si la madre rechaza el cribado, se avisará al neonatólogo responsable, que informará a los padres sobre las razones por las que se hace. Si después de esta información, la madre sigue rechazando el procedimiento, se respetará su decisión, salvo que pertenezca a un grupo de riesgo o sea portadora de VIH, en cuyo caso se procederá a solicitar permiso al juez para realizar la prueba en el recién nacido.

#### **Registro:**

El pediatra que explore inicialmente al recién nacido será responsable de registrar el resultado de la serología de sífilis en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid (pági-

na 3 "Parto"). Las situaciones de rechazo materno al cribado se harán constar en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

*Fecha de última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Centres for Disease Control and Prevention. Recommendations for public health surveillance of syphilis in the United States División of STD Prevetion. 2003.
2. Centres for Disease Control and Preventión. Sexually transmitted diseases: Syphilis. Treatment Guidelines 2002. [www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5106.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5106.pdf).
3. Peeling R et al. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull WHO. 2004;82: 439-446.
4. De Ory F, Delgado A, Fuertes A, García I, Sierra M. Procedimientos de microbiología clínica. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal 2004. Coordinador: Bermejo I, En: Picazo JJ (ed). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica. Madrid.

#### **6.3.4.- Cribado de hepatitis C (VHC)**

El diagnóstico de infección por el virus de la hepatitis C se basa en la demostración de anticuerpos anti-VHC en suero y en la detección de ARN viral (ARN-VHC) por técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El ARN-VHC es detectable en el suero de 7 a 21 días después de la exposición y los anticuerpos anti-VHC aparecen en un plazo medio de 50 días, como máximo en 6 semanas, en los individuos inmunocompetentes y se mantienen de forma indefinida, se cure o no la infección. Por lo tanto los sujetos anti-VHC positivos deben ser analizados para ARN-VHC para confirmar la persistencia del virus. En España la prevalencia de los anticuerpos contra la hepatitis C (anti-VHC) en la población general oscila entre 1,6% y 2,6%. El 84% de los diagnósticos de hepatitis C se produce de manera casual y aproximadamente un 40% de los pacientes ignora de qué modo se infectó. Del total de individuos anti-VHC positivos detectados, el 70-80% padecen una infección crónica por el virus, habitualmente asintomática durante años o incluso décadas.

Aproximadamente el 1% de mujeres embarazadas tienen anti-VHC. De ellas el 70% tienen infección activa, con viremia detectable mediante PCR. El 30% restante tiene viremia negativa y se consideran personas curadas sin riesgo de transmisión al recién nacido. El embarazo parece inducir una normalización de transaminasas y por tanto las enzimas hepáticas no permiten discriminar a las mujeres con infección activa. Durante el embarazo no hay paso transplacentario del virus, salvo si existe rotura placentaria, amenaza de aborto, de parto prematuro o amniocentesis. La transmisión predominante probablemente ocurre en el momento del parto, más si el expulsivo es prolongado y si se aplican sistemas de monitorización cruentos. En conjunto, el 3,5% de los hijos de mujeres con viremia positiva resultan infectados. El 40% de ellos tienen antecedentes patológicos del embarazo o el parto. Los niveles altos de viremia materna se han implicado como favorecedores de transmisión en algunos estudios. La realización de cesárea por criterio obstétrico tiene el mismo riesgo que el parto vaginal. Aunque algunos estudios apoyan la realización de cesáreas programadas, la baja tasa de transmisión hace muy difícil establecer recomendaciones en este sentido. El virus existe en la leche materna, pero no se ha demostrado transmisión por esta vía. La posibilidad de transmisión después del nacimiento por convivencia íntima con la madre se considera nula. En los niños no infectados se detectan anticuerpos anti-VHC transferidos de la madre hasta una edad máxima de 16 meses. La positividad a partir de los 18 meses indica que el niño ha sido infectado. Antes de esa edad, la infección debe diagnosticarse mediante determinación de la viremia (RNA-VHC). Entre el 70% y el 85% de los infectados presentarán una infección crónica con hepatopatía a los 3 años, aunque la fase terminal de la hepatopatía raramente ocurre antes de los 18 años. El tratamiento de los niños infectados y con hepatopatía crónica con una combinación de interferón 2b y ribavirina ha conseguido la eliminación de la carga viral durante al menos 6 meses en más del 45% de los casos.

#### Objetivo:

Detectar a todas las madres portadoras del virus de la hepatitis C para indicar el cribado de infección de sus hijos, para que aquéllos que se infec-

ten y tengan una infección crónica puedan beneficiarse de un diagnóstico y tratamiento precoces. Procedimiento: cribado materno de infección por VHC.

#### Descripción de los procedimientos:

Cribado materno:

- Al ingreso en planta, el profesional de enfermería responsable comprobará en la historia clínica de la madre el resultado del cribado de infección VHC.
- Si no consta el resultado, comprobará si se ha extraído una muestra en el paritorio y se ha solicitado la prueba. Si no se ha extraído y hay que extraer una muestra para otros cribados (VIH, VHB o lúes), se solicitará simultáneamente la prueba de VHC. Si consta el resultado del resto de las pruebas de infección congénita, el pediatra que explore al niño solicitará la prueba en la muestra ya extraída para el resto de cribados.
- Información a las madres con anticuerpos anti-VHC:
  - La lactancia materna no aumenta el riesgo de transmisión y por lo tanto no está contraindicada si no existe una coinfección por VIH.
  - El riesgo general de transmisión del 3%, si la madre es seronegativa para VIH.
  - Si la madre no estaba previamente diagnosticada, se la remitirá a su médico de Atención Primaria para confirmar la infección activa y para seguimiento.
  - El recién nacido debe ser estudiado por su Pediatra de Atención Primaria para descartar la transmisión, si se confirma la infección activa de la madre.

#### Eficacia de los procedimientos:

La sensibilidad de la prueba de anticuerpos es muy alta, excepto durante el período ventana inicial tras la infección. Esta causa de falso negativo ocurre en 1 de cada 233.000 a 700.000 donantes de sangre. El tratamiento médico de los niños con hepatopatía tiene una eficacia parcial (45% a los 6 meses de tratamiento).

#### Riesgos de los procedimientos:

Inducir retiradas de lactancia materna. Falsos positivos y negativos de las pruebas diagnósticas.

Excepciones del procedimiento: si la madre rechaza el cribado, se avisará al neonatólogo responsable, que informará a los padres sobre las razones por las que se hace. Si después de esta información, la madre sigue rechazando el procedi-



miento, se respetará su decisión, salvo que sea portadora de VIH, en cuyo caso se procederá a solicitar permiso al juez para realizar la prueba en el recién nacido, porque en ese caso el riesgo de transmisión es elevado y es posible que se plantee un tratamiento en caso de hepatopatía crónica, que de otra manera puede pasar desapercibida. Registro: el médico que explore inicialmente al recién nacido será responsable de registrar el resultado de la serología de hepatitis C en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid (página 3 "Parto"). Las situaciones de rechazo materno al cribado se harán constar en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

*Fecha de la última actualización:*

*30 de mayo de 2006.*

*Autores: Elena Infante López, Susana de la Heras Ibarra, Gerardo Bustos Lozano.*

*Bibliografía:*

1. Pawlotsky JM. Molecular diagnosis of viral hepatitis. *Gastroenterology* 2002;122:1554-68.
2. Jonas MM. Children with hepatitis C. *Hepatology* 2002;36: S173-8.
3. Yeung LTF, King SM, Roberts EA. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Hepatology* 2001;34:223-9.
4. Hierro L. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hepatitis C. Hepatitis crónica. Evolución y tratamiento. *An Pediatr* 2003;58: 489-91.
5. González-Peralta RP, Nelly DA, Haber B, et al for the International Pediatric Hepatitis C Therapy Group. *Hepatology* 2005;42:1010-18.
6. Pembrey L, Newell ML, Tovo PA, EPHN Collaborators. The management of HCV infected pregnant women and their children European Paediatric HCV Network. *J Hepatol* 2005;43: 515-25.

### **6.3.5.- Cribado y prevención de la toxoplasmosis congénita**

*Toxoplasma gondii* es un protozoo parásito intracelular obligado de distribución universal, causante de la infestación protozoaria más frecuente en el hombre. El gato actúa como huésped definitivo y los animales vertebrados y el hombre como huéspedes intermediarios. Puede producir infección aguda en las personas sanas, toxoplasmosis congénita e infecciones graves en personas inmunodeprimidas. El parásito se adquiere por vía oral (por quistes elimi-

nados por gatos o por ingesta de carne cruda no congelada) y se transmite al feto por vía transplacentaria, pudiendo afectar a la retina, a veces tardíamente, al sistema nervioso central y a otros órganos. La posibilidad de contagio del feto es mayor durante el tercer trimestre de la gestación y por el contrario, la gravedad de la afectación fetal es mayor cuando la infección se produce en las primeras semanas del embarazo y disminuye a medida que transcurre la gestación. La seroprevalencia actual en las gestantes españolas oscila entre el 25% y el 50%. El diagnóstico de infección materna durante la gestación se hace por la comprobación de una seroconversión (positivización si era previamente negativa o aumento de al menos 4 veces del título de Ig G, con Ig M positiva). La presencia de Ig M no es diagnóstica de infección materna reciente. La infección fetal puede diagnosticarse con PCR específica en el líquido amniótico, en sangre de cordón o tras el nacimiento, aunque esta prueba no es totalmente sensible. El tratamiento materno no evita la transmisión al feto, pero disminuye el riesgo y la gravedad de la infección fetal. El nacimiento de un niño asintomático no descarta la aparición de problemas tardíos, en especial la coriorretinitis. Como además, el diagnóstico de infección congénita de los niños asintomáticos es difícil y requiere seguimiento prolongado de los títulos de anticuerpos, se recomienda el tratamiento profiláctico de los hijos de madres con infección confirmada durante la gestación, hasta que se descarte la infección.

Objetivo: detectar los casos de infección materna durante la gestación, para tratar a los recién nacidos y seguirlos hasta que se descarte o confirme la infección fetal.

#### **Procedimientos:**

1. Cribado de infección materna durante la gestación.
2. Tratamiento de los hijos de madres con infección durante la gestación.

Descripción del procedimiento:

1. Cribado de infección materna durante la gestación:

- Al ingreso en planta, el profesional de enfermería responsable comprobará en la historia clínica de la madre el resultado del cribado de infección por toxoplasma.
- Si no consta el resultado, solicitará a los padres documentación escrita de las pruebas de toxoplas-



mosis durante la gestación o el resultado en gestaciones previas si las hubiere.

- Si no consta el cribado durante la gestación, no se realizará en el parto ni después del parto.
- El neonatólogo que explore al recién nacido, valorará el resultado y actuará según el protocolo de toxoplasmosis del Servicio de Neonatología.

2. Valoración completa y tratamiento de los hijos de madres con toxoplasmosis confirmada o clínica compatible. Requiere ingreso hospitalario para la realización de algunas pruebas y citación para seguimiento.

#### Eficacia de los procedimientos:

Dado que la confirmación de infección materna durante la gestación requiere dos muestras en paralelo, una única muestra negativa en el primer o segundo trimestre puede ser falsamente interpretada. Además la toxoplasmosis a veces produce respuestas atípicas de anticuerpos, difíciles de interpretar. El tratamiento materno sólo es parcialmente preventivo. El tratamiento de los recién nacidos infectados asintomáticos evitará la progresión de la infección, especialmente de la coriorretinitis. El diagnóstico definitivo de infección fetal puede retrasarse, ya que los anticuerpos transferidos de la madre pueden ser detectables hasta los 14 meses.

#### Riesgos de los procedimientos:

Tratamiento de niños no infectados. Falsos positivos y negativos.

#### Excepciones de los procedimientos:

Que no se haya realizado el cribado durante la gestación.

#### Registro:

El médico que explore inicialmente al recién nacido será responsable de registrar el resultado de la serología de toxoplasmosis en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid (página 3 "Parto").

*Fecha de la última actualización:*

*25 de febrero de 2007.*

*Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.*

#### Bibliografía:

1. GorgievskyHrisoho M, Germann D, Matter L. Diagnostic implications of kinetics of immunoglobulin M and A antibody responses to *Toxoplasma gondii*. J Clin Microbiol 1996; 34:1506-1511.

2. Jenum PA, Stray-Pedersen B, Gundersen AG. Improved diagnosis of primary *Toxoplasma gondii* infection in early pregnancy by determination of anti-toxoplasma immunoglobulin G avidity. J Clin Microbiol 1997; 35:1972-1977.

3. Lebech M, Joynson DHM, Seitz HM, Thulliez P, Gibert RE, Dutton GN, Ovlisen B, Petersen E. Classification system and case definitions of *Toxoplasma gondii* infection in immunocompetent pregnant women and their congenitally infected offspring. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996; 15:799-805.

4. Pinon JM, Dumon H, Chemla C, Franck J, Petersen E, Lebech M, et al. Strategy for diagnosis of congenital toxoplasmosis: Evaluation of methods comparing mothers and newborns and standard methods for postnatal detection of immunoglobulin G, M, and A antibodies. J Clin Microbiol 2001;39:2267-72.

5. Pujol-Riqué M, Quintó I, Danés C, Valls ME, Coll O, Jiménez de Anta MT. Seroprevalencia de la toxoplasmosis en mujeres en edad fértil (1992-1999). Med Clin (Barc) 2000;115:375-6.

6. Ortega-Benito JM. Cribado prenatal de la toxoplasmosis congénita. Med Clin (Barc) 2001;116:385-9.

#### 6.3.6.- Cribado de rubeola

La infección natural por el virus de la rubeola y la vacunación suelen producir inmunidad permanente. Cuando una mujer gestante no inmune se infecta, puede transmitir la infección al feto, aunque frecuentemente la infección materna sea asintomática. La infección fetal es más frecuente al principio de la gestación (90% antes de la semana 11) y al final (100% en el último mes) y menos frecuente en el segundo trimestre (25%-65%). El virus de la rubeola es altamente teratogénico y la infección fetal antes de la semana 20 puede producir una afectación multisistémica con graves malformaciones congénitas, constitutivas del síndrome de rubeola congénita. La frecuencia de aparición de defectos congénitos es del 50% si la infección ocurre en el primer mes, 20-30% si ocurre durante el segundo mes y 5% si ocurre durante el tercer o cuarto mes de la gestación. En general, las formas más graves se producen en las infecciones más precoces. La infección fetal se cronifica durante meses. Los nacidos aparentemente sanos tras la infección pueden desarrollar problemas años después, de forma que la frecuencia de secuelas cuando la infección ocurrió en el primer trimestre de gestación alcanza el 80% a los 6-8 años de vida. Además, una parte de los supervivientes pueden desarrollar enferme-

dades autoinmunes como diabetes insulino-dependiente, alteraciones del tiroides y panencefalitis progresiva. La elevada tasa de vacunación en las mujeres en edad fértil ha hecho de la rubeola una enfermedad de baja incidencia en España y ha conseguido erradicar en las últimas décadas del siglo XX la rubeola congénita. Sin embargo, en los últimos años la aparición de bolsas de población no vacunada en relación con la llegada de mujeres inmigrantes no vacunadas y con el rechazo a la vacunación infantil de ciertos grupos, ha permitido la reaparición de brotes de rubeola y de casos esporádicos de infección fetal. En los países en los que no se vacuna, entre el 5 y el 15% de las mujeres en edad fértil pueden ser susceptibles. La doble estrategia de vacunación sistemática a los niños y a las mujeres en edad fértil que no acrediten estar protegidas, se considera la mejor forma de controlar la enfermedad. El diagnóstico de la infección aguda se hace por la detección de seroconversión o la presencia de Ig M contra el virus, con o sin clínica acompañante.

#### Objetivos:

1. Detectar a las mujeres no inmunizadas para recomendarles la vacunación una vez terminado el embarazo.
2. Detectar los casos de infección fetal.

#### Procedimientos:

1. Cribado materno de anticuerpos contra la rubeola a lo largo de la gestación.
2. Consejo de vacunación a las mujeres no inmunes.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Cribado de infección materna durante la gestación:
  - Al ingreso en planta, el profesional de enfermería responsable comprobará en la historia clínica de la madre el resultado del cribado de anticuerpos contra el virus de la rubeola.
  - Si no consta el resultado, solicitará a los padres documentación escrita de las pruebas de rubeola durante la gestación o de gestaciones previas.
  - Si no consta la inmunidad previa a la rubeola, se recomendará a la mujer que acuda a su médico para cribado y vacunación en caso de no ser inmune.
  - El pediatra que explore al recién nacido valorará el resultado, que se describirá de la siguiente manera:

-Madre inmune a rubeola: presencia de Ig G desde el principio de la gestación.

-Madre no inmune a rubeola: ausencia de anticuerpos.

-Infección materna durante la gestación: seroconversión a lo largo de la gestación. Se hará valoración del recién nacido según criterio médico.

-La presencia de Ig M sin Ig G en la primera determinación en la gestación puede ser indicativa de infección muy reciente. La presencia de Ig G e Ig M puede ser indicativa de infección reciente o no. La IgM suele ser detectable sólo unas pocas semanas, pero a veces persiste de 3 a 12 meses, raramente más. En estos casos hay que valorar la posible afectación fetal según criterio médico.

-Infección confirmada en el feto mediante determinación de RNA viral en líquido amniótico, biopsia corial o sangre fetal, o determinación de Ig M en sangre fetal.

2. Vacunación de las mujeres no inmunes: el obstetra responsable de la mujer podrá solicitar mediante parte interconsulta al Servicio de Medicina Preventiva la vacunación durante la estancia en el Hospital. También se puede remitir a la mujer a su médico de Atención Primaria para vacunación contra la rubeola. En ningún caso debe prolongarse la hospitalización por esperar la vacunación.

#### Riesgos de los procedimientos:

Falsos positivos de Ig M en la madre en caso de otras infecciones víricas como parvovirus B19 y virus del grupo herpes (sobre todo virus de Epstein Barr). Además, raramente pueden verse niveles detectables de Ig M durante años. Esto resulta especialmente crítico en el caso de las gestantes, en las que un diagnóstico erróneo puede conducir a un aborto terapéutico. En caso de Ig M positiva, deberá confirmarse el diagnóstico de infección fetal (amniocentesis, biopsia corial o cordocentesis). Por otro lado, hay que tener en cuenta que el 20% de los niños infectados pueden presentar resultados negativos para Ig M durante el primer mes de vida. Las reinfecciones, aunque muy raras, son posibles. La existencia de IgG e IgM específica frente a rubeola en la primera extracción de un control rutinario en una gestante no nos permite diferenciar entre primoinfección subclínica o reinfección.

**Excepciones de los procedimientos:**

Mujeres con inmunidad previa confirmada o rechazo materno al cribado.

**Registro:**

El médico que explore inicialmente al recién nacido será responsable de registrar el resultado de la serología de rubeola en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid (página 3 "Parto"). Las situaciones de rechazo materno al cribado se harán constar en el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, en el informe de alta si lo hubiera y en la hoja de exploración del recién nacido.

*Fecha de la última actualización:*

7 de junio de 2006.

*Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.*

**Bibliografía:**

1. World Health Organization. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO. Copenhagen, WHO Regional Office For Europe. 2003.
2. Sanz JC, de Ory F. Rubéola: el nuevo escenario de una vieja enfermedad. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica* 2006;24(1):36-44.
3. Baley JE, Toltzis Ph. Viral infections. En Fanaroff AA, Martín RJ. Neonatal – Perinatal Medicine. Mosby Ed. 7th edition 2002: 779-782.

**6.3.7.- Cribado de *Streptococcus agalactiae*:**

*Streptococcus agalactiae* (estreptococo del grupo B, EGB) se ha convertido en la principal causa de infección bacteriana del recién nacido en los países desarrollados. Forma parte de la flora comensal intestinal y de forma intermitente coloniza el área perineal y el tracto genital. En mujeres gestantes es una causa frecuente de infecciones durante la gestación y el puerperio (infecciones urinarias, corioamnionitis, endometritis puerperal e infección de la herida quirúrgica tras cesárea) y puede transmitirse al recién nacido. En nuestro medio, entre el 11% y el 20% de las gestantes son portadoras vaginales y/o rectales de EGB en el momento del parto. Sin medidas de prevención, del 40 al 70% de las mujeres colonizadas transmiten el EGB a sus recién nacidos durante el parto. Entre el 1% y el 2% de los recién nacidos colonizados desarrollan una infección precoz grave, lo que representa una incidencia media anual de 1 a 3 casos por cada 1.000 nacidos

vivos. La mortalidad de la infección precoz es aproximadamente del 5% y muchos de los supervivientes con sepsis graves o meningitis pueden tener secuelas neurológicas o neurosensoriales.

Entre los factores obstétricos que favorecen el desarrollo de infección en el recién nacido están el parto prematuro, la rotura prolongada de membranas, la fiebre intra parto, la bacteriuria por EGB durante el embarazo y haber tenido un hijo anterior con infección por EGB. Sin embargo, más de la mitad de las infecciones neonatales por EGB se presentan en ausencia de estos factores de riesgo. Un factor esencial para el desarrollo de infección neonatal es que la embarazada tenga un título bajo de anticuerpos frente al antígeno polisacárido específico del tipo de cepa colonizante. El desarrollo de vacunas se encuentra en fase experimental. Hasta que las vacunas sean una realidad, la única medida de eficacia probada para prevenir la infección neonatal por EGB es la administración de quimioprofilaxis en el parto a las gestantes colonizadas. Para que la profilaxis sea eficaz, la administración de antibióticos debe comenzar preferentemente 4 horas antes del parto, siendo tanto menos efectiva cuanto menor es el intervalo entre su administración y el final del parto. En 1996 los Centers for Disease Control (CDC) publicaron las primeras recomendaciones sobre profilaxis de la enfermedad neonatal por EGB. En 1998, las sociedades españolas de Obstetricia y Ginecología y de Neonatología consensuaron por primera vez el documento español para la prevención de la infección neonatal por EGB. Este documento, avalado por las sociedades españolas de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y de Quimioterapia, recomienda la administración de profilaxis en el parto a todas las gestantes portadoras de EGB identificadas por cultivo. En los últimos años, numerosos hospitales en Europa, EE.UU., Canadá y Australia han implantado programas de profilaxis y todos los estudios realizados para evaluar la eficacia de las distintas políticas de prevención han demostrado un descenso significativo de los casos de sepsis neonatal por EGB, disminuyendo la incidencia anual de casos por debajo de 0,6/1.000. La recomendación actual es realizar cultivo vaginal y rectal a todas las gestantes en la 35-37 semana de

gestación, administrando profilaxis en el parto a todas las portadoras de EGB. La profilaxis basada en factores de riesgo se limita únicamente a los casos en que no sean conocidos los resultados del cultivo en el momento del parto. Se sigue recomendando la administración de profilaxis a todas las gestantes con bacteriuria por EGB durante el embarazo, que traduce la existencia de un alto grado de colonización vaginal, y a las que han tenido anteriormente un hijo con infección por EGB, que indica un bajo título de anticuerpos en la gestante. Actualmente se desaconseja la administración de profilaxis a portadoras de EGB a las que se realiza una cesárea programada sin haber iniciado el trabajo de parto.

**Objetivo:**

Detectar los recién nacidos con riesgo de desarrollar sepsis precoz por EGB.

**Procedimiento:**

1. Cribado de factores de riesgo de sepsis neonatal precoz.
2. Observación clínica a las dos horas de vida de los recién nacidos de riesgo.
3. Observación en planta.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Los criterios para definir riesgo de infección son los siguientes:

- Cribado de EGB en la madre no realizado o resultado no accesible.
- Madre portadora de EGB, especialmente si tuvo bacteriuria, y parto vaginal, con profilaxis incompleta (menos de 2 dosis) o no realizada.
- Fiebre materna mayor de 38°C.
- Tiempo de bolsa rota mayor de 18 horas.
- Hijo previo con enfermedad invasiva por EGB.

2. A las 2 horas de vida, habitualmente en la habitación de dilatación de los paritorios, el pediatra responsable hará una valoración clínica del recién nacido de riesgo, antes de que madre e hijo sean trasladados a la planta de maternidad y lo registrará en la hoja de exploración del recién nacido. Si no consta, el profesional de enfermería responsable avisará al Servicio de Neonatología.

3. Durante la estancia en la planta, cualquier síntoma de deterioro clínico del recién nacido será valorado en el contexto de riesgo de infección. Ello supone que el profesional de enfermería responsable avisará al Servicio de Neonatología

para una valoración clínica inmediata.

**Eficacia de los procedimientos:**

La quimioprofilaxis previene las formas graves de infección precoz y retrasa la aparición de la clínica, pero no evita completamente la infección. La observación clínica permite identificar los signos precoces de infección y tratar al recién nacido antes de que se deteriore su estado clínico de forma grave.

Riesgos del procedimiento: falsos negativos por mala técnica de recogida de los cultivos o por otras causas. Sesgos o exageraciones en la interpretación de los síntomas de los recién nacidos con exceso de diagnóstico de sospecha de infección. Potencial aparición de resistencias por el aumento del uso de antibiótico.

**Excepciones de los procedimientos:**

Negativa materna al cribado. Recién nacidos que ingresan directamente en Neonatología.

**Registro:**

El pediatra que explore al recién nacido hará constar en la hoja de exploración la situación de riesgo de infección.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Elena Infante López, Gerardo Bustos Lozano.*

**Bibliografía:**

1. Marina de Cueto, Manuel de la Rosa. Prevención de la infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*. Un tema consolidado. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 171 - 173.
2. Jakobi P, Goldstick O, Sujov P et al. New CDC guidelines for prevention of perinatal group B streptococcal disease. *Lancet* 2003;361:351.
3. Patten S, Vollman AR, Manning SD et al. Vaccination for group B streptococcus during pregnancy: attitudes and concerns of women and health care providers. *Soc Sci Med* 2006;63:347-58.

**6.3.8.- Solicitud de cribado urgente de infección connatal**

Cuando en el parto o en las horas siguientes no se disponga de los resultados del cribado materno de infección connatal, es obligado extraer una muestra de sangre materna y solicitar de forma urgente un estudio de anticuerpos contra las infecciones prevenibles con tratamiento del recién nacido en las primeras horas de vida.

**Objetivo:**

1. Hacer profilaxis adecuada al recién nacido en todos los casos de madre portadora de virus de la hepatitis B y virus de inmunodeficiencia humana.
2. Tratar a los recién nacidos de madres con sífilis que lo precisen.

**Procedimientos:**

1. Comprobación de la realización del cribado de infección connatal.
2. Comprobación de la extracción de muestra en paritorio.
3. Solicitud de cribado urgente desde la planta de Maternidad.
4. Control de cribado al alta.

**Descripción de los procedimientos:**

1. En el momento del ingreso en planta, el profesional de enfermería responsable comprobará en la hoja obstétrica si consta el resultado del cribado de infección connatal (serologías). Si no consta, preguntará a la madre si tiene los resultados o se han hecho las pruebas en el Hospital. Si no es así, comprobará si se ha extraído una muestra en paritorio a la madre.
2. Si tampoco consta la extracción de la muestra en paritorio, avisará al Servicio de Neonatología para que se solicite lo antes posible una determinación urgente de antígeno HBs, de anticuerpos anti VIH y de anticuerpos de sífilis, previo consentimiento verbal de la madre.
3. No puede darse de alta a ningún recién nacido sin que el médico responsable haya comprobado el resultado del cribado de hepatitis B, VIH y sífilis.

**Eficacia de los procedimientos:**

El seguimiento estricto de esta norma impedirá dar de alta sin profilaxis a los niños con riesgo de transmisión vertical de las infecciones mencionadas y cuyas madres no se controlaron el embarazo o no aportan el resultado de los análisis.

**Riesgos de los procedimientos:**

Muchas mujeres que no aportan los resultados del cribado, han sido controladas correctamente durante la gestación, pero no disponen de la documentación escrita de los resultados. Con esta estrategia se repetirán muchas pruebas ya realizadas, cuyo resultado no es accesible a tiempo.

**Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna. En caso de alta voluntaria de la madre

antes de conocerse el resultado, debe comunicarse al Servicio de Neonatología para retener al recién nacido. Si la madre se niega a la extracción, debe comunicarse igualmente al Servicio de Neonatología, para informar a los padres de que en ese caso habrá que hacer la extracción al recién nacido.

*Fecha de la última actualización:*

*18 de diciembre de 2006.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

**6.3.9.- Cribado de enfermedad de Chagas**

En algunos países de América del Sur y Centroamérica la infección por *Tripanosoma cruzi* es muy frecuente en las embarazadas. Es el caso de Colombia y muy especialmente de Bolivia, donde afecta, según las zonas, a entre el 20% y el 50% de las mujeres en edad fértil. La transmisión transplacentaria del parásito al feto ocurre aproximadamente en el 5%. La infección congénita produce enfermedad clínica en el momento del nacimiento en menos del 50% de los recién nacidos, el resto desarrolla una infección crónica. El tratamiento del recién nacido es curativo y evita la cardiomiopatía chagásica casi siempre. La transmisión a través de la leche materna parece muy poco probable y se ha relacionado con la presencia de grietas sangrantes en mujeres no tratadas.

**Objetivo:**

1. Cribado de enfermedad de Chagas a las mujeres procedentes de Bolivia.
2. Cribado de infección en los hijos de mujeres portadoras.
3. Tratamiento de los recién nacidos infectados.

**Procedimientos:**

1. Comprobación de la realización del cribado materno.
2. Cribado del recién nacido.
3. Tratamiento del recién nacido.
4. Consejo sobre lactancia.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Al ingreso o en el momento de la primera exploración médica debe preguntarse a las mujeres nativas de América del Sur si son de origen Boliviano y debe comprobarse en la historia obstétrica si se ha realizado cribado de enfermedad de Chagas durante la gestación o en el parto. En caso de no constar, el médico responsable solicitará la prueba al Servicio de Microbiología.



2. Si se conoce o se comprueba la infección materna, se realizará la prueba diagnóstica al recién nacido en la sangre del cordón (en paritorio) o mediante extracción antes del alta si no se obtuvo muestra de cordón, aunque esté asintomático. Las pruebas a realizar son: microhematocrito para tinción y visión directa (muestra en capilar heparinizado o tubo con EDTA) y PCR para *Trypanosoma cruzi* (2 mL de sangre en tubo con EDTA). Las muestras se enviarán al laboratorio de Microbiología.

3. Se citará a los niños asintomáticos para resultados y, en su caso, tratamiento y seguimiento en la consulta de enfermedades infecciosas (Inmunodeficiencias en nuestro Hospital). Los niños sintomáticos serán ingresados para iniciar tratamiento.

4. La enfermedad de Chagas no contraindica la lactancia materna. Sin embargo, se especula con la posibilidad de que exista riesgo de transmisión en caso de que la madre no tratada tenga grietas sangrantes. En esa circunstancia se puede plantear suspender transitoriamente la lactancia.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El tratamiento del recién nacido es curativo en más del 95% de los casos.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Falsos resultados de las pruebas diagnósticas, dada la poca experiencia en el diagnóstico de esta enfermedad en nuestro medio. Toxicidad del tratamiento, especialmente agranulocitosis, fiebre y Síndrome de Steven Jonson, hasta en un 5% de los tratados con benznidazol.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Las mujeres tratadas con serología positiva, pero sin parásito en sangre, no transmiten la enfermedad.

*Fecha de la última actualización:*

*5 de junio de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Billot C, Torrico F, Carlier Y. Cost effectiveness study of a control program of congenital Chagas disease in Bolivia. *Rev Soc Bras Med Trop* 2005;38 Suppl 2:108-13.
2. Torrico F, Castro M, Solano M, Rodríguez P, Torrico MC, Truyens C, Carlier Y. Effects of maternal infection with *Trypanosoma cruzi* in pregnancy development and in the newborn infant. *Rev Soc Bras Med Trop* 2005;38 Suppl 2:73-6.

3. Torrico F, Alonso-Vega C, Suarez E, Rodríguez P, Torrico MC, Dramaix M, Truyens C, Carlier Y. Endemic level of congenital *Trypanosoma cruzi* infection in the areas of maternal residence and the development of congenital Chagas disease in Bolivia. *Rev Soc Bras Med Trop* 2005;38 Suppl 2:17-20.

4. Torrico F, Alonso-Vega C, Suarez E, Rodríguez P, Torrico MC, Dramaix M, Truyens C, Carlier Y. Maternal *Trypanosoma cruzi* infection, pregnancy outcome, morbidity and mortality of congenitally infected and non-infected newborns in Bolivia. *Am J Trop Med Hyg* 2004;70:201-9.

5. Dias JC, Silveira AC, Schofield CJ. The impact of Chagas disease control in Latin America: a review. *Mem Int Oswaldo Cruz* 2002;97:603-12.

6. Mora MC, Sanchez Negrette O, Marco D, Barrio A, Ciaccio M, Segura MA, Basombra MA. Early diagnosis of congenital *Trypanosoma cruzi* infection using PCR, hemoculture, and capillary concentration, as compared with delayed serology. *J Parasitol.* 2005;91:1468-73.

7. Castro JA, de Mecca MM, Bartel LC. Toxic side effects of drugs used to treat Chagas' disease (American trypanosomiasis). *Hum Exp Toxicol* 2006;25:471-9.

8. Moncayo A. Revisión histórica de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en América Latina. *Enf. Emerg.* 2006; 8(Supl 1):11-13.

9. Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Lancet Infect. Dis.* 2001; 1:92-100.

10. Center for Diseases Control, Parasitic Disease Information. Enfermedad de Chagas. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish>.

#### **6.4.- Prevención de la varicela neonatal**

El virus de la varicela (VZV) produce el cuadro típico de varicela en la primoinfección y de herpes zoster tras la reactivación. La primoinfección afecta a 5 de cada 10.000 embarazadas aproximadamente. La vía de transmisión prenatal es transplacentaria. Ocurre en el 2% de las mujeres infectadas antes de la semana 20 de gestación, produciendo embriopatía varicelosa. La infección fetal se puede manifestar postnatalmente en forma de herpes zoster en los dos primeros años en un niño que no ha pasado postnatalmente la varicela. La transmisión postnatal se produce a través de secreciones respiratorias, contacto con vesículas o fómites contaminados recientemente. El período de incubación dura entre 10 y 21 días, pero se acorta en inmunodeprimidos y se prolonga con la administración de inmunoglobulina antivariela hasta 28 días. El período de contagio se extiende desde 2 días antes del inicio de la erupción cutánea hasta que todas las lesiones están en fase de costra. Existe por tanto un período de incubación

no contagiante que dura como mínimo 8 días. Hay dos formas clínicas neonatales según el momento en que aparezca la varicela materna:

- Varicela perinatal: varicela materna entre los 21 días previos al parto y 2 días después del parto. Cuando la varicela materna ocurre entre los 5 días previos al parto y las 48 horas posteriores, se infectan aproximadamente el 20% de los recién nacidos y la varicela puede ser muy grave, con un 30% de mortalidad. Es importante conocer que la erupción neonatal por varicela puede ser atípica, por lo que hay que vigilar la aparición de cualquier tipo de exantema en un niño con riesgo de varicela perinatal.

- Varicela neonatal adquirida: varicela materna a partir del tercer día postparto. Es poco probable que el feto haya estado expuesto a la viremia materna por lo que, si aparece infección en el recién nacido, su mecanismo de contagio es postnatal y la clínica suele ser leve y de aparición tardía, pasados los 15 primeros días de vida.

Se considera contacto de riesgo en el Hospital el que se produce con una persona contagiosa cara a cara, en la misma sala o habitación. Se consideran personas susceptibles las que no han pasado la varicela ni han sido vacunadas.

#### Objetivo:

Prevenir la varicela neonatal grave en caso de varicela materna.

Procedimientos:

1. Aislamiento respiratorio y de contacto.
2. Observación de la aparición de lesiones.
3. Profilaxis con inmunoglobulina antivariélica.
4. Lactancia materna y varicela.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Aislamiento respiratorio y de contacto del recién nacido: cuando la varicela materna ocurra en los últimos 5 días antes del parto o en las primeras 48 horas después del parto, aislar al bebé temporalmente de su madre hasta que ésta no sea contagiosa (generalmente entre 6 y 10 días después del inicio del exantema, una vez que se comprueba que todas las lesiones están en fase de costra). Hay que evitar que la madre afectada comparta habitación con otra que no haya pasado la varicela o no esté vacunada. Si es posible la madre con varicela debería estar aislada en una habitación.

2. Observación de la aparición de lesiones en el recién nacido hasta los 21 días de vida o 28 días

si recibieron Inmunoglobulina específica anti-VVZ. En caso de aparecer cualquier lesión cutánea, se ingresará al niño y se iniciará tratamiento con aciclovir hasta descartar la infección.

3. Profilaxis con inmunoglobulina antivariélica (Varitec®): está indicada en neonatos cuya madre presentó varicela desde 5 días antes del parto hasta 2 días después. Después del 2º día postparto, si la madre presenta una varicela o el recién nacido a término contacta con una persona con varicela, no estaría indicada la profilaxis con inmunoglobulina, aunque algunos expertos recomiendan usarla en cualquier neonato susceptible y expuesto.

Varitec® es un medicamento no comercializado en España. Se solicita a través de Medicamentos Extranjeros al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se puede preguntar a Farmacia si hay algún vial disponible para su uso inmediato, pero en cualquier caso hay que hacer la solicitud completa para reponerlo. Se administrará por vía intravenosa en el Servicio de Neonatología (ver trámite administrativo y pauta de administración en el protocolo de Varicela del Servicio de Neonatología).

4. Lactancia materna y varicela: durante el período de aislamiento, si la madre no presenta lesiones en la areola o periareolares, puede extraerse la leche para dársela a su hijo, hasta que sea posible alimentarlo directamente del pecho. Si la varicela materna se produce después de las 48 horas siguientes al parto, no es obligado aislar al niño. Si la varicela de la madre es leve y no presenta lesiones que dificulten el amamantamiento, puede continuar con la lactancia. La leche de estas mujeres contiene anticuerpos anti-VVZ. El tratamiento de la madre con aciclovir no contraindica la lactancia materna.

#### Eficacia de los procedimientos:

La inmunoglobulina antivariélica presenta su máxima eficacia si se administra en las primeras 48 horas siguientes a la exposición, aunque es eficaz hasta las 96 horas. Aunque la eficacia real no está bien establecida, hay autores que encuentran que puede prevenirse hasta en el 60% de los casos expuestos y disminuye el riesgo de neumonitis (del 25% a un 3-11%) o muerte (del 7% al 1%) en inmunodeprimidos. Se desconoce además el lapso en el cual las personas que la han recibido quedan protegidas de la varicela. La administra-



ción de inmunoglobulina a la madres durante la gestación no disminuye la transmisión materno-fetal.

#### **Riesgo de los procedimientos:**

Aunque remota, existe la posibilidad de transmisión de enfermedades virales asociada a la administración de inmunoglobulinas de donante humano.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

La indicación de aislamiento y en su caso inmunoprofilaxis o tratamiento se hará constar en la hoja de exploración del recién nacido y en las órdenes de tratamiento de la hoja de enfermería. En el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid se describirán las medidas tomadas ante el caso de varicela materna, si no hay informe del Servicio de Neonatología. Siempre que haya ingreso en el Servicio de Neonatología debe entregarse el informe correspondiente.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autora: Clara Alonso Díaz.*

#### **Bibliografía:**

1. Burchett SK. Infecciones víricas. En Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2005: 320-323.
2. Gomella TL. Varicella-zoster infections. Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases and drugs. 5th ed. Lange Medical Books/Mc Graw-Hill 2004: 454-456.
3. Varicela-zoster, virus, infecciones. Red Book 2003: 693 -707.  
([http://aapredbook.aappublications.org/cgi/spanish\\_pdf/2003/1/3.147.pdf?ck=nck](http://aapredbook.aappublications.org/cgi/spanish_pdf/2003/1/3.147.pdf?ck=nck)).
4. Enright AM, Prober CG. Herpesviridae infections in newborns: varicella zoster virus, herpes simplex virus and cytomegalovirus. *Pediatr Clin North Am.* 2004; 51 (4):889-908.
5. Alkalay AL, Pomerance JJ, Rimoin DL. Fetal varicella syndrome. *J Pediatr* 1987; 111:320-3.
6. Sauerbrei A, Wutzler P. The congenital varicella syndrome. *J Perinatol* 2000; 20:548-554.
7. Sauerbrei A, Wutzler P. Neonatal varicella. *J Perinatol.* 2001; 21 (8):545-549.
8. Arvin AM. Antiviral therapy for varicella and herpes zoster. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2002; 13 (1):12-21.
9. Gelber SE, Ratner AJ. Hospital-acquired viral pathogens in the neonatal intensive care unit. *Semin Perinatol* 2002; 26(5):346-356.

10. Díaz-Gómez NM. Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales.* Monografía de la AEP nº5. Ergon 2004: 111.

11. Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. *Clin Perinatol* 2004 ;31(3):501-28.

#### **6.5.- PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE**

El síndrome de la muerte súbita del lactante se define por la muerte inesperada de un lactante aparentemente sano, con menos de un año de vida, para la cual no se encuentra explicación tras revisar la historia clínica, examinar el lugar de la muerte y realizar la autopsia. Aunque no queda especificado en la definición, se acepta que ocurre durante el sueño.

Aunque no disponemos de datos en nuestro país, su frecuencia se estima en 1 por mil nacidos vivos aproximadamente, por lo que se trata de la primera causa de muerte infantil. El pico de frecuencia ocurre entre los 2 y los 4 meses, siendo poco frecuente antes del mes y después de los 9 meses. La causa es desconocida, pero se han identificado diversos factores de riesgo. Entre los que no pueden ser prevenidos eficazmente están los embarazos sin controlar, la mayor edad materna, la prematuridad y el bajo peso, el sexo masculino, la pobreza, el bajo nivel cultural y los antecedentes familiares. Los factores de riesgo potencialmente evitables son: la postura durante el sueño, otros hábitos de sueño y el tabaquismo materno.

- Posición durante el sueño: la posición en prono en la cuna durante el sueño es el factor de riesgo evitable más importante. Desde que en 1992 se pusiera en marcha en distintos países la campaña "dormir boca arriba", la incidencia de muerte súbita ha descendido más del 50 %. El decúbito lateral es inestable en los primeros meses de vida, siendo más fácil rodar hacia prono que hacia supino. Se ha demostrado que el decúbito lateral tiene mayor riesgo que la posición supina, aunque menor que el prono. En cuanto a la seguridad de la posición en supino, está muy claramente establecido que no aumenta el riesgo de atragantamiento ni aspiración y que no aumentan las muertes atribuibles a este hecho o a cualquier otro. De la misma

manera se acepta que el reflujo gastroesofágico no es más habitual en supino que en prono. Por el contrario, sí se ha demostrado la asociación del supino con aumento de la plagiocefalia postural.

- Otros hábitos durante el sueño

Colchones y almohadas: se ha encontrado asociación entre la muerte súbita y el uso de colchones blandos (lana, fibras vegetales), de cojines o almohadas, probablemente en relación con mayor probabilidad de sofocación.

Temperatura: la hipotermia y la hipertermia aumentan el riesgo de muerte súbita. Hay pruebas de mayor riesgo asociado a la cantidad de ropa o mantas sobre el bebé, así como a una temperatura elevada en la habitación y a los meses de invierno.

Dormir en la misma habitación que los padres reduce el riesgo.

Dormir en la misma cama que los padres se ha asociado a mayor riesgo si son fumadores, alcohólicos, muy obesos o toman psicofármacos, si el colchón es blando o duermen en sofá. Sin embargo hay culturas en las que compartir lecho es la norma, especialmente en los lactados al pecho y la frecuencia de muerte súbita es muy baja. Las circunstancias en las que se produce el hecho de compartir cama parecen condicionar el riesgo. Por ello, salvo en las situaciones de riesgo mencionadas, no se hará consejo en contra y se permitirá el colecho durante el ingreso, especialmente cuando la madre amamante al recién nacido.

Uso de chupete durante el sueño: recientemente varios estudios de casos y controles han encontrado una asociación entre el uso de chupete durante el sueño, nocturno o diurno, y menor frecuencia de muerte súbita. La Academia Americana de Pediatría recomendó en 2005 el uso de chupete durante el sueño en los recién nacidos alimentados artificialmente y a partir del mes en los niños con lactancia materna. Recomendaciones similares se están haciendo en algunos países europeos. Se han descrito maloclusiones dentarias entre los niños que usan chupete, pero cuando su uso no se prolonga excesivamente, éstas desaparecen. También se ha descrito mayor frecuencia de otitis media.

Tabaquismo: el consumo materno de tabaco durante el embarazo, dobla el riesgo de muerte súbita del lactante y es dosis dependiente (más riesgo a mayor consumo). El hecho de que el padre fume en presencia de la madre intensifica el efecto negativo. Después del parto, exponer al lactante al humo del tabaco también aumenta el riesgo.

### Objetivo:

Disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita en los recién nacidos, adoptando hábitos preventivos durante la estancia hospitalaria e informando a los padres sobre las medidas de prevención.

### Procedimientos:

#### 1. Prácticas en la maternidad:

- Se colocará a los niños en decúbito supino para dormir.
- Se cuidará que no haya ropa u objetos inadecuados en las cunas.
- Se evitará el arropamiento excesivo.
- Se comprobará la temperatura de la habitación, para adecuar la vestimenta.
- Se desaconsejará el uso de chupete durante el primer mes en los niños lactados al pecho.

#### 2. Consejos preventivos:

- Posición para dormir.
- Características de las cunas, los colchones y la ropa para dormir.
- Temperatura de la habitación.
- Prevención de la exposición al humo de tabaco.
- Uso del chupete.

#### 3. Detección de antecedentes familiares.

### Descripción de los procedimientos:

#### 1. Prácticas en la maternidad para los profesionales de enfermería y auxiliares:

- Se colocará a los recién nacidos en las cunas siempre en supino y se retirarán la ropa y los objetos inadecuados que encuentren. Si encuentran niños en prono o lateral, se aconsejará a los padres el cambio de postura. No se pondrán en las cunas almohadas, toallas o empapadores enrollados ni otra ropa que no sea la sábana y la manta. No se cubrirá la cabeza de los niños con la ropa de la cama.
- Se advertirá a los padres sobre el arropamiento excesivo, si se observa.
- Se anotará en la gráfica la temperatura de la habitación por turno y se adecuará el arropamiento de los niños, para orientar a los padres respecto a los hábitos en el domicilio.

- Se desaconsejará el uso de chupete durante el primer mes de vida a las mujeres que dan el pecho a sus hijos.

2. Consejos preventivos para el domicilio: durante el ingreso, el profesional de enfermería responsable de cada niño informará a los padres antes del alta y registrará la actividad en la gráfica de enfermería. Los consejos preventivos serán los siguientes:

- Es muy importante colocar al bebé en decúbito supino para dormir en la cuna. Se informará de los beneficios de poner a los niños en supino y de los riesgos del prono y el lateral durante el sueño en la cuna. Si la madre hace cuidados canguro en los primeros días el recién nacido puede estar en prono sobre su madre. Durante los períodos de vigilia es conveniente coger al niño en brazos y cambiarle de postura, incluyendo el prono, para evitar la plagiocefalia postural y el retraso en las adquisiciones motoras. **Dormir boca arriba, jugar boca abajo.**

- Utilizar una cuna homologada para recién nacidos y colchones firmes que ajusten bien con los laterales de la cuna. La ropa de la cuna debe ser ligera y debe dejar descubierta la cabeza. No debe ponerse al niño a dormir sobre cojines blandos, almohadones, colchones de agua u otras superficies blandas.

- La cuna debe ponerse en la habitación de los padres, al menos durante los primeros 6 meses. Dormir junto a la madre en la misma cama, si el colchón es de consistencia firme, no aumenta el riesgo. Sin embargo el lactante no debe dormir con otras personas distintas a sus padres en la misma cama.

- La temperatura de la habitación debe ser agradable, aproximadamente de  $22 \pm 2^\circ\text{C}$ .

- El bebé no debe inhalar humo de tabaco. No se debe fumar en la casa ni llevar al bebé a recintos donde haya fumadores.

- Se puede usar chupete durante el sueño en los niños lactados al pecho, a partir del mes de vida. En los que reciben alimentación exclusivamente artificial se puede usar desde el nacimiento.

3. Detección de antecedentes familiares: si los padres refieren un antecedente de muerte súbita del lactante en un hijo previo, se insistirá en los consejos de prevención y se comunicará al neonatólogo responsable para valorar la posible indicación de monitorización a domicilio.

### Eficacia de los procedimientos:

Las campañas preventivas aconsejando la posición supina durante el sueño han disminuido en un 40-70% el síndrome de muerte súbita del lactante en todos los países donde se han realizado. El efecto preventivo del chupete está aún por definir en poblaciones grandes.

### Riesgo de los procedimientos:

La posición en supino se ha asociado a mayor frecuencia de plagiocefalias y a cierto retraso en las adquisiciones motoras. El uso excesivamente prolongado del chupete se asocia a maloclusión dental.

### Excepciones de los procedimientos:

En los recién nacidos con malformaciones craneofaciales o con obstrucción respiratoria alta, el consejo de posición durante el sueño se hará individualmente según criterio médico.

### Registro:

El profesional de enfermería que dé a los padres los consejos preventivos lo registrará en la gráfica de enfermería.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Susana de la Heras Ibarra, Gerardo Bustos Lozano.*

### Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Task force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing Concepts of Sudden Infant Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and sleep Position. *Pediatrics*. 2000;105:650-656.
2. American Academy of Pediatrics. Task force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Syndrome: Diagnostic coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to consider in Reducing Risk. *Pediatrics*. 2005;116:1245-1255.
3. Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita del lactante de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Medidas preventivas ambientales. *An Pediatr*. 2001;54:573-4.
4. Fern R Hauck, Olanrewaju O Omojokun, Mir S Siadaty. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2005; 116 :1211.
5. DJ Henderson- Smart, A-L Ponsonby and E Murphy. Reducing the risk of sudden infant death syndrome: A review of the scientific literature. *J. Paediatr. Child Health*. 1998;34:213-219.
6. Community Paediatrics Committee, Canadian

- Paediatric Society.(CPS) Recommendations for safe sleeping environments for infants and children Paediatrics & Child Health. 2004;9:659-663.
7. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Apnea, Sudden Infant Death Syndrome, and Home Monitoring. Pediatrics. 2003;111:914-917.
8. Gingras JL, Mitchell EA, Grattan KJ, Stewart AW. Effects of maternal cigarette smoking and cocaine use in pregnancy on fetal response to vibroacoustic stimulation and habituation. Acta Paediatr. 2004; 93:1479-1485.
9. Mark E Anderson, Daniel C Johnson, Holly A Batal. Sudden Infant death syndrome and prenatal maternal smoking: rising attributed risk in the back to sleep era. BMC medicine. 2005; 3:4
10. Hawamdeh A, Kasasbh FA, Ahmad MA. Effects of passive smoking on children's health: a review. East Mediterr Health J. 2003 May;9:441-7.
11. B. Lynne Hutchison, Luke A.D. Hutchison, John M.D. Thompson and Ed A. Mitchell .Plagiocephaly and Brachycephaly in the First Two Years of Life: A Prospective Cohort Study Pediatrics. 2004;114:970-980.
12. Blair PS, Fleming PJ. Summies and SIDS: causality has not been established. BMJ. 2006; 332:178.
13. Vennemann MM, Martina F, Trude B, et al. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. Acta Paediatr. 2005;94:655-60.
14. Tappin D, Ecob R, Brook H. Bedsharing, roomsharing and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. J Pediatr. 2005;147:32-37.
15. Kattwinkel J, Hauck FR, Moon RY, Malloy M, Willinger M. Bed sharing with unimpaired parents is not an important risk for sudden infant death syndrome. Author reply. Pediatrics. 2006; 117:994-6.
16. Li DK, Willinger M, Petitti DB, et al. Use of a dummy during sleep and risk of sudden infant death syndrome: population based case-control study. BMJ. 2006;332:18-22.
17. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? Pediatrics. 2006; 117:1755-8.
18. Hauck FR. Pacifiers and sudden infant death syndrome: What should we recommended? Pediatrics. 2006;117:1811-12.

### 6.6.- CRIBADO DE ENFERMEDADES ENDOCRINO METABÓLICAS Y DE HEMOGLOBINOPATÍAS

La detección de problemas médicos antes de que produzcan secuelas permanentes o situaciones gravedad es uno de los paradigmas de la prevención en Pediatría. Hay enfermedades que pueden producir secuelas irreversibles si no son diagnosticadas en la fase presintomática y que no son detectables en la exploración clínica neonatal.

Clásicamente el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria constituían dos enfermedades que producían graves secuelas neurológicas y retraso mental a pesar de iniciarse el tratamiento cuando aparecían los primeros síntomas. La evidencia de eficacia de la intervención presintomática y la disponibilidad de medios diagnósticos sencillos llevó a la instauración universal del cribado neonatal, las llamadas coloquialmente pruebas metabólicas. Posteriormente el cribado neonatal se ha ido ampliando a otras enfermedades en diferentes países. Las posibilidades actuales abarcan múltiples enfermedades genéticas del metabolismo, fibrosis quística, hemoglobinopatías, hiperplasia suprarrenal congénita e incluso tumores (neuroblastoma). El campo del cribado neonatal está en expansión y la moderna biotecnología hará que en los próximos años se multipliquen las posibilidades y cambien los protocolos. En la Comunidad de Madrid, actualmente está implantado el cribado de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal y hemoglobinopatías en la primera muestra (primera prueba) e hiperfenilalaninemias en la segunda. La primera prueba debe realizarse antes del alta del Hospital, habitualmente a las 48 horas. La segunda se realiza habitualmente en Atención Primaria entre los 5 y los 10 días de vida.

#### Objetivos:

1. Extraer la muestra de la primera prueba de cribado a todos los nacidos que permanezcan en las plantas de maternidad, antes del alta y remitirla al Laboratorio de Cribado Neonatal del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
2. Igualmente, extraer y remitir la segunda muestra a todos los neonatos que permanezcan en el Hospital al 4º día de vida.

#### Procedimientos:

1. Primera prueba de cribado.
2. Segunda prueba de cribado.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Primera prueba de cribado: el profesional de enfermería responsable de cada recién nacido la realizará preferentemente a las 48 de vida, tras informar a los padres. Si por cualquier motivo el neonato abandona antes el Hospital, se realizará siempre, justo antes del alta. Antes de la extracción de la muestra los padres cumplimentarán los datos de la tarjeta de papel filtro corres-

pendiente a la primera prueba. El procedimiento de la extracción de sangre capilar se realizará habitualmente en la habitación, con la madre, a poder ser en brazos y con el niño al pecho o con succión no nutritiva. La técnica es la siguiente:

- Lavado de manos previo.
- Se administran de 0,2 ml de sacarosa vía oral 2 minutos antes de la punción.
- Se calienta el talón con masaje suave o agua caliente (37° C) para favorecer la vasodilatación y permitir una recolección de sangre más fácil.
- Se desinfecta la zona con clorhexidina al 0,5%-1%. No deben usarse povidona yodada (contraindicada en recién nacidos) ni alcohol (produce hemólisis).
- Se coloca al recién nacido de forma que nos permita un acceso fácil a la extremidad en la que realizaremos la punción.
- Se punciona en la cara lateral del talón con la lanceta y se exprime suavemente el talón bombeando para facilitar la salida de sangre capilar, colocando el papel del filtro en la zona de punción y dejando que se absorba una cantidad de sangre suficiente para llenar el círculo preimpreso. Llenar todos los círculos, no acumulando capas sucesivas de sangre ni empapar por ambas caras de la tarjeta (ver anexo al final del capítulo).
- Mantener presión sobre el sitio de punción con una gasa estéril hasta que se detenga el sangrado.
- Colocar un algodón adherido para facilitar la hemostasia (evitar poner esparadrapo alrededor de la extremidad).
- La muestra se deja secar sobre una superficie seca, plana y no absorbente.
- No juntar unas muestras con otras hasta que no estén secas.
- Comprobar que las tarjetas están cumplimentadas correctamente evitando tachaduras y verificando con los padres que los datos son veraces.
- Las horas de vida deben quedar reflejadas en la tarjeta por el profesional de enfermería que realiza la prueba.
- En caso de que la madre tenga patología tiroidea, con o sin tratamiento, deberá reflejarse en el apartado de observaciones de la primera prueba.
- Si el recién nacido ha sido transfundido, debe hacerse constar.

- Las muestras ya secas se guardan en nevera y se envían en el turno de mañana al Laboratorio de Bioquímica, que las remite a los centros de referencia para la realización del cribado.

- El material necesario para realizar la técnica es el siguiente:

- Lanceta de punción cutánea.
- Gasas estériles.
- Esparadrapo.
- Clorhexidina.

5. Papel filtro específico para la realización del cribado.

6. Sacarosa al 12%.

2. Segunda prueba de cribado: se realizará a los niños que sigan en la planta al 4° día de vida. El procedimiento es, por lo demás, igual que el de la primera prueba, salvo que el recién nacido debe haber permanecido en ayunas al menos 90 minutos antes de la prueba.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Es la propia de cada uno de los cribados. La detección y tratamiento precoz del hipotiroidismo congénito y las hiperfenilalaninemias previene alteraciones cerebrales. La detección de hiperplasia suprarrenal, situaciones graves de insuficiencia suprarrenal y virilización. La detección de hemoglobinopatías permite iniciar precozmente tratamientos preventivos contra las infecciones y prevenir complicaciones.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Las punciones en el centro del talón aumentan el riesgo de osteomielitis. Pinchar repetidamente sobre la misma zona puede provocar pérdida de tejido y lesiones en el talón. La cumplimentación errónea de los datos de la tarjeta puede hacer que se pierdan los resultados o que se atribuyan a otro niño. El extravío de la muestra impediría la realización del cribado.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Si los padres rechazan el cribado se avisará al neonatólogo responsable, que les informará de las razones por las que se hace y las ventajas para los niños. Si después de esta información, siguen rechazando el procedimiento, se respetará su decisión, salvo que se considere que el niño tiene un riesgo especial, en cuyo caso se procederá a solicitar permiso al juez para realizar la prueba al recién nacido.



**Registro:**

El profesional de enfermería responsable registrará la fecha de la extracción para cribado de la/s prueba/s realizada/s en el Documento de Salud Infantil (página 4), en la hoja de enfermería y en libro de registro de pruebas de la planta.

*Fecha de la última actualización:*

15 de febrero de 2007.

*Autores: M<sup>o</sup> Carmen Pérez Gerpe, M<sup>o</sup> Isabel Abascal Tudanca, Rosa M<sup>o</sup> Maestro Pérez, Gerardo Bustos Lozano.*

**Bibliografía:**

1. Mardsden D, Larson C, Levy HL. Newborn screening for metabolic disorders. *J Pediatr*. 2006;148:577-584.
2. Leonard JV, Morris AA. Diagnosis and early management of inborn errors of metabolism presenting around the time of birth. *Acta Paediatr*. 2006;95:6-14.
3. Seashore MR, Seashore CJ. Newborn screening and the pediatric practitioner. *Semin Perinatol*. 2005;29:182-188.
4. Curso de cribado neonatal de endocrino metabólicas congénitas. Agencia Iain Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. 16 y 17 de diciembre de 2004.

**6.7.- DETECCIÓN PRECOZ DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN**

Aproximadamente 3 de cada 1.000 recién nacidos tienen una pérdida auditiva con umbral superior a 40 dB. La sordera congénita impide el desarrollo del lenguaje oral y afecta por ello al desarrollo intelectual, emocional y social del recién nacido. Durante los primeros 3 meses de vida se produce la maduración de las vías auditivas. Sin programas específicos de cribado el diagnóstico de la pérdida grave de audición se produce alrededor de los tres años como media. La detección precoz y la intervención para mejorar la audición en los primeros 6 meses permiten aprovechar el período de plasticidad cerebral para conseguir el desarrollo del lenguaje y mejorar el aprendizaje. La detección de hipoacusia grave en recién nacidos cumple los requisitos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para un cribado universal.

**Objetivos:**

1. Detectar a los recién nacidos con pérdida auditiva mayor de 40 dB mediante una prueba

de Potenciales Auditivos de Tronco Cerebral automatizados.

2. Detectar a los recién nacidos con indicadores de riesgo de pérdida auditiva tardía.
3. Iniciar el estudio para confirmar el diagnóstico antes de los 3 meses.

**Procedimientos:**

1. Cribado universal de los recién nacidos con prueba de Potenciales Auditivos de Tronco Cerebral automatizados.
2. Cribado de indicadores de riesgo de pérdida auditiva tardía.
3. Solicitud de estudio diagnóstico de confirmación.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Cribado universal con Potenciales Auditivos de Tronco Cerebral automatizados: será realizado antes del alta por el personal sanitario dedicado a ello en el Plan de Detección Precoz de Hipoacusia en Recién Nacidos de la Comunidad de Madrid.
2. Cribado de indicadores de riesgo de pérdida auditiva tardía: será realizado igualmente antes del alta por el personal sanitario del Plan de Detección Precoz de Hipoacusia en Recién Nacidos de la Comunidad de Madrid.
3. Solicitud de estudio diagnóstico de confirmación: los profesionales encargados del cribado enviarán al Servicio de Otorrinolaringología a los recién nacidos que no pasen el cribado, así como a los que tengan indicadores de riesgo de hipoacusia tardía (ver anexo II).

**Eficacia de los procedimientos:**

El cribado neonatal universal es necesario porque la estrategia de estudiar sólo a los recién nacidos con indicadores de riesgo permite detectar sólo al 50% de los casos de hipoacusia congénita grave. Por otro lado, el diagnóstico de las pérdidas auditivas progresivas o tardías requiere el seguimiento de los recién nacidos con indicadores de riesgo.

**Riesgos de los procedimientos:**

Los resultados falsamente positivos de la prueba de cribado de pérdida auditiva son muy frecuentes, tanto, que en un cribado universal, pueden ser la gran mayoría. Por ese motivo, debe advertirse a los padres que si las pruebas dan resultados anormales, deben repetirse para confirmar el diagnóstico.

**Excepciones de los procedimientos:**

Negativa de los padres al cribado. En ese caso se comunicará al neonatólogo responsable que

valorará la situación en función del riesgo del recién nacido.

#### **Registro:**

Los registros de esta actividad serán responsabilidad de los profesionales encargados de esta actividad en el Plan de Detección Precoz de Hipoacusia en Recién Nacidos de la Comunidad de Madrid.

*Fecha de la última actualización:*

*5 de junio de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Plan de Detección Precoz de Hipoacusia en Recién Nacidos. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.
2. European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening. European consensus statement on neonatal hearing screening. Milan. 1998.
3. Grosse SD, Ross DS. Cost savings from universal newborn hearing screening. *Pediatrics*. 2006;118:844-5.
4. Windmill S, Windmill IM. The status of diagnostic testing following referral from universal newborn hearing screening. *J Am Acad Audiol*. 2006;17:367-78.
5. Mazlan R, Hickson L, Driscoll C. Measuring parent satisfaction with a neonatal hearing screening program. *J Am Acad Audiol*. 2006; 17:253-64.
6. Mutton PE, Peacock KM. Hearing impaired neonate: role of the paediatrician. *J Paediatr Child Health*. 2006;42:384-6.
7. Arnold CL, Davis TC, Humiston SG, Bocchini JA Jr, Bass PF 3rd, Bocchini A, Kennen EM, White K, Forsman I. Infant hearing screening: stakeholder recommendations for parent-centered communication. *Pediatrics*. 2006;117(5 Pt 2):S341-54.
8. Morton CC, Nance WE. Newborn hearing screening: a silent revolution. *N Engl J Med*. 2006;354:2151-64.
9. Uus K, Bamford J. Effectiveness of population-based newborn hearing screening in England: ages of interventions and profile of cases. *Pediatrics*. 2006 May;117:e887-93.
10. Schroeder L, Petrou S, Kennedy C, McCann D, Law C, Watkin PM, Worsfold S, Yuen HM. The economic costs of congenital bilateral permanent childhood hearing impairment. *Pediatrics*. 2006;117:1101-12.
11. Weichbold V, Nekahm-Heis D, Welz-Mueller K. Universal newborn hearing screening and postnatal hearing loss. *Pediatrics*. 2006; 117:e631-6.

#### **6.8.- TRANSPORTE EN COCHE DEL RECIÉN NACIDO**

Cada año se producen en España aproximada-

mente 300 muertes de niños por accidente de circulación y un número superior de lesiones graves, a menudo discapacitantes. La normativa de tráfico vigente (Ley 17/2005, BOE del 20 de Julio de 2005) establece la obligatoriedad de usar sistemas de retención para recién nacidos en los vehículos. No utilizar estos sistemas supone un grave riesgo para los niños. Los niños sin sujeción sufren cinco veces más lesiones mortales que los que van adecuadamente sujetos. El efecto protector de los sistemas de retención es mayor cuanto mayor es la posibilidad de sufrir una lesión grave. Concienciar a los padres de la necesidad de usar estos mecanismos de protección desde que se llevan a su hijo del hospital es también labor del sistema sanitario.

#### **Objetivo:**

Que los padres que van a volver a sus domicilios en vehículo privado utilicen los sistemas de retención adecuados para los recién nacidos.

#### **Procedimientos:**

1. Colocación de carteles informativos en lugares visibles sobre los sistemas de retención infantil en todas las plantas de maternidad.
2. Formación del personal sanitario para que pueda responder adecuadamente a las demandas de información de los padres.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. Se colocarán carteles explicativos sobre los sistemas de retención infantil en todas las plantas de Maternidad, cerca de los controles de enfermería en lugar visible al salir o entrar a la planta.
2. Los consejos preventivos que debe conocer el personal sanitario son los siguientes:
  - No arrancar el coche hasta que el niño esté bien sujeto.
  - No llevar al niño en brazos bajo ninguna circunstancia.
  - El niño debe ir preferentemente en la parte posterior del vehículo. Está prohibido circular con menores de 12 años en el asiento delantero, salvo que usen dispositivos de retención adecuados.
  - El recién nacido debe ir siempre sujeto con un sistema de seguridad homologado.
  - El portabebés o el capazo deben instalarse correctamente con el cinturón en el vehículo. Deben quedar firmemente sujetos al asiento del vehículo, de modo que se elimine cualquier movimiento, ya sea lateral o longitudinal.



- Si la instalación del portabebés es en sentido inverso a la marcha, nunca debe colocarse delante de un airbag frontal de pasajero y si se coloca en esta posición debe inactivarse el airbag (esto no es posible en todos los vehículos).
- Los capazos siempre deben ajustarse de manera que el extremo de la cabeza esté enfrentado a la parte media del vehículo. De este modo, puede evitarse un golpe directo en la cabeza del niño en un choque lateral.
- Nunca se deben transportar objetos pesados o con cantos agresivos en el interior del vehículo, puesto que en caso de colisión, se convertirían en "proyectiles".
- No hay que descuidar la seguridad de los niños mayores ni la de los adultos, ya que en caso de impacto, podemos golpear a los más pequeños al salir despedidos.
- Hay que leer todas las advertencias e instrucciones de instalación, tanto en el manual del propietario del vehículo como en el manual de instrucciones del sistema de retención infantil.
- Los adultos deben usar siempre el cinturón para su seguridad y para dar ejemplo a los niños.

**Eficacia de los procedimientos:**

El uso de sistemas de retención infantil reduce la mortalidad y la posibilidad de sufrir lesiones graves entre un 40 y un 70%. Si se utiliza el dispositivo adecuado y correctamente instalado, la probabilidad de que el niño resulte ileso en caso de accidente es 2,6 veces superior que si no lo usa.

**Riesgo de los procedimientos:**

Mal uso de los dispositivos.

**Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

**Registro:**

Ninguno.

*Fecha de la última actualización:*

18 de diciembre de 2006.

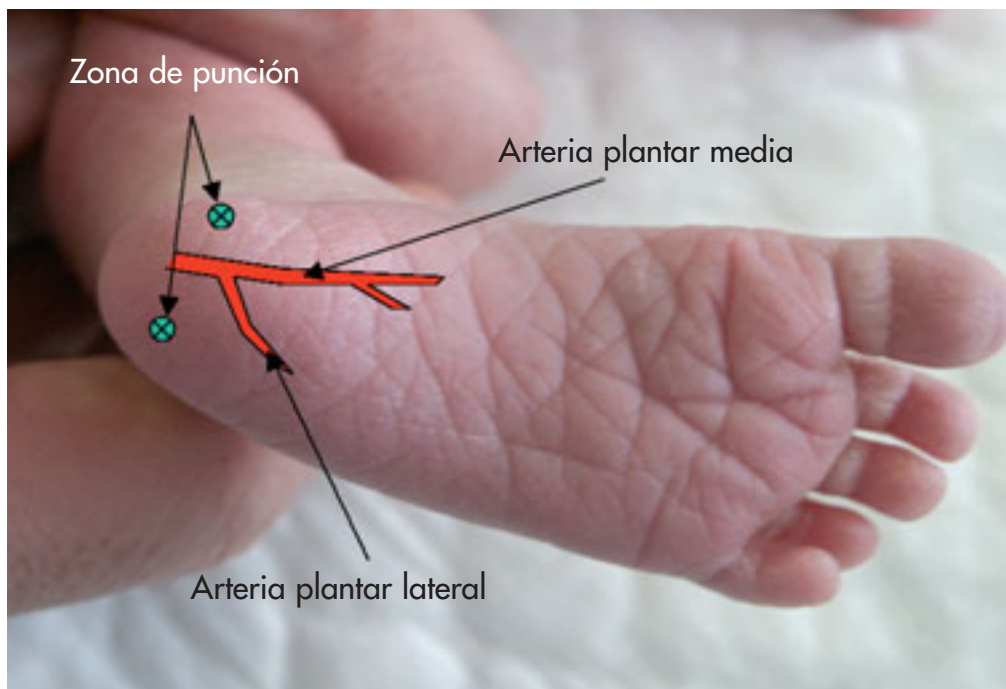
*Autores: Inge Alonso Larruscain, Gerardo Bustos Lozano.*

**Bibliografía**

1. American Academy of Pediatrics. Safe transportation of newborns at hospital discharge. *Pediatrics*. 2006;104;986-987.
2. American Academy of Pediatrics. Selecting and using the most appropriate car safety seats for growing children: guidelines for counseling parents. *Pediatrics*. 2002;109;550-553.
3. Asociación Española de Pediatría. Campaña de seguridad de los niños en el vehículo 2005.
4. RACE Seguridad vial. Sistemas de retención infantil. Informe RACE 2005.
5. González JC. Cómo utilizar bien los sistemas de retención infantil. *Tráfico*. Mayo-Junio 2003.
6. Langan R. Discharge procedures for healthy newborns. *American Family Physician*. 2006; 73: 849-8.
7. Howard A. Automobile restraints for children: a review for clinicians. *Canadian Medical Association Journal*. 2002;167(7):769-773.

ANEXO I

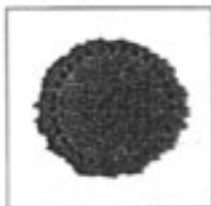
**TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS ENDOCRINO METABÓLICAS**



Punción de talón para toma de muestra de sangre capilar (pruebas endocrino metabólicas, glucemia capilar, bilirrubinemia, gasometría y otras determinaciones)

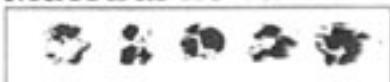
# Prueba Selectiva Sencilla

## Muestra válida



Deje que se absorba una cantidad de sangre suficiente para llenar por completo el círculo preimpreso en el papel de filtro. Llene todos los círculos necesarios con sangre. No acumule capas sucesivas de gotas de sangre ni aplique sangre más de una vez al mismo círculo de obtención. Evite tocar las gotas de sangre o que éstas se riequen.

## Muestras no válidas



1. La cantidad de la muestra es insuficiente para la prueba.



2. La muestra aparenta estar mojada o desgastada.



3. La muestra no se había secado antes del envío.



4. La muestra aparenta estar sobrecalentada.



5. La muestra aparenta estar diluida, destilada o contaminada.



6. La muestra exhibe signos de agua.



7. La muestra aparenta tener coágulos o capas sucesivas.



8. No hay sangre.

## Causas posibles

- Se quitó el papel de filtro antes de que la sangre llenara por completo el círculo o antes de que se absorbiera hasta el segundo lado.
- Se aplicó la sangre al papel de filtro con un tubo capilar.
- Antes o después de la obtención de la muestra de sangre, se tocó el papel de filtro con las manos (con o sin guantes), loción para las manos, etc.
- Antes o después de la obtención de la muestra de sangre, el papel de filtro entró en contacto con las manos (con o sin guantes) o con sustancias tales como loción para las manos o talco.
- Se aplicó la sangre con un tubo capilar u otro dispositivo.
- Se envió la muestra por correo antes de dejarla secar durante un mínimo de cuatro horas.
- Se aplicó un exceso de sangre al papel de filtro, probablemente con un dispositivo.
- Se aplicó sangre a ambos lados del papel de filtro.
- Se apretó o estrujó la zona que rodea el área de punción.
- Antes o después de la obtención de la muestra de sangre, el papel de filtro entró en contacto con las manos (con o sin guantes) o sustancias tales como alcohol, soluciones antisépticas, agua, loción para las manos, talco, etc.
- Las manchas de sangre se expusieron al calor directo.
- No se secó el alcohol del área de punción antes de hacer la punción cutánea.
- El papel de filtro entró en contacto con alcohol, loción para las manos, etc.
- Se apretó excesivamente la zona que rodea el área de punción.
- La muestra no se secó correctamente.
- Se utilizó un tubo capilar para aplicar la sangre al papel de filtro.
- El mismo círculo del papel de filtro entró en contacto con gotas de sangre más de una vez.
- Se aplicó sangre a ambos lados del papel de filtro.
- No se logró obtener una muestra de sangre.

Fabricante del papel de obtención de muestras 903  
Información suministrada por el Departamento de Salud de Nueva York

**Schleicher & Schuell**

Schleicher & Schuell GmbH • P.O. Box 1 • D-22041 Rosenburg • Fed. Rep. of Germany • Tel. 0430-764 • Telex 9200-9104 • Vozes 9200-9104  
Schleicher & Schuell Inc. • 200 Central Avenue • Kansas City, MO 64116 • Tel. (816) 231-3000 • Telex 9200-9104  
Schleicher & Schuell (UK) Ltd. • 200 Central Avenue • Portland, ME • Southampton • Tel. (01) 47 48 48 • Telex 9200-9104  
Schleicher & Schuell (France) S.A. • P.O. Box 220 • 9200-9104 • France • Tel. 01 47 48 48 • Telex 9200-9104  
Schleicher & Schuell (Spain) S.A. • P.O. Box 220 • 9200-9104 • Spain • Tel. 01 47 48 48 • Telex 9200-9104  
Schleicher & Schuell (Italy) S.p.A. • Via S. Maria 10 • 20121 Milano • Italy • Tel. 02 47 48 48 • Telex 9200-9104



Equipos-lavante estéril con punta de caucho de 2,5 cm, toallitas empapadas con alcohol estéril, almohadillas de gasa estériles, paño suave, formulario para la toma de sangre, guantes.



Llene TODA la información. Para evitar la contaminación de los círculos de papel de filtro, no permita que los círculos estén en contacto con superficies ni tampoco las toque ni antes ni después de la toma de sangre. Si corresponde, gaste la "COPIA DEL REMITENTE".



3 El área sombreada (**2**) indica las zonas donde puede hacerse una punción sin peligro.

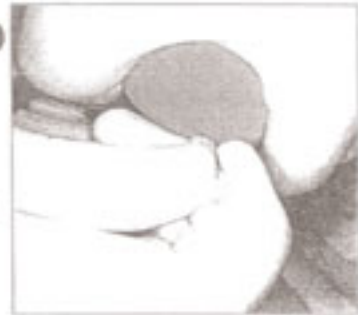


4 Caliente el área durante tres a cinco minutos con un paño suave, humedecido con agua estéril a 41°C.

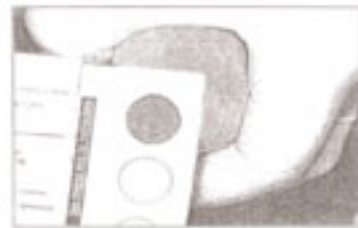


5 Limpie el área con la toallita empapada con alcohol. SEQUELA con una almohadilla de gasa estéril.

# Procedimiento de Toma y Manipulación de Muestras de Sangre Para Pruebas en Recién Nacidos



6 Pique una puntita en el talón. Limpie la primera gota de sangre con una almohadilla de gasa estéril. Dale que se forme otra gota GRANDE de sangre.



7 Toque la gota GRANDE de sangre levemente con el papel de filtro. Deje que la sangre se absorba y que forme el círculo por completo con una SOLA aplicación a la gota GRANDE de sangre. (Para asegurar el flujo de sangre, puede aplicar presión MUY LEVE en forma levemente al área que rodea el otro de puntitos.) Aplique la sangre solamente a uno de los lados del papel de filtro.



8 Llene los círculos sucesivos de la misma manera que lo hizo para el paso 7, con gotas de sangre sucesivas. Si se reduce el flujo de sangre, repita los pasos 5 a 7. El círculo en la parte del área de punción debe hacerse de acuerdo con los procedimientos de su institución.



9 Seque los puntos de sangre en una superficie plana no absorbente, que será seca y limpia, durante un mínimo de cuatro horas.



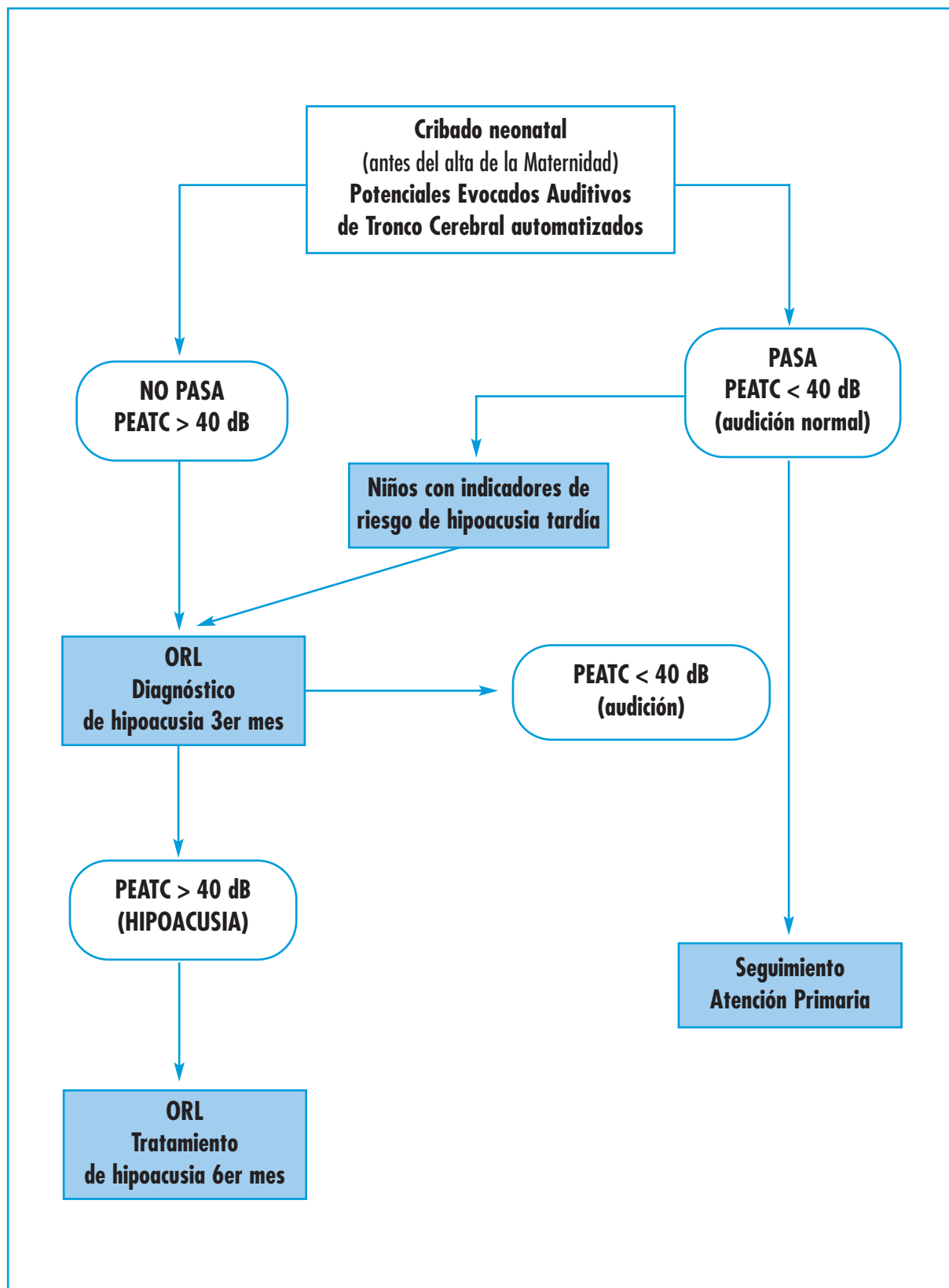
10 Envíe el formulario base al laboratorio de análisis dentro de las 24 horas siguientes a la toma de sangre.

Schleicher & Schuell

Schleicher & Schuell (Spain) S.L. C/El Estero, 11 • P.O. Box 40 • 28010 Madrid • Tel. (34) 91 404 10 01 • Telex 33010 • Telex 33010 • Telex 33010 • Telex 33010  
Schleicher & Schuell Inc. • 200 Spring Street • Boston, MA 02114 • Tel. (617) 552-1000 • Telex 205322 • Telex 205322

ANEXO II

**ALGORITMO DE DERIVACIÓN EN CASO DE POSIBLE PÉRDIDA AUDITIVA**



## CAPÍTULO 7

# OBSERVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

La observación clínica y los cuidados de enfermería deben ser continuos y por lo tanto afectan a todos los turnos. Sin embargo, por razones de la distribución del personal, será el turno de mañana el que asuma habitualmente los cuidados rutinarios, como el pesar diariamente, medir longitud y perímetro cefálico y registrar las medidas antropométricas.

### 7.1.- ANTROPOMETRÍA

El crecimiento y la nutrición fetal se valoran al nacimiento con tres parámetros antropométricos fundamentales: el peso, la longitud y el perímetro craneal. Según el peso, los recién nacidos son clasificados como de peso adecuado (percentil entre 10 y 90), peso bajo (percentil inferior a 10) o peso elevado (percentil mayor de 90) para la gestación. Según la longitud, el crecimiento fetal se considera adecuado, retrasado o exagerado. Si durante la gestación se ha observado mediante ecografía fetal una detención del crecimiento en el último trimestre, se diagnostica un crecimiento intrauterino retardado (CIR). Los niños con CIR pueden tener un peso mayor del percentil 10, pero parecerán desnutridos, con una longitud en percentil mayor que el peso y un perímetro craneal normal. Los nacidos con bajo peso, sobre todo si han tenido CIR, tienen mayor riesgo de hipotermia, hipoglucemia y problemas de intolerancia digestiva entre otros. Hay fetos que crecen poco por causa genética y que pueden tener un peso y longitud bajos, sin aspecto de desnutrición intrauterina y no deben ser clasificados como CIR. Con frecuencia los padres y sus familias tienen tallas bajas, pero también puede ocurrir que presenten alguna enfermedad genética.

La medición del perímetro craneal nos sirve también para detectar a niños con microcefalia (perímetro inferior a 3 desviaciones estándar) o macrocefalia (perímetro superior a dos desviaciones estándar), que pueden precisar estudios diagnósticos.

La medición correcta del peso, la longitud y el perímetro craneal al nacer son importantes porque son el valor de referencia para medir la pérdida



de peso durante el ingreso, el crecimiento en los primeros meses y también el crecimiento craneal. En los dos primeros días de vida se produce habitualmente una pérdida de peso de los recién nacidos, que puede ser de hasta un 10% como máximo en nacidos a término en condiciones normales. Durante la estancia de los neonatos en la planta de Maternidad debe vigilarse que la pérdida de peso no sea excesiva, lo que indicaría una posible deshidratación.

#### Objetivos:

1. Comprobar que se ha medido y registrado correctamente el peso al nacimiento.
2. Medir a todos los recién nacidos correctamente la longitud y el perímetro craneal en las primeras 24 horas de vida.
3. Clasificar correctamente a los recién nacidos según su crecimiento fetal.
4. Medir el peso diariamente hasta el alta.

#### Procedimientos:

1. Comprobación y registro del peso al nacer.
2. Medición de la longitud y el perímetro cefálico en las primeras horas.



3. Clasificación del crecimiento fetal.
4. Medición diaria del peso.
5. Disponibilidad de instrumentos de medida y clasificación.

#### Descripción de los procedimientos:

1. *Comprobación y registro del peso al nacer:* se comprobará al ingreso si consta el peso del recién nacido en la hoja de reanimación y exploración. Si hay dudas sobre el peso, se procederá a pesar al recién nacido. La técnica de medición del peso se expone en el anexo I al final del capítulo.

2. *Medición de la longitud y el perímetro cefálico en las primeras horas:* el profesional de enfermería responsable del recién nacido medirá la longitud y el perímetro cefálico en las primeras horas, antes de la primera exploración médica reglada, salvo que estas medidas hayan sido realizadas en el servicio de Neonatología, en cuyo caso las registrará. Si al nacimiento el cráneo está muy deformado, debe repetirse la medición del perímetro al alta y registrar esta medición si hay una discordancia importante. La técnica de medición de la longitud y el perímetro cefálico se expone en un anexo al final del capítulo.

3. *Clasificación del crecimiento fetal.* Según el tiempo de gestación y el peso al nacer se clasificará a los recién nacidos en los siguientes grupos: Recién Nacidos a Término:

- Con Peso Adecuado para la Gestación (RNTPAG),
- Con Bajo Peso para la Gestación (RNTPBG),
- Con Peso Elevado para la Gestación (RNTPEG).

Recién Nacidos Pretérmino:

- Con Peso Adecuado para la Gestación (RNPTAG).
- Con Bajo Peso para la Gestación (RNPTBG).
- Con Peso Elevado para la Gestación (RNPTPEG).

Recién Nacidos Postérmino:

- Con Peso Adecuado para la Gestación (RNposTAG).
- Con Bajo Peso para la Gestación (RNposTBPG).
- Con Peso Elevado para la Gestación (RNposTPEG).

4. *Medición diaria del peso:* los profesionales de enfermería del turno de mañana pesarán a diario a todos los recién nacidos que permanez-

can en la planta y registrarán el peso en la hoja de enfermería.

5. *Disponibilidad de instrumentos de medida y clasificación:* para una medición correcta es imprescindible disponer en cada planta de sistemas de medida homologados, tanto básculas adecuadas y periódicamente calibradas, como tallímetros y cintas de medición y reponerlos cuando se deterioren. En un anexo al final del capítulo se encuentran las tablas de referencia para la antropometría.

#### Eficacia de los procedimientos:

La precisión de las medidas depende de que las básculas, los tallímetros y las cintas métricas empleadas sean adecuados y estén bien calibrados, pero, sobre todo, del cuidado de los profesionales que hacen y registran las mediciones.

#### Riesgos de los procedimientos:

El primer riesgo es el error en la medición o en el registro, que puede llevar a diagnósticos erróneos. Por ello, las medidas dudosas deben repetirse. Otros riesgos posibles son la hipotermia, molestar excesivamente o hacer daño, las caídas o golpes por descuido o técnica inapropiada.

#### Excepciones de los procedimientos:

Ninguna.

#### Registro:

El profesional de enfermería responsable del recién nacido anotará el peso al nacimiento, la longitud y el perímetro cefálico en la hoja de exploración del recién nacido y en el Documento de Salud Infantil (página 4). En el caso de neonatos que hayan estado ingresados en el Servicio de Neonatología, comprobará que estos datos han sido correctamente medidos y registrados y, si no es así, procederá a medirlos y registrarlos. Todos los datos deben de estar correctamente registrados antes de la exploración médica reglada del primer día de vida.

*Fecha de la última actualización:*

15 de febrero de 2007.

*Autores: M<sup>o</sup> Carmen Pérez Gerpe, M<sup>o</sup> Isabel Abascal Tudanca, Gerardo Bustos Lozano.*

#### Bibliografía:

1. Alexander GR, Himes JH, Kaufman RB, et al. A United States national reference for fetal growth. *Obstet Gynecol.* 1996;87:163-8.

2. Alonso Ortiz T. Valoración neonatal del crecimiento fetal. Mead Johnson. Madrid. 2002.

## **7.2.- OBSERVACIÓN CLÍNICA DURANTE LA ESTANCIA EN LAS PLANTAS DE MATERNIDAD**

Los profesionales sanitarios responsables del cuidado de los recién nacidos deben conocer e identificar adecuadamente los síntomas y signos que se observan ante situaciones de deterioro clínico. En las primeras horas de vida, las alteraciones en la adaptación, los signos de infección, de hipotermia, de hipoglucemia o de cardiopatía deben ser observados. Posteriormente hay que vigilar las capacidades para la alimentación, el estado de hidratación, el aspecto de las deposiciones y la intensidad de la ictericia.

### **Objetivos:**

1. Sistematizar la observación clínica del recién nacido por parte de los profesionales de enfermería.
2. Detectar precozmente las posibles alteraciones clínicas de los recién nacidos.

### **Procedimientos:**

1. Valoración clínica de enfermería.
2. Valoración clínica al ingreso.
3. Valoración clínica por turno.
4. Valoración clínica ante demanda de los padres.

### **Descripción de los procedimientos:**

1. *Valoración clínica de enfermería. Se valorarán los siguientes aspectos:*

- Malformaciones evidentes.
- Color de la piel y las mucosas: sonrosado. Frecuentemente pueden tener cianosis en manos y pies (acrocianosis) que debe considerarse normal en las primeras horas y ocasionalmente tras la exposición al frío. La cutis marmorata también puede darse tras exposición al frío. La observación de palidez, ictericia o plétora excesiva son parámetros a vigilar. La observación de mal color o mala perfusión debe alertar sobre el deterioro clínico del recién nacido.
- Tono muscular: ver grado de flexión y resistencia de las extremidades al enderezamiento. El sostén cefálico es incompleto. Los movimientos espontáneos deben ser frecuentes en estado de vigilia y sin asimetrías entre el lado derecho y el izquierdo.
- El llanto será fuerte y vigoroso. El estridor aislado con el llanto intenso no es patológico. El llanto disfónico requiere valoración médica.

- La respiración es sincrónica tórax-abdomen. La medición se lleva a cabo comprobando visualmente los movimientos respiratorios y con fonendoscopio. Se descartará estridor inspiratorio sin llanto, quejido, dificultad respiratoria (retracción intercostal, subxifoidea, supraesternal y aleteo nasal) o taquipnea (por encima de 60 respiraciones / minuto). La taquipnea puede deberse a hipertermia o acinosis. El cese del esfuerzo respiratorio unido a cianosis y bradicardia constituye una apnea.
- La frecuencia cardíaca se modifica con los cambios de actividad, aumenta cuando llora y está activo y disminuye cuando está tranquilo. La medición se llevará a cabo mediante fonendoscopio, colocándolo en el área apical. La frecuencia normal durante el sueño está entre 90 y 140 y en vigilia entre 100 y 160. Durante el llanto intenso puede ser mayor.
- La temperatura. El control de la temperatura se aborda en el capítulo 5.
- El abdomen debe ser blando, depresible y no distendido. Un abdomen muy distendido nos debe hacer sospechar patología abdominal.
- El ombligo debe estar correctamente pinzado comprobando que no sangra, no drena o supura, no huele y no está enrojecido. Ver capítulo 5 apartado 6.
- La salivación excesiva, más si se acompaña de atragantamientos o episodios de cianosis, puede indicar atresia de esófago.
- Los temblores llamativos pueden indicar hipoglucemia.
- Eliminación de orina y meconio: la primera micción y la primera eliminación de meconio deben ocurrir en las primeras 24 horas. Si la diuresis se retrasa más de 24 horas o la eliminación de meconio más de 48 horas, se comunicará al neonatólogo. No se realizaran sondajes rectales para acelerar el proceso de eliminación intestinal. La presencia de manchas color rojo anaranjado (uratos) en el pañal no se considera anormal. Las primeras deposiciones son de color negro y espesas (meconio). A partir del 2º-3º día cambian de color. Cuando se da leche materna son algo líquidas, con cerco y grumos de color amarillo. El número es variable, desde una deposición tras cada toma hasta una cada dos días. El número de micciones también es variable, dándose por mínimo normal una por turno a partir de las 24 horas. Pocas

deposiciones y micciones pueden orientar junto con la pérdida de peso sobre una ingesta escasa.

- Las lesiones cutáneas deben ser motivo de consulta médica si se presume que puedan suponer patología (petequias, hematomas, ampollas). Deben considerarse como variantes de la normalidad las manchas salmón de la frente, la nuca y los párpados, el exantema o eritema tóxico, las manchas azules en la región lumbar o sacra (mancha mongólica) y la presencia de puntos blancos en cara (millium facial).

2. *Valoración clínica al ingreso:* la primera valoración clínica se hará en la habitación tras el ingreso.

3. *Valoración clínica por turno:* el profesional de enfermería responsable comprobará en su turno que la situación clínica del recién nacido es normal.

4. *Valoración clínica ante demanda de los padres:* si los padres demandan la atención del profesional de enfermería por un problema del recién nacido, hará una evaluación clínica y valorará la necesidad de intervención médica y la urgencia de ésta.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Se pretende detectar precozmente el deterioro clínico de los recién nacidos que enfermen o tengan un problema congénito.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

El profesional de enfermería debe solicitar siempre una valoración médica ante el deterioro clínico de un neonato. Sólo ante situaciones que no entrañen ningún tipo de riesgo clínico para el recién nacido se obviará la consulta médica inmediata.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

El profesional de enfermería responsable anotará en la gráfica de enfermería, por turno, la evaluación clínica del recién nacido, la temperatura axilar, las micciones y las evacuaciones de meconio o heces.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: M<sup>o</sup> Carmen Pérez Gerpe, M<sup>o</sup> Isabel Abascal Tudanca.*

#### **Bibliografía:**

1. Cochran W D. Valoración del Recién Nacido. En Cloherty JP, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. Editorial Masson. 3<sup>o</sup> edición. 2004: 35-57.

2. Stoll B J, Kliegman R M. The Newborn Infant. En Behrman, Kliegman, Johnson. Nelson textbook of pediatrics. Ed. Saunders. 17th edition. 2004: 523-531.

3. Stellwagen MD, Boies E. Care of the well newborn. Ped in Rev. 2006; 27: 89-98.

4. The Council on Maternal And Infant Health Of The State Of Georgia: Recommended guidelines for Perinatal Health in Georgia. 2nd ed.: 1999.

5. Oh W. and Merenstein G: Fourth Edition of the Guidelines for Perinatal Care: Summary of Changes. Pediatrics. 1997;100: 1021-1022.

### **7.3.- ICTERICIA**

Los grupos de expertos internacionales insisten en las últimas revisiones en que siguen produciéndose casos de lesión cerebral (kernicterus) y sordera por hiperbilirrubinemia extrema en recién nacidos a término o casi a término. En las últimas recomendaciones de la Academia América de Pediatría se dice que cuando la estancia hospitalaria de los recién nacidos con indicadores de riesgo es menor de 3 días y no se evalúa sistemáticamente a los niños 24 horas después del alta, aumenta el riesgo de lesión cerebral por hiperbilirrubinemia. Por ello, recomiendan que en estas circunstancias se detecten antes del alta los neonatos de riesgo para seleccionar los casos en los que la progresión de la ictericia debe ser vigilada estrechamente. Entre los grupos de riesgo se incluyen los prematuros y los lactados al pecho que tienen dificultades para hacer tomas eficaces y frecuentes y pierden demasiado peso o hacen pocas deposiciones.

#### **Objetivos:**

1. Definir los indicadores de riesgo de hiperbilirrubinemia grave.
2. Observar el grado de ictericia al alta de todos los recién nacidos.
3. Establecer las indicaciones para medir la bilirrubinemia.
4. Describir la técnica de la extracción para determinar la bilirrubinemia.
5. Evitar la separación de la madre durante la fototerapia.

#### **Procedimientos:**

1. Uso de indicadores de riesgo de hiperbilirrubinemia grave.
2. Actuación ante cada indicador de riesgo.
3. Observación clínica de la ictericia.
4. Indicaciones para la determinación de la bilirrubinemia sin prescripción médica.

5. Técnica de extracción y envío de muestras.
6. Interpretación de los valores de bilirrubinemia total (BT).
7. Fototerapia en la habitación de planta.

#### Descripción de los procedimientos:

##### 1. Indicadores de riesgo de hiperbilirrubinemia grave:

- Ictericia en las primeras 24 horas de vida.
- Isoinmunización ABO y Rh.
- Gestación inferior a 37 semanas.
- Neonatos lactados al pecho que maman poco o con dificultad y hacen pocas deposiciones.
- Neonatos con cefalohematoma, otros hematomas de importancia o que hayan deglutido gran cantidad de sangre en el parto.
- Policitemia.
- Padres asiáticos.
- Un hermano previo precisó fototerapia o exanguinotransfusión.
- Ictericia en nacidos a término sin otros factores de riesgo si clínicamente es de grado 3 o más a las 48 horas o grado 4 a partir de las 72 horas.
- Antecedente familiar de anemias hemolíticas hereditarias: déficit de G-6PDH, esferocitosis y otras.
- Antecedente familiar de enfermedad de Gilbert.

##### 2. Actuación en cada caso:

- Ictericia en las primeras 24 horas de vida: debe considerarse siempre patológica y debe investigarse la causa y valorar inmediatamente el tratamiento. El profesional de enfermería responsable extraerá rápidamente una muestra para medir bilirrubinemia total (BT), reclamará el grupo sanguíneo y el Rh del recién nacido y el resultado del Coombs directo y avisará al neonatólogo.
- Isoinmunización ABO y Rh: para detectar las isoimmunizaciones se debe reclamar el grupo sanguíneo y el Rh del recién nacido y la prueba de Coombs a todos los niños que tengan una bilirrubinemia próxima o por encima del umbral de indicación de fototerapia.
- Gestación inferior a 37 semanas: en todos los prematuros, especialmente si están siendo exclusivamente amamantados, se vigilará estrechamente la ictericia. Si presentan algún grado de ictericia entre las 48 y las 72 horas se realizará una determinación de BT aprovechando la extracción para la primera prueba endocrino metabólica.
- Neonatos lactados al pecho que maman poco o con dificultad y hacen pocas deposiciones:

igual que en el caso de los prematuros.

- Neonatos con cefalohematoma, otros hematomas de importancia o que hayan deglutido gran cantidad de sangre en el parto: si están ictericos se hará una determinación de BT igual que en el caso anterior.

- Policitemia: igual que en el caso anterior.
- Padres asiáticos: igual que en el caso anterior.
- Antecedente familiar de anemia hemolítica hereditaria: igual que en el caso anterior.
- Un hermano previo precisó fototerapia o exanguinotransfusión: igual que en el caso anterior.
- Ictericia en nacidos a término sin otros factores de riesgo si clínicamente es de grado 3 o más a las 48 horas o grado 4 a partir de las 72 horas: determinación de BT cuando se detecte este grado clínico de ictericia. Si es posible, aprovechar la extracción para realizar las pruebas endocrino metabólicas.

3. *Observación clínica de la ictericia:* es siempre subjetiva y puede no relacionarse con la bilirrubinemia porque esté aumentando muy rápidamente, en niños negros o en habitaciones con poca luz o luz artificial. Como norma general, se utilizarán cuatro grados para describirla (ver en anexos del capítulo 8 la valoración médica de la ictericia) :

Grado 1: ictericia en cabeza y cuello exclusivamente.

Grado 2: ictericia en cabeza y tronco exclusivamente.

Grado 3: ictericia que afecta proximalmente a los miembros.

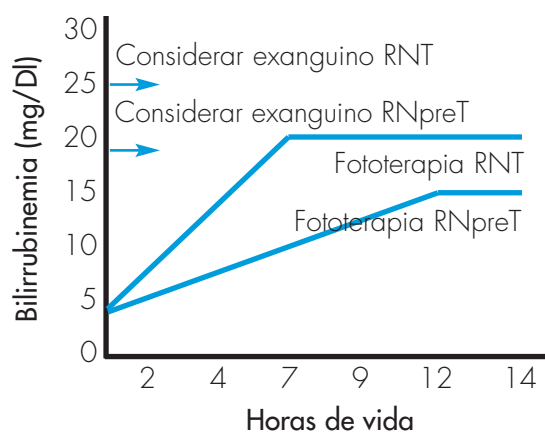
Grado 4: ictericia que afecta distalmente a los miembros.

4. *Indicaciones para la determinación de la BT sin prescripción médica:* todas las descritas en los procedimientos.

5. *Técnica de extracción y envío de muestras:* si se hace una punción capilar, la técnica es similar a la descrita para las pruebas endocrino metabólicas (capítulo 7, apartado 3). La muestra de sangre, de aproximadamente 0,3 mL, se recoge en un recipiente cónico seco tipo Eppendorf o similar y se remite al Laboratorio de Urgencias. El resultado debe comunicarse al neonatólogo responsable.

6. Los valores de BT deben interpretarse en el contexto de la etiología de la hiperbilirrubinemia y en función de las horas de vida. Para la isoimmunización anti-D hay unas gráficas específicas que pue-

den consultarse en el protocolo del Servicio de Neonatología. Para el resto de los casos se utilizará el gráfico que se muestra a continuación, teniendo en cuenta que si hay enfermedad hemolítica o se asocia patología grave, hay que sumar 2 mg/dL al valor medido.



7. *Fototerapia en la habitación:* los nuevos dispositivos de fototerapia permiten colocar un colchón lumínico en una cuna al lado de la cama de la madre y evitar así la separación. La indicación de la fototerapia en la habitación de la madre la hará el neonatólogo. Los requisitos serán los siguientes:

- Los padres deben responsabilizarse de la protección ocular durante la fototerapia. El neonatólogo prescriptor será el responsable de explicarlo a los padres y de comprobar que aceptan la responsabilidad.

- No se hará fototerapia en la planta en las hiperbilirrubinemias graves, especialmente las de causa hemolítica, cerca del umbral de exanguinotransfusión, o si el recién nacido no tiene un perfecto estado general y precisa observación.
- Si surge cualquier problema con la fototerapia, el profesional de enfermería responsable del cuidado del recién nacido avisará al neonatólogo.
- Los profesionales de enfermería de las plantas no se harán cargo de la protección ocular ni de los problemas que puedan surgir con la fototerapia, pero tienen la obligación de avisar ante cualquier eventualidad al neonatólogo.

#### Eficacia de los procedimientos:

La detección de cifras en rango de tratamiento permitirá iniciar la fototerapia y evitar el riesgo de kernicterus y sordera. El hallazgo de cifras próximas a la indicación de fototerapia según el protocolo

del Servicio de Neonatología obligará a un seguimiento próximo del recién nacido, incluso a que el neonatólogo responsable prescriba la repetición de la determinación en los días sucesivos.

#### Riesgos de los procedimientos:

Se harán muchas determinaciones posiblemente innecesarias, pero la observación clínica exclusiva tiene muchas limitaciones, especialmente en los grupos de mayor riesgo.

#### Excepciones de los procedimientos:

El rechazo de los padres a la extracción obligará a que el neonatólogo responsable valore el riesgo y decida en consecuencia.

#### Registro:

El profesional de enfermería que realice una extracción para determinación de bilirrubinemia dejará constancia de la hora de la extracción en la gráfica de enfermería. La prescripción de fototerapia y el consentimiento de los padres de asumir la protección ocular será reflejado por el médico prescriptor en la hoja de exploración del recién nacido o en una hoja de evolución.

*Fecha de la última actualización:*

5 de junio de 2007.

*Autores:* M<sup>o</sup> Carmen Pérez Gerpe, M<sup>o</sup> Isabel Abascal Tudanca, Elvira Gómez Castillo, Gerardo Bustos Lozano.

#### Bibliografía:

1. Maisels MJ. Neonatal jaundice. *Pediatrics in Review*. 2006;27:443-54.
2. Cohen SM. Jaundice in the full-term newborn. *Pediatr Nurs*. 2006;32:202-8.
3. Newman TB, Liljestrand P, Jeremy RJ, Ferriero DM, Wu YW, Hudes ES, Escobar GJ. Jaundice and Infant Feeding Study Team. Outcomes among newborns with total serum bilirubin levels of 25 mg per deciliter or more. *N Engl J Med*. 2006;354:1889-900.
4. Watchko JF. Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant. *Clin Perinatol*. 2006;33:839-52.
5. Sgro M, Campbell D, Shah V. Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. *CMAJ*. 2006;175:587-90.
6. Kaplan M, Hammerman C. American Academy of Pediatrics guidelines for detecting neonatal hyperbilirubinemia and preventing kernicterus. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005;90:F448-9.
7. Manning D. American Academy of Pediatrics guidelines for detecting neonatal hyperbilirubinemia and pre-



venting kernicterus. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90:F450-1.

8. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004;114:297-316.

#### 7.4.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

La apnea y la parada cardiorrespiratoria (PCR) no son frecuentes en los recién nacidos de las plantas de maternidad. Sin embargo, el personal sanitario debe saber diagnosticarlas e iniciar las maniobras de resucitación básicas. Ambas situaciones suponen una emergencia médica vital y el pronóstico está directamente relacionado con la prontitud y la eficacia de estas maniobras. Por ello, es obligado que el personal sanitario esté entrenado y cuente con el material necesario disponible.

La causa más frecuente de apnea y PCR en el recién nacido a término es la obstrucción de la vía aérea por secreciones o por aspiración de contenido gástrico. La parada cardíaca primaria es muy rara. Por lo tanto, la maniobra más importante es la permeabilización de la vía aérea y la ventilación. En muchos casos esto evitará la parada cardíaca.

##### Objetivos:

1. El personal sanitario de las plantas de maternidad debe tener los conocimientos suficientes para iniciar las maniobras de reanimación, especialmente la ventilación, hasta la llegada de los médicos.
2. El material necesario para la reanimación estará inventariado y accesible en cada planta. La revisión y reposición del material se hará rutinariamente, según lo descrito en este apartado.

##### Procedimientos:

1. Elaboración de la guía de actuación en caso de apnea o PCR y colocación en cada planta de un esquema de RCP y una hoja de dosificación de medicación.
2. Entrenamiento del personal sanitario en seminarios prácticos o cursos de RCP.
3. Colocación del material de reanimación en un lugar específico en cada planta.
4. Inventario de material para reanimación.
5. Revisión y reposición sistematizada del material.

##### Descripción de los procedimientos:

1. Guía de actuación en caso de apnea o PCR: la RCP consta de una serie de pasos que deben realizarse de forma secuencial. Debe efectuarse

de forma rápida y coordinada, pero sin apresurarse, para asegurar que cada una de las maniobras sea efectiva.

Las dos situaciones más frecuentes que nos podemos encontrar en planta, son:

A) ENCONTRAR A UN RN CON MAL COLOR, RESPIRANDO DE FORMA IRREGULAR Y CON SECRECIONES (CON FRECUENCIA LECHE) EN LA VÍA AÉREA. EN ESTOS CASOS:

– El profesional que lo encuentre le llevará inmediatamente al cuarto de reanimación (donde está el carro de parada).

– Dirá a alguien que avise para que acuda rápidamente otra persona al cuarto de reanimación y se comunique inmediatamente al Servicio de Neonatología (Buscapersonas 1954 ó 1952).

– Se le colocará sobre la mesa de reanimación, abriendo la vía aérea: en decúbito supino con la cabeza en posición neutra o muy ligera extensión, lo que favorece el alineamiento de la faringe posterior, laringe y tráquea, facilitando la entrada del aire (ver figura en el anexo al final del capítulo). Se debe evitar la hiperextensión o la flexión del cuello, ya que esto dificulta la entrada del aire.

– Un profesional de enfermería aspirará las secreciones:

- Se usará una sonda del nº 10.
- Se deben evitar presiones superiores a 100 mmHg (una vez conectada la sonda al sistema de aspiración, doblando la sonda, la presión que se lee debe ser aproximadamente de 100 mmHg).
- Se succiona primero la boca y la faringe y después la nariz. Limitar el tiempo de cada succión a unos 5 segundos.

– Lo habitual es que empiece ya a respirar bien. Si está cianótico, a pesar de estar respirando, está indicado administrar oxígeno indirecto, poniendo el caudalímetro a 5 litros/minuto hasta que desaparezca la cianosis.

– Si no respira adecuadamente o persiste la cianosis a pesar de administrar oxígeno indirecto y una vez comprobado que no hay nuevamente secreciones que obstruyen la vía aérea, comenzar la ventilación con ambú y oxígeno (Anexo III). Seguir dando con el ambú hasta que desaparezca la cianosis y tenga respiración eficaz.

B) Encontrar a un RN que no respira, no reacciona ante estímulos y está totalmente pálido o cianótico.



En estos casos:

- El profesional que lo encuentre le llevará inmediatamente al cuarto de reanimación.
  - Dirá a alguien que avise inmediatamente al Servicio de Neonatología (Buscapersonas 1952 ó 1954) y que acuda rápidamente otra persona al cuarto de reanimación. Una persona se encargará de la vía aérea y la otra de ir valorando la frecuencia cardiaca y dar masaje cardiaco, si se precisa.
  - Se le colocará sobre la mesa de reanimación, abriendo la vía aérea: en decúbito supino con la cabeza en posición neutra o muy ligera extensión, lo que favorece el alineamiento de la faringe posterior, laringe y tráquea, facilitando la entrada del aire (ver figura en el anexo III). Se debe evitar la hiperextensión o la flexión del cuello, ya que esto dificulta la entrada del aire.
  - La persona que se encarga de la vía aérea, aspirará secreciones igual que en el apartado anterior.
  - Si sigue sin respirar, comenzará la ventilación con mascarilla y oxígeno (Anexo III).
  - Tras 5 insuflaciones con ambú, la segunda persona comprobará la frecuencia cardiaca (tomará el pulso braquial durante 6 segundos y lo multiplicará por 10 para saber la frecuencia por minuto).
    - Si la frecuencia cardiaca es menor de 60 latidos por minuto se iniciará masaje cardiaco coordinado con la ventilación con ambú. La persona que se encarga de la vía aérea debe fijarse en todo momento que la ventilación esté siendo eficaz (que se mueve el tórax). Si no se mueve el tórax deberá comprobar la posición de la vía aérea y si es correcto el sellado del ambú.
    - Si la frecuencia cardiaca es mayor de 60 latidos por minuto no se precisa masaje cardiaco (Anexo III), simplemente se ventila con ambú hasta que desaparece la cianosis y la respiración es eficaz.
  - Una vez que llegue el neonatólogo, si aún se sigue precisando reanimación, se hará cargo de la vía aérea y valorará la necesidad de intubación endotraqueal y de medicación. Los profesionales de enfermería deben tener preparados el material y la medicación para reanimar y el material para canalizar una vía venosa.
2. Entrenamiento del personal sanitario en seminarios prácticos o cursos de RCP: el Servicio de

Neonatología impartirá todos los años un curso práctico de reanimación cardiopulmonar básica en recién nacidos al personal sanitario de las plantas de Maternidad. Sería deseable que todos los profesionales sanitarios lo realizaran y lo repitieran al menos cada 2 años. Al lado del carro de parada, en cada planta, se colocará un esquema de la RCP y las dosis de la medicación a emplear.

3. Colocación del material de reanimación en un lugar específico en cada planta, dónde se pueda llevar a cabo la reanimación.

4. Inventario de material para reanimación que debe estar permanentemente preparado en cada planta:

- Mesa protegida con un empapador.
- Aspirador preparado con 1 sonda de aspiración del nº 10 (que se cambiará cada semana).
- Toma de oxígeno con caudalímetro conectado.
- 1 bala de oxígeno.
- Carro de parada con el siguiente material:

Para la vía aérea:

- Cinco sondas de aspiración del nº 10.
- Dos sondas de aspiración del nº 6 (para administración de adrenalina por TET).
- 2 Mascarillas faciales del nº 0 y 2 mascarillas faciales del nº 1.
- 1 mascarilla laríngea del nº 1.
- 1 ambú de 250 cc con tubo corrugado o bolsa reservorio de oxígeno.
- Goma amarilla para conectar ambú al oxígeno.
- 1 laringoscopio con pala recta de 00 y otro del nº 1.
- Pilas y bombillas de laringoscopio de repuesto.
- 3 Tubos endotraqueales de cada una de las numeraciones: 2,5; 3 y 3,5.
- 3 fiadores de tubo endotraqueal.
- 1 rollo de esparadrapo de tela.

Medicación:

- 5 ampollas de Adrenalina al 1 por mil (1 ampolla = 1 ml = 1 mg).
- 5 ampollas de bicarbonato 1 M (1 ampolla = 10 ml = 10 mEq).
- 10 ampollas de salino fisiológico (1 ampolla = 10 ml). 1 botella de 250 cc.
- 10 ampollas de agua bidestilada (1 ampolla = 10 ml).

Otro material:

- Caja de guantes.
- Cinco jeringas de 1, 5 y 10 cc.
- Cinco agujas amarillas y cinco agujas verdes.

- Cinco Palomillas del nº 21 y 23.
- Cinco Abbocath del nº 18 y 24.
- Tres catéteres umbilicales del nº 4 y 5.
- Hojas de bisturí del nº 22.
- 2 unidades de Steri-Strip.
- 1 seda de 3 ceros.
- Gasas estériles.
- Caja de curas.

El médico del Servicio de Neonatología que acuda a la Reanimación solicitará en su Servicio un pulsioxímetro, si lo considera oportuno.

5. Revisión y reposición sistematizada del material: la Supervisión de Enfermería de las plantas de Maternidad será responsable de que el material sea revisado semanalmente, tanto el orden y la colocación como la fecha de caducidad de los medicamentos. En el carro del material de parada figurará la lista del material disponible y la fecha de la última revisión firmada por el responsable. Después de su utilización, debe reponerse inmediatamente el material utilizado.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El pronóstico neurológico del niño que sufre una PCR depende en gran medida de la rapidez y eficacia en que se lleven a cabo las maniobras de reanimación. El entrenamiento del personal, la protocolización del procedimiento y la disponibilidad del material que queremos conseguir con esta guía son la base de la reanimación eficaz.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Los propios de una reanimación mal realizada y de los errores que se cometen en situaciones de emergencia vital por personal poco entrenado.

#### **Registro:**

- La Supervisión de Enfermería llevará el registro de las fechas de revisión del carro de parada de cada planta.
- La Supervisión de Enfermería llevará el registro de las fechas de realización de los cursos por parte del personal.

*Fecha de última actualización:*

*18 de enero de 2007.*

*Autor: María José Torres Valdivieso.*

#### **Bibliografía:**

1. Manual de Reanimación Neonatal. Sociedad Española de Neonatología. 1ª Edición. Nutribén. 2006.
2. Manual de Reanimación Cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. 4ª Edición. Madrid: Publimed. 2004.
3. Calvo Macías C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Burón Martínez E. Material de carro de reanimación cardiopulmonar en pediatría. *An Pediatr.* 2007; 66: 51-54.
4. Burón Martínez E, Aguayo Maldonado J y Grupo de RCP Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Reanimación del recién nacido. *Anales Españoles de Pediatría. An Pediatr.* 2006;65:470-77.

## ANEXO I

**MEDICIÓN DE PESO, LONGITUD Y PERÍMETRO CEFÁLICO****TÉCNICA DE MEDICIÓN DEL PESO**

Medida en gramos de la masa corporal. Se medirá con el recién nacido desnudo, sin pañal, en una balanza homologada bien calibrada. El resultado se registrará en gramos.

**TÉCNICA DE MEDICIÓN DE LA LONGITUD**

Medida en centímetros de la longitud. Se realiza en posición supina sobre una superficie rígida y segura, con un tallímetro homologado con un tope fijo y otro móvil. La medición debe hacerse entre dos personas, una sujetará la cabeza contra el tope fijo y otra colocará las manos sobre las rodillas estirándolas suavemente, sin hacer daño al niño. La medición se hará con los pies en ángulo recto con el tope móvil.

**TÉCNICA DE MEDICIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO**

Medida en centímetros con una precisión de décima de centímetro. Se mide con una cinta de papel inextensible que se coloca en la frente por encima de las cejas y sobre la mayor prominencia occipital. Si el cráneo está muy deformado al nacimiento debe repetirse al alta y si hay mucha discordancia, registrar la segunda medición.



ANEXO II

**TABLAS DE PESO** (Alexander G et al 1996)

<b>MUJERES</b>							
gestación	p3	p10	p25	p50	p90	media	DE
32	1134	1418	1701	2124	3200	2230	665
33	1315	1644	1956	2381	3317	2440	639
34	1531	1871	2183	2608	3459	2635	611
35	1758	2098	2410	2778	3565	2799	572
36	1960	2296	2580	2892	3595	2917	520
37	2192	2494	2750	3040	3659	3063	478
38	2410	2666	2920	3204	3799	3226	454
39	2552	2807	3062	3345	3912	3355	443
40	2637	2900	3150	3430	4020	3450	443
41	2693	2948	3204	3495	4082	3510	454
42	2608	2892	3175	3470	4082	3483	474
43	2575	2849	3119	3430	4026	3433	472
44	2570	2863	3119	3430	4026	3433	472
<b>VARONES</b>							
gestación	p3	p10	p25	p50	p90	media	DE
32	1191	1500	1791	2155	3204	2260	633
33	1380	1720	2030	2430	3374	2491	624
34	1616	1956	2270	2665	3544	2707	598
35	1843	2183	2495	2860	3657	2884	573
36	2070	2386	2690	3005	3704	3023	523
37	2296	2591	2863	3175	3799	3183	488
38	2495	2781	3062	3345	3941	3358	468
39	2665	2920	3195	3487	4082	3493	460
40	2750	3026	3289	3573	4181	3592	463
41	2778	3062	3345	3655	4253	3654	477
42	2721	3005	3289	3601	4252	3618	495
43	2665	2948	3232	3544	4167	3556	490
44	2665	2976	3250	3558	4188	3565	490

ANEXO II

**TABLAS DE LONGITUD** (Alonso T, Armadá MI 2003)

<b>MUJERES</b> gestación	p3	p10	p25	p50	p75	p90	media	DE
32	35,8	37,5	39,1	41	42,8	44,5	41,3	2,8
33	37,1	38,8	40,4	42,3	44	45,7	42,1	2,7
34	38,4	40,1	41,6	43,4	45,2	46,8	43,4	3
35	39,7	41,3	42,8	44,5	46,2	47,8	44,9	2,6
36	40,8	42,4	43,8	45,5	47,1	48,7	46,2	2,4
37	41,9	43,4	44,8	46,4	48	49,5	46,9	2,3
38	42,9	44,3	45,7	47,2	48,7	50,1	47,7	2
39	43,8	45,2	46,4	47,9	49,3	50,7	48,3	2,1
40	44,6	45,9	47,1	48,5	49,9	51,2	48,7	1,9
41	45,3	46,5	47,7	49	50,3	51,6	49,2	1,8
42	45,9	47,1	49,5	50,1	50,7	51,9	49,4	1,8
43	46,5	47,6	48,7	49,9	51,1	52,2	49,5	2

<b>VARONES</b> gestación	p3	p10	p25	p50	p75	p90	media	DE
32	35	36,8	38,7	40,8	43,1	44,9	41,3	2,7
33	36,5	38,4	40,2	42,3	44,6	46,2	42,4	2,8
34	38	39,9	41,7	43,7	45,9	47,4	43,9	2,7
35	39,5	41,3	43,1	45	47	48,5	45,5	3
36	40,9	42,7	44,3	46,2	48,1	49,5	46,6	2,6
37	42,2	43,9	45,4	47,2	49	50,3	47,8	2,3
38	43,3	44,9	46,4	48	49,8	51,1	48,6	2,2
39	44,2	45,7	47,2	48,7	50,4	51,7	49,2	2,1
40	44,9	46,4	47,8	49,3	50,9	52,2	49,6	2,6
41	45,5	46,9	48,3	49,8	51,4	52,7	49,8	2
42	46	47,3	48,6	50,1	51,7	53,1	50,2	2
43	46,3	47,6	48,9	50,4	52	53,4	50,4	2

ANEXO II

**TABLAS DE PERÍMETRO CEFÁLICO** (Alonso T, Armadá MI 2003)

<b>MUJERES</b>								
gestación	p3	p10	p25	p50	p75	p90	media	DE
32	25,5	26,7	27,8	29,1	30,3	31,5	29,2	2
33	26,5	27,6	28,7	30	31,2	32,3	29,8	1,7
34	27,5	28,6	29,6	30,8	32	33,1	30,6	1,9
35	28,3	29,4	30,4	31,6	32,7	33,8	31,7	1,9
36	29,1	30,1	31,1	32,2	33,3	34,3	32,7	1,5
37	29,8	30,8	31,8	32,8	33,9	34,9	33,3	1,6
38	30,4	31,4	32,3	33,3	34,3	35,3	33,6	1,4
39	31	31,9	32,8	33,8	34,7	35,7	33,8	1,7
40	31,4	32,3	33,2	34,1	35,1	36	34	1,5
41	31,8	32,6	33,5	34,4	35,3	36,2	34,4	1,6
42	32,1	32,9	33,7	34,7	35,6	36,4	34,7	1,2
43	32,4	33,2	34	34,9	35,7	36,6	34,8	1,2
<b>VARONES</b>								
gestación	p3	p10	p25	p50	p75	p90	media	DE
32	25,7	27	28,2	29,6	30,9	32,2	29,8	1,7
33	26,8	27,9	29,1	30,5	31,8	33	29,9	2,1
34	27,7	28,9	30	31,3	32,6	33,7	31,9	2
35	28,6	29,7	30,8	32	33,3	34,4	32,2	2
36	29,4	30,5	31,6	32,7	33,9	35	32,2	1,7
37	30,2	31,1	32,2	33,3	34,5	35,6	33,8	1,5
38	30,8	31,7	32,8	33,9	35	36,1	34	2
39	31,3	32,2	33,2	34,3	35,4	36,5	34,4	1,7
40	31,7	32,7	33,7	34,7	35,8	36,8	35	1,7
41	32,1	33	34	35,1	36,2	37,1	35,1	1,7
42	32,4	33,3	34,3	35,4	36,4	37,4	35,2	1,5
43	32,6	33,6	34,5	35,6	36,7	37,6	35,4	1,3



ANEXO III

**REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR**

**VENTILACIÓN CON MASCARILLA**

**Material necesario**

- Ambú de 250 cc con tubo corrugado o bolsa reservorio de oxígeno.
- Mascarilla del nº 0 o del nº 1. La mascarilla adecuada es aquella que colocada en la cara del niño vaya desde la raíz nasal hasta el borde de la barbilla. Debe cubrir nariz y boca, no debe incluir los ojos, ni sobrepasar el mentón (ver figura).
- Bala o toma de oxígeno: conectar con una goma al ambú, poner flujo entre 5 y 10 litros/minuto.

*Posición:*

- El reanimador se colocará en la cabecera del RN para visualizar si la ventilación está siendo eficaz (eleva el tórax al ventilar con ambú).
- Se colocará la cabeza del recién nacido en posición neutra o ligeramente extendida (posición del olfateo).
- Se abrirá ligeramente la boca y se colocará una mascarilla del tamaño adecuado sobre boca y nariz; el pulgar e índice del reanimador se sitúan sobre las zonas nasal y mentoniana de la mascarilla, respectivamente, presionando con suavidad hacia la cara hasta conseguir un sellado hermético. Los dedos 4º y 5º sujetan la rama mandibular, mientras el 3º se coloca debajo del mentón, desplazando hacia delante la mandíbula.

*Ritmo ventilatorio y presión*

- El pico de presión que se ejerce en el pulmón, si se comprime el ambú al máximo, será elevado. Las compresiones del ambú serán ajustadas para permitir una movilización adecuada del tórax.
- Inicialmente se darán 5 insuflaciones más rápidas, posteriormente el ritmo ventilatorio será de 40 a 60 respiraciones por minuto. Para conseguir una frecuencia adecuada puede ser útil contar:

Ventila ..... Dos..... Tres ..... Ventila ..... Dos.....Tres.....  
 (comprimiendo) (descomprimiendo) (comprimiendo) (descomprimiendo)

*Comprobar que la ventilación es adecuada:* un movimiento torácico excesivo no es deseable, pues indica que se está administrando demasiada presión. Si no se producen pequeñas excursiones torácicas y no se ausculta ventilación, hay que comprobar:

- El sellado: el sellado incorrecto es la causa más frecuente. Si se escucha o se siente escapar el aire entre la mascarilla y el niño, se debe ajustar de nuevo la mascarilla y aplicar un poco más de presión. El lugar más frecuente por donde se producen las fugas es entre la mejilla y la raíz nasal.
- La vía aérea: reevaluar la posición y asegurar una correcta alineación de la vía aérea. La ventilación se facilita si el niño tiene la boca ligeramente abierta. Volver a aspirar por si se han acumulado secreciones en boca, orofaringe o nariz.
- Por último, si todo falla, probar a dar más pico de presión.

## MASAJE CARDIACO

### Técnica

- *Técnica de los pulgares*: situándose a los pies del recién nacido, abrazar con ambas manos el tórax y colocar los pulgares sobre el tercio inferior del esternón, justo por debajo de la línea intermamaria (se debe evitar presionar sobre el apéndice xifoides). Los pulgares deben colocarse uno junto al otro y flexionar la articulación interfalángica. La fuerza de compresión será la necesaria para deprimir el esternón a una profundidad de aproximadamente 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax. Tras comprimir el esternón, los dedos deben seguir sin levantarse del esternón (así se evita perder tiempo para volver a localizar el área de compresión).

- *Coordinación del masaje con la ventilación*: la relación compresión/ventilación será de 3/1, dando un total de 90 compresiones y 30 insuflaciones pulmonares por minuto. Para favorecer la coordinación entre los reanimadores, la persona que realiza las compresiones debe indicar en voz alta que está haciendo la compresión. Es útil para coordinar la secuencia que vaya diciendo:

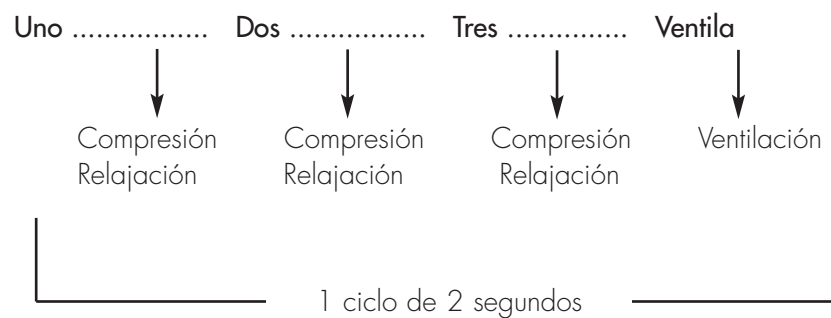




Fig 1. Posición correcta de vía aérea

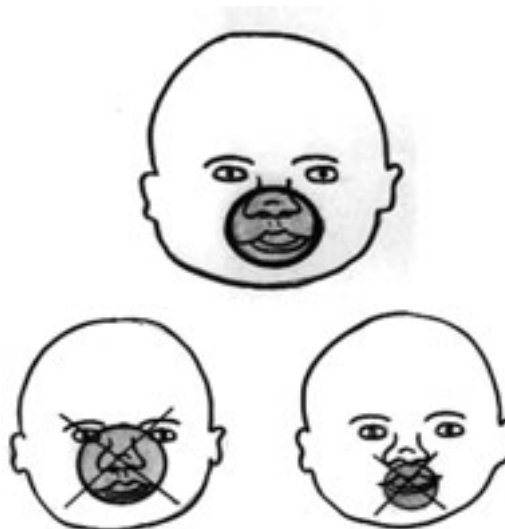


Fig 2. Tamaño de mascarilla facial



Fig 3. Colocación y sellado correcto del ambú

Ritmo: VENTILA...DOS....TRES

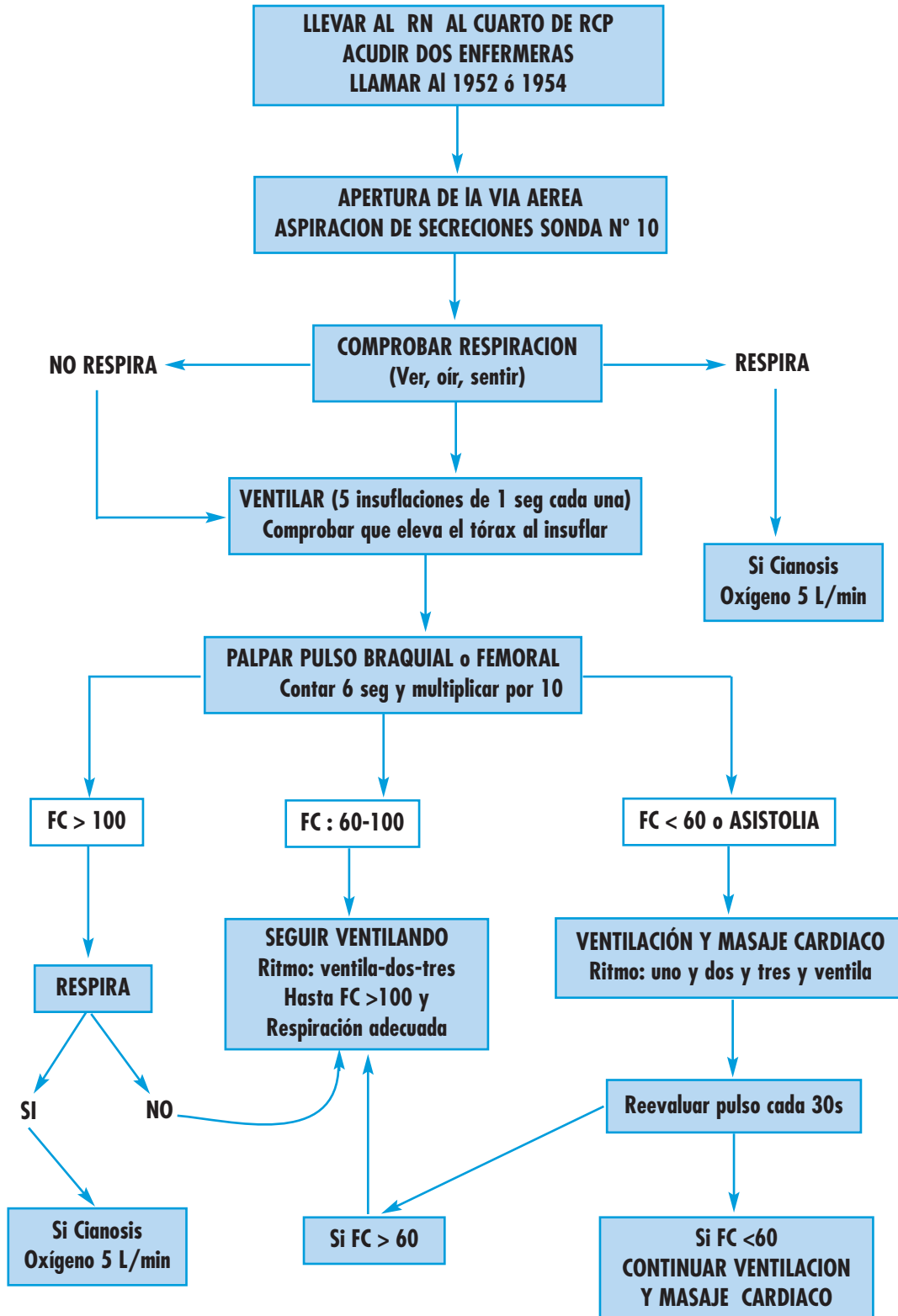


Fig 4. Masaje cardíaco.

Ritmo: UNO.....DOS.....TRES.....VENTILA



## RCP BÁSICA EN PLANTA





## CAPÍTULO 8

### EXPLORACIÓN MÉDICA NEONATAL

#### 8.1.- EXPLORACIÓN NEONATAL

El período neonatal inmediato es crítico para la supervivencia de los recién nacidos. La compleja transición de la vida intrauterina a la extrauterina puede verse dificultada por múltiples factores como la patología perinatal, la prematuridad, la postmadurez, la hipotermia o las malformaciones congénitas. En conjunto, todos estos problemas fueron causantes de una elevada morbimortalidad antes del establecimiento de los cuidados perinatales modernos.

Durante las primeras horas de vida pueden ponerse de manifiesto los primeros síntomas de situaciones amenazantes para la vida como infecciones, alteraciones metabólicas o malformaciones congénitas. Inicialmente estos síntomas pueden ser difíciles de objetivar y poco específicos, pero su detección precoz marcará definitivamente el pronóstico en muchos casos.

Hay dos aspectos que merecen mención especial. El primero es el aumento de la prematuridad y las gestaciones múltiples, que han producido un incremento del número de niños entre 34 y 36 semanas de gestación y de niños con menos de 2.500 gramos que se atienden en las plantas de la Maternidad. El segundo es el desarrollo del diagnóstico prenatal, que muchas veces permite el diagnóstico precoz en niños asintomáticos, pero que requiere confirmación postnatal o ampliación de los estudios diagnósticos.

Aunque la utilidad del diagnóstico prenatal es innegable en muchos casos, hay que evitar el exceso de confianza. Ni todos los defectos congénitos graves se detectan ni todos los diagnósticos son precisos e incluso correctos. Por ello es fundamental mantener la alerta clínica sobre estos problemas congénitos, que pueden afectar a más del 3% de los recién nacidos.

#### Objetivos:

1. Detectar precozmente los problemas en la adaptación a la vida extrauterina y los problemas médicos que precisen intervención inmediata o diferida.
2. Comprobar el tiempo de gestación, el estado de nutrición y el crecimiento del recién nacido.
3. Valorar la capacidad del recién nacido para



alimentarse y ganar peso adecuadamente.

4. Informar a los padres de la situación clínica del recién nacido, responder a sus demandas de información, apoyar la lactancia materna y hacer promoción de la salud.

#### Procedimientos:

1. Recién nacidos que ingresan directamente del paritorio:
  - Exploración médica reglada, entre las 4 y las 24 horas de vida habitualmente.
2. Recién nacidos que ingresan desde el Servicio de Neonatología:
  - Exploración al alta o según prescripción médica.
3. Otras exploraciones en situaciones de riesgo médico.
  - Prematuridad o peso inferior a 2.500 gramos.
  - Pérdida excesiva de peso o problemas con la alimentación.
  - Ictericia.
  - Problemas detectados que requieran especial vigilancia médica.



### Descripción de los procedimientos:

1. Recién nacidos que ingresan directamente del paritorio: uno o más médicos del Servicio de Neonatología pasarán visita en las plantas de Maternidad todos los días, entre las 10 y las 14 horas habitualmente. El profesional de enfermería responsable seleccionará antes del pase de visita los recién nacidos a los que corresponde explorar y preparará la documentación clínica de cada uno de ellos, de forma que esté disponible en el momento de comenzar la visita médica. Esta documentación incluye:

- El Libro de Salud Infantil de la CAM debidamente cumplimentado.
- El documento del parto, reanimación y exploración del recién nacido.
- El documento obstétrico informatizado con los antecedentes del control del embarazo y los datos del parto (copia para Neonatología).

Es conveniente que el profesional de enfermería responsable de cada neonato acompañe al pediatra en la exploración para conocer los resultados de la exploración, para informar al médico de los problemas detectados y para participar en la información y los consejos de salud. La exploración del recién nacido se realizará en presencia de los padres siempre que sea posible. Es muy deseable una actitud de cercanía y atención, así como facilitar que los padres planteen en ese momento sus dudas o demandas de información. Esto puede ser especialmente importante en el caso de recién nacidos prematuros, de bajo peso o con algún problema. Debe preguntarse a los padres por el método elegido para la alimentación y por las posibles dificultades que hayan podido surgir al respecto en las primeras horas. Cuando la madre haya optado por el amamantamiento, se debe preguntar específicamente si hay alguna dificultad y ofrecer todo el apoyo del personal sanitario. En el Anexo I se presenta una guía resumida de la primera exploración médica del recién nacido. En el anexo II se presenta un resumen de la actuación ante los problemas más frecuentemente detectados. El lavado de manos frecuente durante la visita médica es obligado. También es deseable la desinfección frecuente con alcohol del fonendoscopio. Si la exploración es normal y no hay ningún factor de riesgo, no se repetirá posteriormente. Sin embargo, dado que

los recién nacidos permanecen en el hospital hasta realizarse la primera prueba metabólica a las 48 horas de vida, puede darse la situación de que se requiera una nueva valoración médica si se detecta algún problema, a demanda de los padres o de los profesionales de enfermería.

2. Recién nacidos que ingresan desde el Servicio de Neonatología: en este caso se repetirá siempre la exploración en el momento del alta de la madre y se cumplimentará el informe de alta del recién nacido. Si desde el Servicio de Neonatología se indicó una vigilancia médica especial (por ejemplo diaria hasta el alta), debe hacerse constar en la hoja de enfermería.

3. Otras exploraciones en situaciones de riesgo médico:

- Prematuridad o peso inferior a 2.500 gramos: se vigilará especialmente la pérdida de peso, la capacidad para alimentarse, el control de temperatura y la ictericia. Se pasará visita médica diaria a todos los nacidos con 35 o menos semanas de gestación y a todos los que pesen menos de 2.500 gramos.

- Pérdida excesiva de peso o problemas con la alimentación: todos los recién nacidos con algún problema en la alimentación (mala succión, mal encaje al pecho, vómitos, rechazo de la alimentación, etc.) deben ser valorados por el médico. Si el problema puede suponer riesgo inmediato para el recién nacido, se solicitará una valoración médica urgente. Se considerará que la pérdida de peso requiere valoración médica en los siguientes casos, especialmente si afecta al estado general del neonato o se acompaña de ictericia intensa:

- Pérdida del 10% o más del peso al nacer en los nacidos con peso adecuado (percentil 10 o mayor), sean nacidos a término o prematuros.

- Más del 7% en los nacidos con bajo peso (percentil inferior a 10) o CIR, sean a término o prematuros.

- Cuando se detecte ictericia en las primeras 24 horas o una ictericia intensa posteriormente, se solicitará valoración médica (ver apartado 4 del capítulo 7).

- Problemas detectados que requieran especial vigilancia médica: cuando los profesionales de enfermería detecten algún problema, lo comunicarán para que se haga una valoración médica,

en el pase de visita ordinario o de forma urgente, según el riesgo que dicho problema suponga a su juicio para el recién nacido.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

La detección precoz de problemas como malformaciones ocultas, ictericia intensa o precoz, infecciones o problemas en la alimentación disminuye la morbilidad posterior y la exploración médica neonatal se considera un estándar de calidad en los cuidados del recién nacido.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Los derivados de la manipulación inadecuada del recién nacido.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

No habrá excepciones a la valoración médica. Ni siquiera ante la negativa de los padres se puede obviar la valoración médica, en aplicación de los derechos del menor.

#### **Registro:**

- Documento de Salud Infantil de la CAM: el médico que realizó la exploración cumplimentará el apartado de exploración de la página 4 y la firmará. Si hay algún hallazgo que deba ser registrado, se hará brevemente en esta página o se indicará que figura de forma más extensa en la página 22 (NOTAS en la página del lactante de 0 a 15 días).
- Hoja de exploración del recién nacido: el médico que realizó la exploración cumplimentará la hoja de la exploración neonatal, con el apartado de diagnósticos y en su caso las reexploraciones o la exploración al alta. Las indicaciones para los profesionales de enfermería se harán constar por escrito en la hoja de enfermería.
- Informe de alta del Servicio de Neonatología: cuando el recién nacido haya permanecido ingresado en el Servicio de Neonatología, bien en cuidados intermedios o en la Unidad de Transición, será preceptivo cumplimentar y firmar el informe de alta y entregarle una copia a los padres.

*Fecha de la última actualización:  
15 de febrero de 2007.*

*Autores: Nadia García Lara, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía**

1. Cochran W D. Valoración del Recién Nacido. En Cloherty JP, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. Editorial Masson. 3ª edición. 2004: 35-57.

2. Stoll B J, Kliegman R M. The Newborn Infant. En Behrman, Kliegman, Johnson. Nelson textbook of pediatrics. Ed. Saunders. 17th edition. 2004: 523-531.
3. Fenichel GM: The neurological consultation. Fenichel GM. Neonatal Neurology. Ed Churchill Livingstone. 3ª edición. 1990: 1-16
4. Stellwagen MD, Boies E. Care of the well newborn. Ped in Rev. 2006; 27: 89-98
5. Kessel Ward. Congenital malformations presenting during the neonatal period. Clin Perinatol. 1998; 25: 351-369.
6. The Council on Maternal And Infant Health Of The State Of Georgia: Recommended guidelines for Perinatal Health in Georgia. 2nd ed.: 1999.
7. Oh W. and Merenstein G: Fourth Edition of the Guidelines for Perinatal Care: Summary of Changes. Pediatrics. 1997; 100: 1021-1022.

## **8.2.- EXPLORACIÓN MÉDICA A DEMANDA**

A pesar de que la primera exploración neonatal haya sido normal, o incluso antes de la primera exploración, pueden aparecer problemas durante la estancia hospitalaria que requieran una nueva valoración por parte del médico. Habitualmente serán los profesionales de enfermería o los padres quienes los detecten.

#### **Objetivo:**

Detectar y atender adecuadamente los problemas médicos de los recién nacidos que surjan durante la estancia hospitalaria y que no hayan sido detectados previamente.

#### **Procedimientos:**

La demanda de nueva valoración médica puede solicitarse por los profesionales de enfermería a petición de los padres o por criterio propio, según los siguientes patrones:

- Demanda de atención inmediata: en situaciones de urgencia vital.
- Demanda de atención urgente: en situaciones de riesgo que requieran atención en pocas horas.
- Demanda de nueva exploración en el pase de visita: en situaciones que puedan ser valoradas adecuadamente en el pase de visita de la mañana.

#### **Descripción de los procedimientos:**

–Demanda de atención inmediata, llamando al buscapersonas del médico residente o del médico adjunto del Servicio de Neonatología. Algunas de las situaciones que pueden requerir atención inmediata son:

- Apnea.

- Cianosis central manifiesta.
- Dificultad respiratoria.
- Convulsiones o pérdida de conciencia.
- Rápido deterioro del estado general.
- Sangrado activo (por el cordón, por la boca, petequias generalizadas).

–Demanda de atención urgente: en situaciones de riesgo que requieran atención en cuanto sea posible, siempre en cualquier caso, antes del próximo pase de visita. El profesional de enfermería responsable llamará al buscaper personas del médico residente o del médico adjunto del Servicio de Neonatología. Algunos ejemplos de situaciones que requieren atención urgente son:

- Deterioro leve del estado general.
- Aparición de ictericia en las primeras 24 horas o muy intensa.
- Vómitos de importancia o distensión abdominal.
- Fiebre persistente.
- Aparición de temblores llamativos.
- Cambios intermitentes de color o fatiga en las tomas.

–Demanda de nueva exploración en el pase de visita: el profesional de enfermería responsable puede decidir una nueva valoración médica durante el pase de visita de la mañana, cuando aparezca algún problema que así lo aconseje según su criterio. Algunas de las causas de reevaluación médica son las siguientes:

- Ausencia de evacuación de meconio a las 48 horas de vida.
- Ictericia después de las 24 horas moderadamente intensa.
- Problemas en la alimentación o pérdida excesiva de peso.
- Aparición de lesiones cutáneas no habituales.
- Solicitud de los padres.
- Sospecha de riesgo de maltrato o abandono por los padres.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

La disponibilidad permanente de médicos del Servicio de Neonatología permite que no se retrase el diagnóstico y el tratamiento de problemas potencialmente graves que no estaban presentes, no se detectaron o ocurren antes de la primera exploración.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

El abuso en la solicitud de reexploraciones y los problemas de comunicación entre profesionales a la hora de valorar la urgencia.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

- Documento de exploración del recién nacido: se hará constar la fecha, el motivo de consulta y el resultado de cada exploración. Se anotarán los resultados relevantes de las pruebas complementarias, si se solicitaron, y se anotará en las órdenes de cuidados para enfermería si se precisan nuevas evaluaciones, vigilancia especial o tratamientos.

- Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid: sólo se anotarán en este documento los diagnósticos y resultados relevantes para el Peditra de Atención Primaria, así como las citas al alta o las revisiones (por ejemplo: "Soplo sistólico grado II/VI. Valorado por cardiología a las 48 horas de vida se detecta CIV de 3mm por Ecocardiografía. Citado en consulta de cardiología el 10/9/2006").

- Todos los registros deben quedar firmados por el médico que efectuó la exploración.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Jaime Cruz Rojo, Gerardo Bustos Lozano.*

## ANEXO I

### EXPLORACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS

#### HISTORIA OBSTÉTRICA

Antes de procederse a la exploración, deben revisarse la historia obstétrica y los antecedentes del parto. Puede ser necesario completar la anamnesis con la madre.

- Antecedentes familiares: enfermedades hereditarias.
- Antecedentes maternos: edad, grupo sanguíneo, diabetes tipo I pregestacional, enfermedades crónicas, infecciones recientes.
- Historia de embarazos previos: abortos, muertes fetales, muertes neonatales, prematuridad, potmadurez, malformaciones, sepsis neonatales, ictericia patológica.
- Historia del embarazo actual: control del embarazo, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas), ingesta de medicamentos, tiempo de gestación postmenstrual y por ecografía fetal, resultados de la ecografías fetales y otras pruebas que se hayan realizado (por ejemplo amniocentesis, estudios genéticos, metabólicos, etc.), serologías maternas y cribado de estreptococo del grupo B, infecciones y exposiciones durante la gestación, diabetes gestacional, preeclampsia, hemorragias, traumatismos, cirugía y cualquier otra patología materna durante el embarazo que pueda condicionar el bienestar fetal y la salud del recién nacido.
- Historia perinatal: presentación, inicio de parto, tiempo de bolsa rota, duración del trabajo de parto, monitorización fetal, pH fetal o de cordón (arteria y vena), fiebre materna, signos de corioamnionitis, antibióticos (tipo y nº de dosis), anestésicos maternos y otras medicaciones intraparto (sulfato de magnesio, AZT...) líquido amniótico (volumen, sangre, meconio), clase de parto (eutócico, instrumental, cesárea), puntuación de Apgar, reanimación y examen de la placenta (peso y anomalías), examen del cordón umbilical y valoración inicial en la sala de partos.

#### SISTEMÁTICA DE LA EXPLORACIÓN

No hay que olvidar el lavado frecuente de manos y la limpieza del fonendoscopio con alcohol. El orden que sigamos durante la exploración no es importante, siempre que sea sistemático, para que no se nos olvide nada importante. Es aconsejable comenzar la exploración por la auscultación cardiaca, la palpación de los pulsos femorales y la observación de los ojos antes de que el neonato lllore o se agite por la manipulación. Después podemos seguir de la cabeza a los pies. Para calmar al niño se utilizan medidas de contención, como la succión no nutritiva, evitar la exposición directa a la luz o incluso cogerle o ponerle al pecho de la madre.

El material necesario para la exploración es el siguiente: tablas de crecimiento fetal, linterna y fonendoscopio.

A continuación se repasa la primera exploración completa del recién nacido.

#### 1. Aspecto general

- Estado general: valorar si está tranquilo o irritable. Si llora insistentemente, valorar si es consolable. La irritabilidad excesiva y el llanto inconsolable deben ponernos en alerta sobre posibles problemas (hambre, dolor, síndrome de abstinencia, encefalopatía, etc.).
- Coloración: el color normal de la piel es sonrosado o rosado-rojizo. Los prematuros suelen tener un color más rosado de lo habitual (su piel es más fina) y los postérmino son más pálidos (su piel es más gruesa). La palidez cutánea puede deberse a vasoconstricción (por ejemplo por frío). La palidez de mucosas puede traducir anemia o shock. Los recién nacidos pletóricos están muy enrojecidos y tienen cianosis acra y mala perfusión periférica por hiperviscosidad sanguínea. Al menos la

mitad de los recién nacidos presentarán ictericia en los primeros 3 días de vida. Comienza por la cabeza y se distribuye de forma cefalocaudal y centrífuga. Debe investigarse toda ictericia que aparece en las primeras 24 horas y las ictericias intensas que aparecen posteriormente, según el protocolo del Servicio de Neonatología. La cianosis puede verse en zonas acras como pies, manos y alrededor de la boca sin ser patológica. El mejor sitio para observar la cianosis central patológica es la mucosa oral y la lengua. Si está presente, hay que investigar la causa de forma urgente. Si hay dudas se puede determinar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría.

- Llanto, postura, movimientos espontáneos y reacción a estímulos: un nacido a término sano se despierta con los estímulos táctiles, acústicos o luminosos, tiene un buen tono pasivo y activo, una vigorosa reacción a estímulos y un llanto enérgico. La alteración de alguno de estos aspectos nos debe poner alerta y nos obliga a descartar patología orgánica, que incluya siempre una exploración neurológica completa.

## 2. Piel, pelo, uñas

- Aspecto general: los prematuros tienen la piel más fina e inmadura. Los nacidos a término con bajo peso para la gestación y los posttérmino presentan una piel arrugada, más gruesa, seca, agrietada y descamada. El lanugo frecuentemente cubre el cuello y la zona superior de la espalda. En los prematuros es más abundante y puede incluso cubrir la cara, aunque hay mucha variabilidad étnica. La presencia de petequias en la zona de presentación del parto se considera normal. La aparición de petequias en otras localizaciones o diseminadas obliga a investigar la causa.

- Perfusión: conviene recordar que la perfusión de las zonas acras puede estar fisiológicamente disminuida en las primeras horas de vida. Un tiempo de relleno capilar prolongado en el tronco (>3 segundos) es patológico.

- Hidratación, edemas: es necesario comprobar la adecuada hidratación de las mucosas a partir de las 24 horas de vida. El signo del pliegue puede ser falsamente positivo en neonatos desnutridos o postmaduros. El edema de párpados es normal en las primeras 24 horas y puede relacionarse en ocasiones con reacción local a la pomada oftálmica. La aparición de edema en otras localizaciones debe ser investigada.

- Lesiones de la piel: hay varios tipos de lesiones cutáneas que pueden estar presentes al nacimiento. Consultar el protocolo de lesiones de la piel disponible en el Servicio de Neonatología (protocolos de Transición).

## 3. Respiración

Hay variaciones en las características de la respiración y en la frecuencia respiratoria según la temperatura corporal, el estado de vigilia, la fase del sueño y durante el llanto. La observación de taquipnea persistente (más de 60 respiraciones por minuto en reposo), de signos de dificultad respiratoria, de respiración periódica llamativa y por supuesto de apneas obliga a valorar la situación clínica general y la madurez y a ingresar al recién nacido en el Servicio de Neonatología. La dificultad respiratoria con ruidos añadidos (estridor, quejido) requieren siempre valoración diagnóstica.

## 4. Cabeza

- Exploración del cráneo: incluye la valoración del perímetro cefálico, de la morfología craneal, de las fontanelas y las suturas, así como de la presencia de hemorragias extracraneales: cefalohematoma y hemorragia subgaleal. También debe inspeccionarse el cuero cabelludo en busca de lesiones cutáneas (herida por electrodo de monitorización fetal, nevos epidérmicos, aplasia cutis, malformaciones capilares, etc).

- Exploración de la cara: ambos lados de la cara han de ser simétricos. La asimetría de la comisura

ra bucal puede ser debida a una lesión del nervio facial (especialmente en partos traumáticos o instrumentales) o a hipoplasia del músculo depresor del ángulo de la boca homolateral. El mantenimiento intraútero de una postura ladeada de la cabeza puede producir desviación de la línea media de la mandíbula (asinclitismo), asociado o no a tortícolis. La forma de los ojos, nariz, pabellones auriculares y labios puede ser muy variable. Hay que tener en cuenta la gran influencia familiar y étnica. Hay que ser prudentes antes de informar de posibles síndromes genéticos. La retrognatia grave (posición posterior de la mandíbula) puede asociarse a una secuencia de Pierre-Robin.

- Ojos: se puede provocar la apertura de ojos al provocar la succión. Debe explorarse la presencia de globos oculares (descartar anoftalmía), valorarse el tamaño de cada uno y el tamaño corneal (descartar microftalmía y bftalmos), el iris (descartar aniridia o coloboma) y la transparencia (descartar leucocoria). Ambas pupilas han de ser simétricas y reactivas a la luz. Si es posible, se debe explorar el reflejo rojo del fondo de ojo. Las hemorragias conjuntivales pericorneales, así como las petequias y hemorragias retinianas leves son frecuentes por la compresión en el trabajo de parto y se resuelven espontáneamente.
- Exploración de los pabellones auriculares: los pabellones auriculares tienen su implantación normal a la altura o por encima de la línea que pasa por las hendiduras palpebrales. La configuración de la concha tiene muchas variantes normales. Cuando hay una deformidad grave, debe explorarse el conducto auditivo. Los senos, hoyuelos y apéndices preauriculares pueden constituir frecuentemente hallazgos aislados. La asociación sindrómica se valorará en función del resto de la exploración.
- Exploración de la nariz: las narinas deben ser simétricas. Si hay asimetría hay que descartar luxación del tabique nasal. Se puede explorar la permeabilidad de cada coana comprimiendo alternativamente cada narina y escuchando el flujo aéreo. La observación de apneas, episodios de cianosis o dificultad respiratoria, especialmente con las tomas, obliga a descartar atresia de coanas.
- Exploración de la boca y paladar: el paladar duro y blando han de estar íntegros. Preferentemente deben visualizarse. Si no es posible, pueden palparse. Es frecuente encontrar, agrupados en la línea media del paladar o en la encías, pequeños quistes de color blanco (llamadas perlas de Ebstein y nódulos de Bohn). No tienen significado patológico. Hay que explorar el tamaño de la lengua (macroglosia o hipoglosia). Pueden encontrarse dientes deciduales o dientes tempranos, en cuyo caso hay que citar al niño en la consulta del Maxilofacial Pediátrico.

## 5. Cuello

La piel redundante en la parte posterior del cuello es uno de los signos físicos que pueden encontrarse en el S. Down o S. de Turner. Un cuello corto puede encontrarse en algunos síndromes malformativos. El cuello ha de poder movilizarse sin resistencia hacia ambos lados simétricamente. En caso de tortícolis valorar la presencia de un hematoma en el esternocleidomastoideo. Las tumoraciones o trayectos fistulosos precisan pruebas de imagen y valoración por Cirugía Pediátrica.

## 6. Tórax

- Morfología.
- Clavículas: la crepitación, el dolor con la movilización del hombro y el edema local sugieren fractura de clavícula. El signo de la tecla (desplazamiento de los fragmentos de la fractura) es diagnóstico. No es necesario hacer pruebas de imagen.
- Mamilas: valorar separación anómala y mamilas supernumerarias. La hipertrofia mamaria e incluso la aparición de secreción es fisiológica, consecuencia del paso transplacentario de estrógenos maternos. La aparición de signos inflamatorios sugiere mastitis, que requiere ingreso y tratamiento antibiótico.



- Auscultación cardiopulmonar (AC y AP): en la AC debe valorarse la aparición de soplos cardíacos, sus características y su intensidad. El desplazamiento de los tonos o la disminución de la intensidad de los tonos pueden ser signos de una posición anómala del corazón o de la interposición de aire ectópico (neumotórax o neumomediastino). La AP debe valorarse conjuntamente con el patrón respiratorio. Los ruidos patológicos (estridor, quejido, estertores) requieren siempre valoración.

### 7. Abdomen y cordón umbilical

Mediante la inspección descartaremos la distensión abdominal y la presencia de circulación colateral. Con la palpación descartaremos hepatomegalia (el hígado puede palparse a 1-2 cm del reborde costal derecho), esplenomegalia (el bazo no suele palparse) y masas abdominales.

La presencia de una arteria umbilical única no asociada a otras alteraciones se considera una malformación menor. Si no constan ecografías fetales normales, se solicitará una ecografía abdominal para descartar anomalías genitourinarias.

### 8. Pulsos femorales

Su ausencia o manifiesta debilidad en comparación con el pulso braquial nos hará sospechar obstrucción aórtica.

### 9. Zona ano-genital

En los varones se debe comprobar la localización del meato urinario, para descartar hipospadias o epispadias. Si la longitud del pene medida desde la raíz hasta la punta es menor de 2,5 cm. se trata de un micropene y debe ser valorado por Endocrinología. Se ha de comprobar también la presencia de los testes en la bolsa escrotal. Los hidroceles no comunicantes son muy frecuentes y no requieren tratamiento.

En las mujeres, si son nacidas a término, los labios mayores suelen cubrir los menores. Las de bajo peso y las prematuras pueden tener labios menores más prominentes por la escasez de panículo adiposo de los labios mayores. Puede apreciarse un colgajo himeneal normal. La presencia de flujo vaginal o pseudomenstruación en los primeros días de vida es normal y se debe al paso transplacentario de estrógenos maternos. La protrusión de un himen abombado debe hacernos sospechar hidrocolpos. La presencia de un clítoris hipertrófico se relaciona con virilización o masculinización incompleta y debe ser investigada siempre.

### 10. Espalda

La escoliosis verdadera es rara y debe ser investigada. La presencia de una tumoración subcutánea (lipoma o hemangioma), un nevus o una hipertriosis local en la línea media de la columna puede ser indicador de un disrafismo oculto que debe ser descartado con pruebas de imagen. Ante la presencia de un hoyuelo o sinus por encima del pliegue interglúteo debemos descartar con pruebas de imagen la posible fistulización con el espacio intraespinal, especialmente si drenan líquido. Nunca deben manipularse ni debe intentarse pasar sondas para comprobar la presencia de fístula, por el enorme riesgo de provocar una meningitis.

### 11. Extremidades

- Exploración de las caderas: debe observarse la simetría de la abducción y de la longitud del fémur. Deben realizarse las maniobras de Barlow y Ortolani.
- Manos y pies: las manos y los pies deben ser examinados con detalle. Se descartará la polidactilia, la sindactilia, las contracturas o retracciones articulares (artrogriposis), las deformidades de los pies (aducto, varo, equinovaro, talo) y otras posibles malformaciones o deformidades (hipoplasia de

pulgar y radio, ectrodactilia, braquidactilia, reducción de miembros, etc.).

- Parálisis braquial.

## 12. Exploración neurológica

Incluirá una valoración de los siguientes aspectos:

- Estado de conciencia. Facilidad para despertarse con estímulos habituales. Respuesta a estímulos y contacto con el entorno.
- Tono flexor de miembros superiores e inferiores. Asimetrías. Tono axial. Vigor del llanto.
- Reflejo de Moro y su simetría.
- Pares craneales (parálisis facial periférica, síndrome de Horner, síndrome de Moebius).
- Movilidad espontánea. Asimetrías.
- Temblores. Los temblores muy llamativos, amplios, espontáneos pueden relacionarse con hipoglucemia o con hiperexcitabilidad neurológica (hambre, dolor, encefalopatía).
- Hiperexcitabilidad.
- Coordinación y vigor de la succión y la deglución.

## ANEXO II

**ALGUNOS PROBLEMAS MÉDICOS FRECUENTES****1. SOPLOS CARDIACOS**

- La causa más frecuente de soplo en las primeras 48 horas de vida es la persistencia fisiológica del ductus arterioso permeable. El cierre normal se produce a las 24 horas en el 50% de los nacidos a término y a las 48 horas en el 90%. La persistencia después de las 96 horas debe considerarse patológica.
- Hay un grupo de cardiopatías que pueden no presentar soplo cardíaco hasta pasadas más de 48 horas de vida. La más frecuente es la comunicación interventricular.
- En las cardiopatías ductus dependientes la clínica aparecerá de forma intensa cuando se produzca el cierre del ductus, por lo que inicialmente sólo se detectan por la persistencia del soplo.
- Cuando además del soplo se presente alguna de las características que se enumeran a continuación, se solicitará una evaluación por la unidad de Cardiología Pediátrica.
  - Clínica compatible:
    - Cianosis evidente o desaturación comprobada por pulsioximetría. Ingreso en Neonatología y evaluación cardiológica urgente.
    - Signos de insuficiencia cardíaca: taquicardia, polipnea, irritabilidad, fatiga con las tomas, hepatomegalia, ritmo de galope, relleno capilar disminuido, diuresis disminuida. Ingreso en Neonatología y evaluación cardiológica urgente.
    - Ausencia o gran debilidad de los pulsos femorales sin otros hallazgos. Toma de presión en las cuatro extremidades y evaluación cardiológica urgente.
    - Soplo pansistólico, diastólico o de intensidad grado III o mayor sin otra clínica: observación clínica estrecha y evaluación cardiológica antes del alta.
  - Sin clínica de cardiopatía pero con síndromes o malformaciones que puedan asociar cardiopatía: solicitar valoración cardiológica antes del alta.
    - Los soplos mesosistólicos de grado I o II, sin repercusión clínica, en niños por lo demás sanos deben ser valorados a diario en el pase de visita médico. En caso de persistir más allá de las 48 horas de vida se solicitará evaluación cardiológica antes del alta. Habitualmente la valoración se hará antes del alta, aunque a criterio del cardiólogo pediátrico responsable podrá realizarse la valoración posteriormente, de forma ambulatoria. Durante los fines de semana los niños asintomáticos podrán ser dados de alta con un parte interconsulta al servicio de Cardiología Pediátrica, con la recomendación de acudir a citarse en dicho servicio el primer día laborable a partir del alta.
- Clasificación de la intensidad de los soplos:
  - Grado I: soplo difícilmente audible aun en un ambiente silencioso.
  - Grado II: soplo débil, pero fácilmente audible.
  - Grado III: soplo fuerte, audible nada más colocar el fonendoscopio.
  - Grado IV: soplo fuerte, con frémito de baja intensidad a la palpación.
  - Grado V: soplo muy fuerte audible al rozar con el fonendoscopio la pared costal; frémito palpable.
  - Grado VI: soplo muy fuerte, audible sin fonendoscopio; frémito palpable.

**2. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS INTRAÚTERO**

**2.1. Hidronefrosis/ectasia piélica:** se puede definir la hidronefrosis intraútero de dos formas distintas:

1. Según el aspecto ecográfico de la pelvis y del parénquima renales. Grados de la SFU (Society for Fetal Urology):

- Grado 0: riñón normal sin hidronefrosis.
- Grado I: pelvis renal ligeramente dilatada sin ectasia calicial.
- Grado II: pelvis renal moderadamente dilatada con ectasia calicial leve.
- Grado III: pelvis renal grande, cálices dilatados y parénquima normal.
- Grado IV: pelvis renal muy grande, cálices grandes y dilatados y adelgazamiento del parénquima renal.

2. Según el tamaño del diámetro anteroposterior de la pelvis renal. Así se considera que existe hidronefrosis para dilataciones de la pelvis renal por encima de 4 mm. en su eje antero-posterior en el segundo trimestre o por encima de 7 mm. en el tercer trimestre.

-Grado I: 7-10 mm.

-Grado II: 10-12 mm.

3. Se define ureterohidronefrosis a la dilatación conjunta del uréter y de la pelvis renal. La SFU distingue 3 grados:

-Grado I: uréter distal < 7mm.

-Grado II: uréter distal entre 7 y 10 mm.

-Grado III: uréter distal > 10 mm.

Las ectasias piélicas leves, sin dilatación de cálices ni de uréter, son muy frecuentes (hasta el 4,5% de los embarazos). Si no hay otra anomalía, se recomendará la confirmación ecográfica postnatal entre el mes y los 2 meses de vida, que deberá solicitar el pediatra de Área. En el resto de los casos se actuará según el protocolo en vigor del Servicio de Neonatología.

## 2.2. Quistes del plexo coroideo

Es frecuente que se observen en las ecografías previas a la semana 24 de gestación. Si no se asocian a otras anomalías ecográficas y la exploración del niño es normal, no necesitan ningún seguimiento especial. Aun así, se debe explicar a los padres la naturaleza benigna del hallazgo y hacerlo constar en el Documento de Salud Infantil.

## 2.3. Foco intracardiaco hiperecogénico

Corresponde al hallazgo de un punto hiperecogénico próximo al músculo papilar del ventrículo izquierdo y es un hallazgo normal en la mayoría de los casos, aunque en ocasiones se asocia a la trisomía 21. Si el niño tiene hecho un estudio de cariotipo prenatal que sea normal o no tiene una exploración sugerente de síndrome de Down, no necesita un seguimiento especial. Si son varios los focos hiperecogénicos y persisten en la última ecografía fetal, se debe hacer una interconsulta a Cardiología para descartar patología.

## 2.4. Intestino hiperecogénico

Puede ser marcador de aneuploidías, fibrosis quística, infecciones congénitas o de otras enfermedades intestinales. Sin embargo la mayoría de los niños con este hallazgo son niños sanos. Por lo tanto, si la exploración del niño es normal y no hay ninguna sintomatología digestiva durante su ingreso, puede ser dado de alta refiriendo este hallazgo en el Documento de Salud infantil, por si aparecen síntomas posteriormente.

## 2.5. Ventriculomegalia aislada

Ante el antecedente de ventriculomegalia fetal o de asimetría ventricular llamativa, en recién nacidos con perímetro craneal normal y ausencia de malformaciones y de otra patología, es recomendable solicitar una ecografía cerebral postnatal. La actuación posterior dependerá de los hallazgos de ésta.

## 3. ICTERICIA

En los recién nacidos se observa ictericia cuando la bilirrubina sanguínea aumenta por encima de 5-7 mg./dl. El 25-50% de los recién nacidos a término y un porcentaje mayor de los prematuros

desarrollan ictericia clínica. La progresión de la ictericia es craneo-caudal y centrífuga y su resolución en sentido inverso, por lo que se puede estratificar a los niños según el grado de ictericia. Aun así, se sabe que la valoración clínica del grado de ictericia es subjetiva y sujeta a error. Se suelen considerar los siguientes grados:

Localización	Grado	Intensidad	Bilirrubinemia estimada
Cara	1	Leve	4-8 mg/dl
Tronco	2	Leve-moderada	5-12 mg/dl
Proximal en extremidades	3	Moderada	10-18 mg/dl
Distal en extremidades (sobre todo palmas y plantas)	4	Severa	> 18 mg/dl

Ante una ictericia de comienzo en las primeras 24 horas de vida debe sospecharse siempre enfermedad hemolítica. Ante una ictericia cuya intensidad clínica pueda orientar a una bilirrubinemia en rango de tratamiento con fototerapia, en función de la gestación y la edad, se solicitará:

1. Una determinación de bilirrubina capilar.
2. El grupo sanguíneo del recién nacido y el resultado de la prueba de Coombs, con la sangre obtenida del cordón umbilical, al Banco de Sangre.

Tras el resultado se seguirá el protocolo del Servicio de Neonatología.

#### 4. PÉRDIDA DE PESO EXCESIVA

Definida habitualmente por una pérdida en los primeros días, respecto al nacimiento, superior al 10% en niños con peso adecuado y superior al 7-10 % en CIR o nacidos con bajo peso. Suele estar relacionada con problemas en la alimentación (mal encaje-succión, hipogalactia transitoria, otros), excesivo calor en la habitación u otros factores que favorezcan la deshidratación. Puede acompañarse de fiebre. Hay que historiar detalladamente y observar detenidamente los problemas con la alimentación. Si hay deshidratación clínica, hipernatremia o acidosis se requiere una rehidratación inmediata, por vía enteral si es posible. El ingreso en Neonatología dependerá de la causa y la gravedad de la deshidratación.

#### 5. FIEBRE

Se suele producir por excesivo arropamiento, excesivo calor en la habitación o deshidratación hipernatémica. Es muy poco frecuente que se asocie a infección y cuando es así, puede relacionarse con meningitis.

#### 6. FRACTURA DE CLAVÍCULA

El tratamiento es conservador. No es necesario hacer radiografía. Se debe advertir sobre el dolor con la movilización del hombro en los primeros días y sobre la aparición transitoria de una tumorción dura (el callo de fractura). Hay que valorar siempre la posible asociación con parálisis braquial, que debe distinguirse de la inmovilidad y la limitación antiálgica. Debe indicarse analgesia oral (paracetamol 15mg/dosis cada 6-8 horas) y aconsejar posturas antiálgicas para los primeros días (al vestir, empezar por el lado afectado para no forzar el hombro, postura en flexión del codo sobre el tórax, cuidado con las manipulaciones).

## 7. CRIPTORQUIDIA

Se entiende por criptorquidia la ausencia de teste palpable en el escroto. Si el teste está en el canal inguinal y no puede descenderse hasta el escroto o asciende inmediatamente al soltarlo, también se trata de una criptorquidia.

En caso de criptorquidia unilateral, sin otras alteraciones, se remitirá al niño para seguimiento a su Pediatra de Área. Si la criptorquidia es bilateral, los testes no se palpan hay que solicitar una valoración endocrinológica. Si no se palpan testes, debe solicitarse una ecografía abdominal para valorar los genitales internos.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Rein AJ, Omokhodion SI, Nir A. Significance of a cardiac murmur as the sole clinical sign in the newborn. *Clin Pediatr (Phila)*. 2000;39(9):511-20.
2. Ainsworth SB, Wyllie JP, Wren C. Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1999;80:F43-F45
3. Phan V, Traubici J, Hershfield B, Stephens D, Rosenblum ND, Geary DF. Vesicoureteral reflux in infants with isolated antenatal hydronephrosis. *Pediatr Nephrol*. 2003;18:1224-1228.
4. J. M. Belarmino and B. A. Kogan. Management of neonatal hydronephrosis. *Early Hum.Dev*. 82 (1):9-14, 2006.
5. Rein AJ, Omokhodion SI, Nir A. Significance of a cardiac murmur as the sole clinical sign in the newborn. *Clin Pediatr (Phila)*. 2000;39(9):511-20.
6. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stara AR. *Manual of neonatal care*. 5ª ed. Philadelphia: LWW. 2003.





## CAPÍTULO 9

### SITUACIONES ESPECIALES

#### 9.1.- PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS O CON BAJO PESO AL NACER (MENOS DE 2.500 g)

La frecuencia de la prematuridad (nacimiento con un tiempo de gestación inferior a las 37 semanas cumplidas) y el bajo peso al nacer (inferior a 2.500 gramos) está aumentando. Los datos recientes de nuestra Comunidad y en general en todos los países desarrollados muestran que entre el 10% y el 12,5% de los partos son prematuros. En los cuatro últimos años, entre el 8,5% y el 10% de los nacidos en nuestra Maternidad pesaron menos de 2.500 g. No es probable que esta tendencia cambie a corto plazo porque los factores implicados (reproducción asistida, mayor edad materna y otros factores socioeconómicos) no van a mejorar. Del total de partos prematuros, el 75% ocurren a las 34 o más semanas de gestación: aproximadamente el 40% en la semana 36, el 22% en la 35 y el 13% en la 34. Frecuentemente, estos prematuros próximos al término no tienen patología al nacer y pueden parecer suficientemente maduros como para que no sea necesario su ingreso en Neonatología. La gran mayoría de los de 35 y 36 semanas y muchos de 34 irán a la planta de Maternidad, directamente con su madre o tras unas horas de observación, al cuidado del personal que atiende en cada planta a los nacidos a término sanos. Todos los nacidos con menos de 34 semanas de gestación ingresan en el Servicio de Neonatología.

La proporción de recién nacidos con bajo peso (menos de 2.500 gramos) es parecida a la de prematuridad. Se trata mayoritariamente de prematuros, pero algunos son nacidos a término con peso bajo para su tiempo de gestación.

Ambas poblaciones (prematuros y nacidos a término con menos de 2.500 gramos) son susceptibles de presentar problemas en los primeros días de vida, relacionados fundamentalmente con el mal control de temperatura (riesgo de hipotermia e hipertermia), riesgo de hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, problemas en la alimentación, deshidratación y desnutrición. Por ello, necesitan atención y cuidados especiales. Tras el



alta, el riesgo de reingreso precoz (en las dos semanas posteriores al alta) y tardío (hasta los 6 meses) es mayor, aproximadamente el doble en los prematuros respecto a los nacidos a término. Las causas más frecuentes de reingreso precoz son la ictericia, los problemas con el amamantamiento y la deshidratación/desnutrición. La causa más frecuente de reingreso tardío son las infecciones respiratorias. El riesgo es mayor en los de menor tiempo de gestación, en los de menor peso y en los varones. Durante la estancia en la planta hay que identificar los problemas que pueden plantear dificultades al alta y apoyar a los padres para prevenirlos. Es igualmente importante decidir cuándo es razonable plantear el alta hospitalaria y qué apoyos necesita la familia.

En el caso de los gemelos, las cargas son lógicamente mayores y hay que tenerlo en cuenta.

#### Objetivos:

1. Proporcionar los cuidados adecuados en las plantas de Maternidad a esta población de riesgo.
2. Establecer criterios adecuados de alta para prevenir reingresos precoces.
3. Prevenir en lo posible los reingresos tardíos mediante consejos de salud.

**Procedimientos:**

1. Valoración diaria de la alimentación. Observación de una toma cada día.
2. Prevención y detección de hipoglucemia.
3. Contacto piel con piel. Cuidado canguro.
4. Observación de enfermería. Signos de alarma.
5. Visita médica diaria.
6. Criterios de alta.
7. Consejos de salud.
8. Extracción de leche.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Valoración diaria de la alimentación en los niños amamantados: de forma ideal, se debe observar la primera toma al pecho o al menos una toma en las primeras 6 horas. Se advertirá a la madre para que en los días siguientes observe las posibles dificultades que puedan aparecer y anote el número de veces que pone al niño al pecho y el número de veces que ha mamado bien. Se le pedirá también que avise al profesional de enfermería responsable por turno, para que observe una de las tomas. En la observación de la toma se valorarán:

- Estado de alerta previo a la toma.
- Posición del recién nacido.
- Reflejo de búsqueda.
- Encaje.
- Succión.

Además de los ítems recogidos en el protocolo de observación de una toma expuesto en el capítulo 3, deben observarse los siguientes aspectos para valorar la capacidad de lactar del recién nacido:

- Capacidad para mantener el cuerpo flexionado y las manos cerca de la línea media.
- Patrón rítmico y suave de succión una vez conseguido el encaje.
- Capacidad para hacer más de 6 succiones seguidas sin cambio de color ni dificultad respiratoria.
- Estado del recién nacido en los momentos posteriores al final de la toma: dormido/somnoliento/desperto y tranquilo/llanto-protesta.
- Micciones y deposiciones diarias. Pérdida de peso.

En el caso de gemelos amamantados es importante que desde el principio se enseñe a la madre a dar el pecho a los dos a la vez: posturas, cojines de apoyo, etc.

2. La prevención y la detección de la hipoglucemia se desarrolla en el apartado 2 del capítulo 9. Ante un resultado de glucemia inferior a 45 mg/dL debe avisarse al Servicio de Neonatología.

3. Contacto piel con piel: el cuidado tipo canguro, manteniendo permanentemente o por períodos prolongados el contacto piel con piel con la madre o con el padre, favorece el control de temperatura, el establecimiento de patrones adecuados de alimentación y sueño y la lactancia materna. Se explicará el procedimiento a todas las madres de estos niños, que lo harán si lo desean. La técnica del cuidado canguro se resume en un anexo del capítulo 5.

4. Observación de enfermería: se considerarán signos de alarma, para solicitar valoración médica, los siguientes:

- Temblores llamativos.
- Somnolencia excesiva.
- Hipotonía muy llamativa.
- Episodios de cianosis o apnea.
- Aparición de dificultad respiratoria.
- Decaimiento o deterioro del estado general.
- Ictericia intensa o de aparición en las primeras 24 horas.
- Dificultades en la alimentación.
- Pérdida de peso superior al 7% en niños de bajo peso para la gestación o con CIR y del 10% o mayor en niños de peso adecuado. Salvo las dos últimas, todas las demás requieren atención médica inmediata o urgente.

5. Visita médica diaria: salvo indicación médica en contra, se pasará visita médica a diario a estos neonatos. Después de la primera no es necesario repetir una exploración exhaustiva. Se trata de valorar diariamente el estado general, las dificultades en la alimentación, la pérdida de peso y la ictericia. También de poder observar la actitud y la seguridad de los padres en los cuidados, reforzar los consejos de salud y atender las demandas de apoyo e información. Al alta será preceptiva una nueva exploración médica.

6. Criterios de alta: para dar de alta a estos recién nacidos de riesgo con sólo 48 ó 72 horas cumplidas deben reunirse los siguientes requisitos:

- Ausencia de patología relevante.
- Alimentación enteral bien establecida. En el caso de lactancia materna deben comprobarse los siguientes hechos:

- Buen encaje y succión.
- El recién nacido hace al menos 8 tomas al pecho o con suplementos.
- La madre no tiene grietas o éstas se están curando, tras corregirse el encaje.
- La madre se siente segura con la alimentación.

- Pérdida de peso inferior al 10% en niños de peso adecuado y menor al 7% en los de bajo peso para la gestación, a las 48 horas de vida.

- Las precauciones deben extremarse en el caso de gemelos.

Los neonatos que pesen al alta menos de 2.200 gramos, entrarán, si los padres están de acuerdo, en el programa de atención en domicilio (ver apartado 3 del capítulo 12). Si no se dan los requisitos para el alta, debe retenerse a la madre y al niño en el hospital, para evitar la separación. Si la madre lo rechaza o no es posible por otros motivos, será necesario ingresar al recién nacido en el Servicio de Neonatología.

7. Consejos de salud:

- Prevención de la muerte súbita: según lo descrito en el apartado 4 del capítulo 6. En este grupo es importante insistir en estos consejos, al tratarse de una población de mayor riesgo.

- Prevención de las infecciones respiratorias: en la época de epidemia (de noviembre a marzo), se entregará un documento escrito sobre medidas de prevención de las infecciones respiratorias. Este documento puede verse en un anexo al final del capítulo.

8. Extracción de leche materna: con frecuencia los prematuros vacían poco el pecho y esto puede favorecer la ingurgitación mamaria o la hipogalactia. Debe aconsejarse a las madres de niños prematuros o de bajo peso la extracción de leche después de las tomas, 2 ó 3 veces al día, en las primeras dos semanas y siempre que la madre note el pecho lleno tras la toma.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Los cuidados hospitalarios en estos grupos de riesgo no han sido evaluados en cuanto a su eficacia en la prevención de ingresos. Sin embargo, sí está definido el riesgo sanitario de esta población y se sabe que la detección precoz de problemas como la ictericia grave, la deshidratación o los problemas en el amamantamiento previenen morbilidad posterior.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Excesiva intervención médica cuando no resulte

necesaria. Sobrecarga de trabajo si la dotación de personal, especialmente de enfermería, es insuficiente. La carencia de personal específicamente dedicado al apoyo de la lactancia puede hacer difícil cumplir los objetivos en este aspecto.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Si los padres solicitan el alta de un niño que no reúne las condiciones mínimas, se le comunicará al médico responsable, que informará a los padres de la prevalencia del interés del niño, que nos permite retenerlo ingresado en el Hospital.

#### **Registro:**

- Al ingreso en planta se incluirá a los recién nacidos que cumplan los criterios expuestos en el protocolo de cuidados de prematuridad y bajo peso y se hará constar por escrito en la hoja de enfermería.

- El resultado de cada valoración médica y de la valoración al alta se reflejará por escrito en la hoja de exploración del recién nacido, brevemente, haciendo constar la fecha y el nombre o firma del médico que la realizó.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Ingle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol.* 2006;30:2-7.
2. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, et al. Changes in the gestational age distribution among US singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. *Semin Perinatol.* 2006;30:8-15.
3. Lupton A, Jackson GL. Cold stress and hypoglycaemia in the late preterm ("near term") infant: impact on nursery of admission. *Semin Perinatol.* 2006;30:24-27.
4. Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Semin Perinatol.* 2006;30:28-33.
5. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Semin Perinatol.* 2006;30:61-8.
6. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Network.* 2005;24:7-16.

## 9.2.- RECIÉN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es el problema metabólico más frecuente en los neonatos. Tiene tratamiento eficaz, pero si no se trata puede causar la muerte o daño neurológico permanente, sobre todo cuando produce síntomas. Al nacer, la glucemia disminuye rápidamente para posteriormente aumentar y estabilizarse a las 2 ó 3 horas de vida. En los niños prematuros o con retraso del crecimiento intrauterino, estas respuestas adaptativas están alteradas o son menores. En los hijos de madre diabética puede producirse hipoglucemia por hiperinsulinismo; en otras patologías, por alteración de la respuesta hormonal. Los síntomas neurológicos, como convulsiones o alteración del nivel de conciencia, requieren descartar inmediatamente la hipoglucemia y tratarla de forma urgente si se confirma, por el riesgo de daño neurológico permanente. Los métodos automatizados, como el dextrostix, son sencillos de utilizar, pero poco precisos para los valores bajos.

### Objetivos:

1. Definir el grupo de recién nacidos con riesgo de hipoglucemia que precisan al menos una determinación.
2. Prevenir la hipoglucemia en recién nacidos con riesgo.
3. Definir los síntomas que pueden asociarse a hipoglucemia.
4. Definir la técnica de extracción y procesamiento de muestras.
5. Definir los valores normales.
6. Definir el tratamiento de la hipoglucemia en las plantas de Maternidad.

### Procedimientos:

1. Definición de los grupos de riesgo.
2. Prevención.
3. Definición de los síntomas.
4. Extracción y determinación de la glucemia.
5. Tratamiento de la hipoglucemia.

### Descripción de los procedimientos:

1. Definición de los grupos de riesgo. A las 2 ó 3 horas de vida se realizará una determinación de glucemia a los siguientes recién nacidos:
  - Prematuros con menos de 35 semanas de gestación.
  - Nacidos con peso menor de 2.300 gramos.
  - Hijos de madre diabética: diabetes tipo I, dia-

betes gestacional mal controlada o recién nacidos con fenotipo de hiperinsulinismo.

- Recién nacidos macrosómicos con más de 4.500 gramos.
- Recién nacidos con macroglosia, defectos de línea media, micropene o genitales ambiguos.
- En otras situaciones maternas o perinatales asociadas a hipoglucemia, según el protocolo del Servicio de Neonatología, el médico responsable prescribirá el control de glucemias de forma individualizada.

La prescripción de nuevos controles de glucemia será individualizada a criterio del médico responsable, basándose en lo descrito en el protocolo de hipoglucemia del Servicio de Neonatología. El médico prescriptor debe escribir el horario de los controles en la hoja de enfermería.

2. Prevención: para prevenir la hipoglucemia, debe asegurarse un buen control de temperatura en las primeras horas de vida, de forma ideal con contacto piel con piel con la madre u otra persona. En los grupos de riesgo debe asegurarse el inicio precoz de la alimentación. En el caso de la lactancia materna, debe favorecerse el comienzo precoz y la lactancia frecuente. Si hay problemas con el amamantamiento, debe considerarse la indicación de suplementos.

3. Definición de los síntomas: los síntomas de hipoglucemia son inespecíficos. Los siguientes grupos de síntomas obligan a descartar hipoglucemia:

- Temblores, irritabilidad o llanto excesivo que no ceden con la ingesta.
- Convulsiones o coma.
- Decaimiento, letargia, llanto débil, hipotonía.
- Apneas o episodios de cianosis, taquipnea.
- Dificultad para succionar o alimentarse.
- Hipotermia o temperatura inestable.
- Otros: sudoración, crisis de palidez, bradicardia e insuficiencia cardíaca.

4. Extracción y determinación de la glucemia: la muestra se obtendrá habitualmente mediante punción capilar que realizará el profesional de enfermería responsable del recién nacido. La determinación se hará habitualmente con el método automatizado del que se disponga en la planta. Se considerará hipoglucemia si el valor obtenido en una muestra adecuadamente extraída y procesada es inferior a 45 mg/dL. Si el valor obtenido es muy bajo (inferior a 30 mg/dl) y el niño está asintomático, debe repetirse inmediatamente la determinación.

5. Tratamiento de la hipoglucemia: ante una hipoglucemia confirmada o sintomática debe avisarse inmediatamente al médico responsable. Si el niño está consciente, debe administrársele alimento por boca. Si tiene convulsiones o alteración del estado de conciencia, hay que canalizar inmediatamente una vía venosa y administrar un bolo de 2 mL por kg de suero glucosado al 10%. La actitud posterior debe ser definida por el médico responsable, según el protocolo de hipoglucemia del Servicio de Neonatología.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El tratamiento precoz previene las lesiones del sistema nervioso central.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Las propias de las punciones capilares, de las punciones venosas y de los errores en la determinación. Se evitan siendo muy cuidadosos en la técnica y en la determinación. Ante situaciones dudosas, como glucemia muy baja sin síntomas o extracción poco adecuada, debe repetirse inmediatamente la determinación, si es posible obteniendo una muestra venosa para medir la glucemia en el laboratorio de bioquímica de urgencias.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

El profesional de enfermería que realizó la extracción registrará el resultado en la gráfica de enfermería y la hora de la determinación. El médico responsable prescribirá los nuevos controles de glucemia.

#### *Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autores: Elvira Gómez Castillo, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Deshpande S, Ward Platt M. The investigation and management of neonatal hypoglycaemia. *Seminars Fetal Neonatal Med*, 2005;10:351-361.
2. Williams AF. Neonatal hypoglycaemia: clinical y legal aspects. *Seminars Fetal Neonatal Med*, 2005;10:363-368.
3. Cowett RM, Farrag HM. Selected principles of perinatal-neonatal glucose metabolism. *Seminars Neonatology*, 2004;9:37-47.
4. Embleton ND and Ward Platt MP. Management of hypoglycaemia in the newborn. *Current Paediatrics*, 2003;13:134-139.
5. Canadian Paediatric Society. Screening guidelines for

newborns at risk for low blood glucose. *Paediatr Child Health*, 2004;9:723-729.

6. Wight N et al. Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates. *Breastfeeding medicine*, 2006;1:178-184.

7. Wilker RE. Hipoglucemia e hiperglucemia. En: *Manual de cuidados neonatales*. Cloherty JP. 4ª Ed. 2005, pág.659-667.

8. Williams. Hypoglycaemia of the newborn. WHO. Review. 1997. [http://www.who.int/reproductive-health/docs/hypoglycaemia\\_newborn.htm](http://www.who.int/reproductive-health/docs/hypoglycaemia_newborn.htm)

9. Boluyt N et al. Neurodevelopment after neonatal hypoglycaemia: a systematic review and design of an optimal future study. *Pediatrics*, 2006;117:2231-2242.

### **9.3.- Cuidados de los recién nacidos por cesárea**

La tasa de cesáreas en nuestro centro supera el 15%. Al tratarse de un centro terciario, acumula patología materna y fetal, más de la que le correspondería por su Área de Salud. El parto por cesárea se asocia a patología materna (preclamsia, colestasis y otras) y fetal (crecimiento retrasado, pérdida del bienestar, corioamnionitis y otras). En las cesáreas catalogadas de bajo riesgo para la madre y el neonato, debe evitarse la separación de ambos. Cuando hay una necesidad de monitorización o tratamiento, la separación puede ser inevitable.

#### **Objetivos:**

1. Apoyar la lactancia materna.
2. Comprobar el estado de salud y la alimentación del recién nacido al alta.

#### **Procedimientos:**

1. Observación diaria de una toma en los recién nacidos amamantados.
2. Exploración neonatal al alta.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. Cuando la madre haya decidido amamantar a su hijo, se vigilará diariamente una toma al menos. Se valorará la necesidad de suplementos en función del estado del recién nacido y de la pérdida de peso, según lo descrito en el capítulo de lactancia materna y en el de cuidados de recién nacidos prematuros y de bajo peso.
2. Exploración neonatal al alta: todos los nacidos por cesárea serán explorados en las primeras 24 horas, como el resto, y además en el momento del alta. En la exploración al alta se valorará el estado de salud y la alimentación. Hay que poner especial atención en los niños amamantados y comprobar si la lactancia está



bien establecida, si la madre precisa algún tipo de apoyo y si es pertinente el alta hospitalaria.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Una mayor vigilancia y apoyo evitará fracasos en el amamantamiento. Se considera necesaria una exploración al alta por el mayor riesgo general de esta población.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Ninguno.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

El médico que explore al recién nacido al alta lo registrará y firmará en la hoja de exploración neonatal y en el informe del servicio de Neonatología.

*Fecha de la última actualización:*

*19 de enero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano*

#### **Bibliografía**

1. Jain L, Eaton DC. Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Semin Perinatol.* 2006;30:34-43.
2. Ben-Meir A, Schenker JG, Ezra Y. Cesarean section upon request: is it appropriate for everybody? *J Perinat Med.* 2005;33:106-11
3. Van den Berg A, van Elburg RM, van Geijn HP, Fetter W. Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5-year retrospective study and a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;98:9-13.
4. Halliday HL. Elective delivery at "term": implications for the newborn. *Acta Paediatr.* 1999; 88:1180-1.

### **9.4.- CUIDADOS DE LOS GEMELOS**

La tasa habitual de gemelaridad es de aproximadamente 1 de cada 90 embarazos, con variaciones regionales. Sin embargo, en los últimos 20 años ha aumentado enormemente la frecuencia de los embarazos múltiples en los países desarrollados, fundamentalmente en relación con el uso masivo de técnicas de reproducción asistida y con la mayor edad de las madres. La gestación media se acorta entre 3 y 4 semanas por cada feto de más, por lo tanto en el caso de gemelos está alrededor de las 36 semanas. También el peso medio es inferior que en el caso de las gestaciones únicas y hay más morbilidad fetal y neonatal. Esto supone que, aunque no haya patología que requiera el ingreso, frecuentemente a la sobrecarga que supone para los

padres tener dos recién nacidos hay que añadir los problemas de una cierta prematuridad o bajo peso. Se trata pues de una situación de mayor riesgo. También el amamantamiento puede ser más difícil.

#### **Objetivos:**

1. Orientar a los padres sobre el cuidado de los gemelos.
2. Apoyar especialmente la lactancia y enseñar a los padres las técnicas de amamantamiento para gemelos.

#### **Procedimientos:**

1. Consejos de salud y necesidad de apoyos.
2. Consejos específicos sobre lactancia.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. Consejos de salud y necesidad de apoyos: criar dos recién nacidos a la vez puede ser agotador, especialmente en circunstancias adversas. Hay que explicar a la madre que debe descansar siempre que pueda y que necesita, al menos al principio, apoyo permanente de otra persona. Dedicar mucho tiempo a atender visitas o al teléfono puede impedirle descansar entre las tomas. Es conveniente que se rodee de personas realmente útiles para apoyarla. Pasados los primeros días y las primeras dificultades habrá algo más de tiempo para la vida social.

2. Si la madre decide amamantar a gemelos, hay que apoyarla decididamente. Es perfectamente posible hacerlo. Sin embargo, hay que explicarle dos cosas: al principio necesitará algo de ayuda de personas cercanas que apoyen su decisión y necesita aprender algunas técnicas para amamantar a los dos niños a la vez y poder tener así períodos de descanso. Existen muchas posiciones posibles, pero inicialmente debe aprender al menos una estando sentada (posición paralela de los gemelos) y otra tumbada (ver anexo del capítulo 3). En Madrid hay una asociación de padres con partos múltiples que ofrece asesoramiento y apoyo (Asociación Madrileña de Padres Nacidos de Parto Múltiple, AMAPAMU), cuyos teléfonos son 686323410 y 618883965. También se puede contactar por e-mail ([información@amapamu.org](mailto:información@amapamu.org)) o en la página web ([www.amapamu.org](http://www.amapamu.org)).

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El apoyo mejora la tasa de éxitos de la lactancia materna y ayuda a las madres a organizar la atención a los niños y a cuidar su salud. La depresión



y la ansiedad postparto son más frecuentes en las madres de gemelos, en parte por la constante demanda de atención. Aprender desde el principio a organizar los cuidados, puede disminuir la presión psicológica que sufren estos padres.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

No se deben crear falsas expectativas sobre lo fácil que puede ser criar gemelos. Es más prudente ser realistas y ayudar a organizar razonablemente los cuidados y los apoyos que se necesitan. Las personas que apoyen deben estar en sintonía con las decisiones de los padres. Si lo que hacen es estar continuamente criticando o minusvalorando a los padres, se producirá inseguridad y ansiedad. En ese caso es mejor buscar otros apoyos, incluso externos a la familia si es posible.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Rechazo de los padres a los consejos.

#### **Registro:**

Se registrará la información específica de apoyo a la lactancia.

*Fecha de la última actualización:  
15 de febrero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Gemelos, trillizos o más bebés. En Mohrbacher N, Stock J. Lactancia Materna. Libro de respuestas. La liga de la Leche Internacional. Schamburg Illinois. Edición en español 2002. Páginas 347 – 360.
2. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006;91:F377-80.
3. Leonard LG, Denton J. Preparation for parenting multiple birth children. Early Hum Dev. 2006;82:371-8.
4. Langkamp DL, Girardet RG. Primary care for twins and higher order multiples. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2006;36:47-67.
5. Lee YM, Cleary-Goldman J, D'Alton ME. Multiple gestations and late preterm (near-term) deliveries. Semin Perinatol. 2006;30:103-12.
6. Rand L, Eddleman KA, Stone J. Long-term outcomes in multiple gestations. Clin Perinatol. 2005;32:495-513.

### **9.5.- CUIDADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA QUE PERMANECEN CON SU MADRE**

Los recién nacidos que presentan problemas de salud que precisan tratamiento médico en el Hospital, pero que, por su buen estado general

y madurez, pueden permanecer en la planta de Maternidad, no deben ser separados de su madre. La gran mayoría de las veces se tratará de niños en los que se ha sospechado una infección y que están recibiendo tratamiento intravenoso con antibióticos, pero que se alimentan sin problemas por vía oral, frecuentemente al pecho y que no necesitan monitorización.

#### **Objetivo:**

Evitar la separación de las madres y sus hijos ingresados por problemas médicos, cuando sea posible.

#### **Procedimientos:**

1. Prescripción médica del traslado a planta y del tratamiento.
2. Cuidados de enfermería.
3. Traslado al Servicio de Neonatología para tratamiento y regreso a planta.
4. Procedimiento de alta.

#### **Descripción de los procedimientos:**

*1. Prescripción médica del traslado a planta y del tratamiento:* el neonatólogo responsable del recién nacido prescribirá el traslado a la planta de Maternidad y cumplimentará en una gráfica de enfermería para la planta el tratamiento, haciendo constar el horario en el que debe trasladarse al niño al Servicio de Neonatología y si es preciso hacer algún cuidado especial en la planta. Cuando se traslade al recién nacido a la planta de Maternidad, debe ir con la hoja de enfermería con las prescripciones y los horarios de administración, así como con la hoja de reanimación en el parto y de exploración neonatal.

*2. Cuidados de enfermería:* son los de cualquier recién nacido, los cuidados de la vía venosa y los que se especifiquen en las prescripciones médicas.

*3. Traslado al Servicio de Neonatología para tratamiento y regreso a planta:* el personal de enfermería responsable avisará a un celador para que haga el traslado en una cuna, nunca en brazos del celador o los padres. De solicitar celador para la vuelta a la planta se encargará el personal de Neonatología. Si la madre abandona el hospital y el recién nacido no ha terminado el tratamiento, deberá regresar al Servicio de Neonatología con toda su documentación.

*4. El alta se dará siempre desde el Servicio de Neonatología.*

**Eficacia de los procedimientos:**

En la medida de lo posible se evitarán separaciones innecesarias y se favorecerá el amamantamiento.

**Riesgos de los procedimientos:**

No se estima que exista ningún riesgo especial.

**Excepciones de los procedimientos:**

Rechazo de los padres, alta de la madre o contraindicación médica.

**Registro:**

En la hoja de enfermería debe constar la situación de ingreso y el horario de traslados a Neonatología.

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

**9.6.- OTROS RECIÉN NACIDOS QUE PRECISAN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (VIH)**

Descripción del problema: algunos recién nacidos precisan medicación por vía oral. Este único motivo no justifica la separación de sus madres, por lo que permanecerán en la planta de Maternidad, donde se administrará el tratamiento.

**Objetivo:**

No separar innecesariamente a los recién nacidos de sus madres, sin que ello suponga un riesgo para la adecuada realización de los tratamientos.

**Procedimientos:**

1. Prescripción médica.
2. Administración del tratamiento.

**Descripción de los procedimientos:**

1. *Prescripción médica:* se hará desde el Servicio de Neonatología o en la planta por el médico responsable, haciendo constar la prescripción, vía de administración y posología en la hoja de enfermería. Todos los tratamientos médicos deben ser prescritos por escrito, incluidos los tratamientos profilácticos.

2. *Administración:* el profesional de enfermería responsable administrará la medicación prescrita y lo registrará en la hoja de enfermería. En ningún caso se administrará medicación no prescrita, excepto la administración profiláctica de vitamina K, de clortetraciclina oftálmica y de la vacuna contra la hepatitis B (no así la inmunoglobulina hiperinmune, que sólo se administrará previa prescripción médica).

**Eficacia de los procedimientos:**

Se evitará la separación innecesaria de los recién nacidos que precisen medicación oral.

**Riesgos de los procedimientos:**

Los profesionales de enfermería deben ser cuidadosos con la administración de los tratamientos. Un caso especial es el de la profilaxis de la infección por VIH. En este caso es muy importante iniciar el tratamiento antirretroviral en las primeras 6 horas de vida, por lo que si el recién nacido sube a planta sin haber recibido la primera dosis, ésta debe administrarse al ingreso.

**Excepciones de los procedimientos:**

Tratamientos difíciles de administrar en la planta de Maternidad o criterio médico.

**Registro:**

El profesional de enfermería responsable firmará la administración de cada dosis en la hoja de enfermería.

*Fecha de la última actualización:*

*18 de enero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

**9.7.- ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LOS ERRORES**

En todas las actividades humanas pueden producirse errores. Estos errores ocurren aunque los profesionales estén altamente cualificados y aunque se disponga de medidas de seguridad para intentar evitarlos, el error siempre termina por encontrar "un hueco por donde colarse". Los sistemas de trabajo deben tender cada vez a ser más seguros y uno de los métodos más eficaces para ello es que los errores que se cometen se comuniquen y así se pueda analizar la causa del error y se puedan disponer de medidas que en el futuro impidan que ese mismo tipo de error vuelva a ocurrir. El enfoque punitivo del error, es decir "castigar al culpable", no ha conseguido resultados positivos, ya que quien comete un error por miedo a las represalias intenta ocultarlo y si se descubre, se culpabiliza al profesional que lo cometió, sin que eso conlleve un análisis de la situación o una mejora de las circunstancias para que el error no vuelva a ocurrir. En el sistema sanitario los errores pueden llegar a tener consecuencias muy graves para los pacientes por lo que desde hace unos años se viene prestando especial atención a todo lo que tiene que ver con

el error. Miles de pacientes cada año se ven afectados por los errores que se cometen dentro del sistema sanitario y por tanto se ha convertido en una prioridad el que los profesionales de la salud tengan información sobre los errores. Cada vez que se comete un error y no se analiza ni se proponen nuevas medidas de seguridad se pierde una oportunidad de mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes. Por tanto, y siguiendo el modelo de la aviación comercial, considerado un sistema excelente en cuanto a medidas de seguridad, los errores que se cometen deben comunicarse y analizarse para así ir diseñando poco a poco un sistema de atención más seguro. Dentro del campo de la atención sanitaria hospitalaria los servicios y las actividades más tecnificadas son los que tienen mayor riesgo de cometer errores con consecuencias más graves (por ejemplo los Cuidados Intensivos Neonatales). Desde este punto de vista, la atención al recién nacido sano en las plantas de maternidad es un sistema de bajo riesgo, ya que no se realizan muchas intervenciones y las que se llevan a cabo no precisan de gran sofisticación. Por el contrario, considerando otra perspectiva, los errores que se cometen con niños tienen consecuencias más graves que los que se cometen con adultos y aparecen con mayor frecuencia, ya que la mayoría de las medicaciones no tienen presentaciones pediátricas y el riesgo de sobredosis es muy importante. Además, los recién nacidos no son capaces de advertir que la medicación que se le va a administrar o la exploración que se le va a realizar no es la que le corresponde, por lo que los profesionales de las plantas de maternidad deberán ser extremadamente cuidadosos en todo lo que tiene que ver con administración de medicaciones e identificación del niño. Una característica particular de la planta de maternidad es que en ella los recién nacidos no son realmente pacientes, ya que no están enfermos. Si un error tiene consecuencias graves o produce secuelas, ocurre en un recién nacido sano que puede quedar afectado de por vida. Por último, otra particularidad del recién nacido es la dificultad en la identificación, "todos los recién nacidos se parecen", y el niño no ayuda de forma activa a identificarse. Por ello, los profesionales de las plantas de maternidad deben familiarizarse con los sistemas que identifican al recién nacido.

### Objetivos:

1. Prevenir los errores en relación con la atención al recién nacido ingresado en la planta de maternidad.
2. En caso de que ocurra algún error, aprender de la experiencia para que no vuelva a ocurrir.

### Procedimientos:

1. Procedimientos de prevención.
2. Procedimiento de actuación ante el error.

### Descripción de los procedimientos:

#### 1. Procedimientos de prevención:

- Familiarización con la Guía de Cuidados del Recién Nacido. En ella están descritos todos los procedimientos en relación con la atención al niño. El estudio de la Guía y su consulta cuando exista algún tipo de duda puede evitar numerosos errores.
- Prestar especial atención a la identificación del recién nacido, si es que en algún momento se va a separar de la madre: comprobar siempre el nombre de la madre en la pulsera del niño, tanto al llevarse al niño, como al devolverlo. Lo mismo si se va a realizar algún tipo de procedimiento específico para ese niño (por ejemplo el realizar una ecografía cerebral).
- Si se realiza algún procedimiento excepcional en la Maternidad, comprobar previamente todos los pasos que hay que dar y, si es posible, realizar doble verificación (dos profesionales). Por ejemplo, administrar un antirretroviral nuevo a un recién nacido hijo de madre VIH positiva.

2. *Actuación ante el error*: si se ha cometido un error que previsiblemente pueda afectar al recién nacido, hay que avisar siempre al neonatólogo encargado de la Maternidad o al neonatólogo de guardia para que pueda valorar de forma inmediata las consecuencias del error y atender al niño en caso de que se vea afectado su estado de salud. Una vez que el neonatólogo haya valorado y atendido al niño, se debe hablar con la familia, explicándoles lo que ha ocurrido y lo que se espera que vaya a pasar en relación con el niño. No sirve de nada negar los errores a las familias. Aun en el caso de que exista una denuncia, el que se haya reconocido el error nunca va a ir en perjuicio de la persona que lo haya cometido. Tanto la supervisión de enfermería como los médicos responsables del Servicio de Neonatología deben conocer el error y ellos

son los responsables del análisis de su causa y de diseñar nuevas estrategias que eviten errores similares en el futuro. El que exista un buzón en el que se puedan comunicar por escrito y de forma anónima todos los errores tiene ventajas, ya que aunque a veces los errores sean poco trascendentes, de su valoración se puede aprender mucho para evitar errores mayores.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

El que los profesionales sanitarios sean conscientes de que cometen errores y que de vez en cuando se detengan en el estudio y análisis de los errores cometidos disminuye la frecuencia de los mismos.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Se puede considerar que el hecho de comunicar el error cometido a la familia conlleva un incremento en el número de denuncias o reclamaciones. Los estudios que han valorado estos aspectos no han encontrado una confirmación de este hecho. De todas formas, desde el punto de vista de la ética profesional, al paciente no se le puede ocultar información, aunque las consecuencias para el profesional pudieran ser negativas. En el caso de los recién nacidos son los padres los que tienen el derecho a conocer todo lo relativo a su hijo.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

*Fecha de última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autora: Carmen Rosa Pallás Alonso.*

#### **Bibliografía:**

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. To err is human: building a safer health system.
2. Brennan TA, Leape LL, Lair NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient. N Engl J Med. 1991; 324: 370-6.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newbs L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995; 163: 458-471.
4. Jonville APE, Austret E, Baboux F et al. Characteristics of medical errors in pediatrics. Annals Pharmacoth. 1991; 25: 1113-7.
5. Sutcliffe AG. Prescribing medicines for children. BMJ. 1999; 319: 70-71.
6. Wilson DG, McArtney RG, Newcomb RG et al.

Medication error in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. Eur J Paediatr. 1998; 157: 769-774. 11.

7. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-770.

8. Wu A. Medical error: the second victim. BMJ. 2000; 320 726-727.

9. Voeker R. Treat systems, no errors, experts say. JAMA. 1996; 276: 1537-1538.

10. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ. 2000; 759-63.

### **9.8.- RECHAZO DE LOS PADRES A LAS VACUNAS Y OTROS CUIDADOS O TRATAMIENTOS**

La corriente de opinión contraria a las vacunas y a otros tratamientos médicos es afortunadamente minoritaria, pero puede ocurrir que algunos padres se nieguen a la vacunación o a un tratamiento médico del recién nacido. Más frecuente es que soliciten información adicional. La práctica de todos los profesionales debe ser siempre informar a los padres y solicitar su consentimiento verbal antes de administrar cualquier medicamento, vacuna o alimento artificial al recién nacido y no reaccionar agresivamente ante la negativa, ni administrarlos sin más ante la falta de consentimiento.

#### **Objetivos:**

1. Informar adecuadamente a los padres que rechazan una terapia médica correctamente indicada.
2. Hacer prevalecer los derechos del menor, si es lo adecuado.

#### **Procedimientos:**

1. Conducta a seguir por los profesionales de enfermería.
2. Información médica.
3. Actuación de los Servicios de Protección de Menores.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. *Conducta a seguir por los profesionales de enfermería:* si tras la información habitual los padres solicitan más información médica o rechazan un procedimiento prescrito o protocolizado, se avisará al Servicio de Neonatología.
2. *Información médica:* el médico responsable completará la información a los padres. Si finalmente rechazan el procedimiento, se procederá en cada caso, según lo descrito en el apartado correspondiente de esta guía. Aunque en principio debe

respetarse la decisión de los padres o los tutores legales en su caso, hay que tener en cuenta que si ello implica algún riesgo para el recién nacido deben prevalecer sus intereses y en ese caso habrá que recurrir a la vía judicial, con urgencia si es preciso a través del juzgado de guardia.

3. *Actuación de los Servicios de Protección de Menores:* siempre a través de un contacto previo con la Unidad de Trabajo Social del Hospital o por decisión del juez de guardia.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

Con esta actuación se atenderán las demandas de los padres y se conseguirá en muchos casos que admitan las vacunaciones o tratamientos. En cualquier caso se garantizará que el derecho a la salud del recién nacido prevalecerá ante el riesgo grave, como la transmisión de enfermedades infecciosas potencialmente letales.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

La información debe ser veraz y precisa. Habitualmente puede ser suficiente con la contenida en los diferentes apartados de esta guía. No debe exagerarse ni adulterar la información en un intento de convencer.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

Cuando los padres rechacen un procedimiento incluido en esta guía o un tratamiento médico correctamente indicado, el médico responsable lo registrará en la hoja de la exploración neonatal, en la hoja de enfermería y en el Documento de Salud Infantil, para ponerlo en conocimiento de su Pediatra. Si se solicita la intervención del juez y se contraviene la decisión de los padres con su autorización, el médico lo hará constar igualmente.

*Fecha de la última actualización:*

*19 de enero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Ley 6/1995 de 28 de marzo de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid. BOCM nº 83 del 7 de abril de 2006.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002.
3. Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor. BOE nº 15 de 17 de enero de 1996.

## ANEXO I

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS** Comunidad de Madrid**Servicio de Neonatología****Prevención de las infecciones respiratorias graves**

En esta época del año, tanto los niños como los adultos sufren infecciones respiratorias leves con mucha frecuencia. Los recién nacidos pueden contagiarse con facilidad, pero para ellos un simple catarro se puede complicar y llegar a requerir ingreso en un hospital. A continuación les proponemos unas sencillas recomendaciones que pueden evitar el contagio de su hijo recién nacido.

Deben evitar:

- El contacto de su hijo/a con adultos o niños con infecciones respiratorias, por leves que sean.
- La exposición al humo de tabaco.
- La presencia en lugares con aglomeraciones de personas (transporte público en horas punta, guarderías, etc.).
- Recuerden además que tienen que **lavarse cuidadosamente las manos** antes de manipular al niño/a.
- Si el padre o la madre están acatarrados, se recomienda el uso de mascarilla cuando vayan a atender a su hijo recién nacido.
- Si los hermanos están acatarrados, explíquenles que deben lavarse las manos y, si es posible, intenten que no estén en contacto con el recién nacido.

Y recuerden que la lactancia materna protege a su hijo frente a las infecciones respiratorias, por tanto intente amamantar a su hijo el máximo tiempo posible.



## CAPÍTULO 10

### PRUEBAS Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Todas las pruebas complementarias no protocolizadas en esta guía deben ser solicitadas por médicos del Servicio de Neonatología o los especialistas a los que éstos soliciten consulta. Las extracciones de sangre venosa o capilar, la recogida de orina y la recogida de muestras para cultivos que se prescriban a los recién nacidos serán realizados por los profesionales de enfermería de cada planta.

La solicitud de pruebas al recién nacido implica siempre la apertura de historia clínica.

#### 10.1.- SOLICITUD DE CONSULTA A ESPECIALISTAS

El médico que solicite una consulta a otro especialista debe cumplimentar por duplicado un parte interconsulta con el motivo y los datos clínicos relevantes, indicando la urgencia, si se quiere que el recién nacido sea visto antes del alta o si, por el contrario, se pretende que sea citado en consulta para valoración ambulatoria tras el alta.

El profesional de enfermería responsable cursará los partes urgentes y los que solicitan valoración antes del alta, avisando al servicio de celadores. Para citación en consulta se indicará a los padres que deben abrir historia previamente al recién nacido, en la unidad de Admisión de la planta -1 del Hospital Materno Infantil.

#### 10.2.- ECOGRAFÍAS Y RADIOGRAFÍAS

El médico que solicite una ecografía o una radiografía cumplimentará el volante de petición, estableciendo la urgencia del procedimiento. Si se desea ver el resultado de la prueba antes del alta o ésta es urgente, debe indicarlo. Si se solicitan exploraciones para ser realizadas después del alta, debe asegurarse de que se cite a los padres en alguna consulta, con su parte de interconsulta correspondiente, o en el Servicio de Neonatología para darles el resultado y la valoración médica. Cuando la petición la haga otro



especialista al que se ha solicitado consulta, se seguirá el mismo procedimiento. Es responsabilidad del peticionario informar a los padres de la prueba solicitada, ver el resultado e informar de él, así como de tomar las decisiones médicas pertinentes.

#### 10.3.- PRUEBAS CON DETERMINACIONES EN SANGRE Y ORINA. CULTIVOS

Todas las determinaciones en sangre y orina no protocolizadas en esta guía y los cultivos de cualquier muestra deben ser prescritos por un médico adscrito al Servicio de Neonatología o un especialista al que se haya solicitado consulta. Es responsabilidad del peticionario informar a los padres de la prueba solicitada, ver el resultado e informar de él, así como de tomar las decisiones médicas pertinentes.



## CAPÍTULO 11

### PROBLEMAS SOCIALES

#### 11.1.- MULTICULTURALIDAD

La elevada tasa de inmigración en la Comunidad de Madrid ha hecho que en pocos años haya cambiado el perfil de las usuarias de la Maternidad. La procedencia de diferentes países y culturas hace que los profesionales sanitarios se enfrenten a ciertos retos a la hora de tratar a estas familias. En primer lugar está el problema del idioma, especialmente importante con las mujeres chinas, africanas y del Este de Europa. En segundo lugar hay aspectos culturales e incluso religiosos que pueden dar lugar a conflictos en algunas situaciones. Estos conflictos pueden evitarse si los profesionales conocen algunas peculiaridades de las diferentes culturas que pueden afectar a los cuidados, al trato o a la información habitual. En cualquier caso, no es admisible que ninguna tradición o costumbre atente contra los derechos del menor, que siempre deben prevalecer.

##### 11.1.1.- Aspectos particulares de las minorías

Las minorías son grupos sociales o comunidades socioculturales configuradas social e históricamente que forman parte de una comunidad mayor. Sus miembros comparten en forma dinámica y cambiante ciertos rasgos culturales, físicos, lingüísticos o religiosos, así como un determinado tipo de organización. Las nuevas minorías relacionadas con la inmigración provienen mayoritariamente de América del Sur, especialmente Ecuador y Colombia. Otras minorías relevantes son la marroquí, la rumana y la china. La inmigración africana subsahariana es menor en la Comunidad de Madrid.

Cada minoría tiene particularidades culturales y sociales propias, cuya descripción en detalle excede las posibilidades de esta guía. En cualquier caso les une la salida de sus países de origen buscando una mejor calidad de vida.

El derecho a la prestación sanitaria en igualdad de condiciones con los españoles está reconocido por la Ley en el caso de los menores y las mujeres embarazadas (Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de extranjeros en España y su integración social. Ley 8/2000 de 22 de diciembre de reforma de la ley 4/2000). En



nuestra Comunidad la protección de la salud de las madres y los recién nacidos se incluye en el Plan Regional para la Inmigración de la Comunidad de Madrid.

Las condiciones especiales de esta población hacen que utilicen los recursos sanitarios de forma especial. Algunas mujeres recurren a los servicios sólo al dar a luz, sin haber recibido asistencia previa. La falta de planificación familiar produce gran número de embarazos no deseados. El número de interrupciones voluntarias del embarazo es mayor y el 50% de estas mujeres no utilizan otro método anticonceptivo. La edad media de las madres es menor. Hay mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución para salir de la pobreza, a veces para pagar deudas en sus países de origen. La desigualdad de género también afecta más a las inmigrantes y tiene a veces connotaciones culturales o religiosas muy arraigadas. La situación laboral es frecuentemente precaria, con salarios bajos y muchas carecen de los derechos habituales de las españolas, como la baja maternal. La movilidad geográfica es mayor y con frecuencia las

familias comparten domicilio con otras. La separación familiar de las mujeres inmigrantes puede repercutir en escasez de apoyos tras el parto, aislamiento y desprotección. La relación con el personal sanitario puede estar condicionada, no sólo por el idioma en muchos casos, sino por la falta de hábitos y costumbres propios de nuestro país. Respecto al estado de salud de las madres y los recién nacidos en nuestra Comunidad, no difiere significativamente de los autóctonos.

*Fecha de la última actualización:*  
25 de marzo de 2007.

*Autora:* Soledad Pinedo Solís.

#### Bibliografía:

1. Álava C, Garabato S, Jambers B, Martínez M, Martínez ML, Prieto G, Votron S. Manual de Orientación Socio-sanitaria para los inmigrantes de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2005.

### 11.1.2.- Panel de preguntas y respuestas básicas traducidas

Dada la dificultad para comunicarse con algunas personas que no hablan español, se ha elaborado un panel de preguntas y mensajes que se han traducido al árabe, al rumano, al chino y al inglés (anexos I, II, III y IV de este capítulo).

*Fecha de la última actualización:* 3 de agosto de 2007.

*Autores:* Gerardo Bustos Lozano, M<sup>ª</sup> Eugenia Laguía Escudero, Juan Granado Cáceres.

*Traducciones certificadas por Advance Translations S.L.*

## 11.2.- PROBLEMAS QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

### 11.2.1.- Adopción

Tras la comunicación de la madre biológica de su deseo de dar en adopción al recién nacido, la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid asume automáticamente la tutela. La adopción extingue los vínculos con la madre biológica. La madre deberá firmar el Documento de Renuncia en presencia de dos testigos, profesionales sociales o sanitarios del Hospital. A partir de los 30 días de la solicitud el juez llamará a la madre biológica para

que ratifique su decisión definitivamente y se inicie el proceso judicial de adopción. La situación más habitual es que la madre exprese su deseo antes del parto, en cuyo caso el recién nacido ingresa tras el parto en el servicio de Neonatología. Si lo que ocurre es que no lo expresa hasta después del nacimiento, una vez en planta, es el personal sanitario presente el que debe actuar de inmediato.

#### Objetivo:

Los profesionales sanitarios deben conocer el procedimiento de actuación en el caso de que una madre solicite la entrega en adopción de su hijo.

#### Procedimientos:

1. Constatación del deseo de entrega del hijo para adopción.
2. Firma del Documento de Renuncia.
3. Ejecución del protocolo de adopción.
4. Traslado de la madre a otra planta.

#### Descripción de los procedimientos:

1. Constatación del deseo de entrega del hijo para adopción: el profesional de enfermería responsable lo comunicará al trabajador social para valoración, aunque la madre se retracte. Además debe comunicarse al neonatólogo responsable de la asistencia de ese recién nacido.
2. Firma del Documento de Renuncia: este documento lo aportan los trabajadores sociales. Tras firmarlo la madre, deben firmar dos testigos, habitualmente uno será un trabajador social y otro un profesional sanitario de la planta. Las medidas de separación del hijo pueden tomarse antes de la entrevista de los trabajadores sociales y de la firma del documento, sobre todo si está debe demorarse por el horario.
3. Ejecución del protocolo de adopción: la primera medida que ejecutará el neonatólogo responsable será ingresar inmediatamente al recién nacido en el Servicio de Neonatología. Se puede contactar en horario de tarde, hasta las 22 h en días laborables con los trabajadores sociales de turno de tarde (buscapersonas 8174). Durante el horario de noche no hay trabajador social en el Hospital, por lo que se contactará con la Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital Materno Infantil a la mañana siguiente.
4. Traslado de la madre a otra planta: una vez separada del recién nacido, debe trasladarse a la madre a otra planta de ginecología en la que no haya niños, siempre que sea posible.

#### Eficacia de los procedimientos:

Este procedimiento debe servir para no retrasar la

separación y evitar actitudes inadecuadas por parte de los profesionales sanitarios, en el sentido de intentar convencer o culpabilizar de forma poco pertinente. Existen plazos legales para que la madre pueda reconsiderar su decisión.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

La actuación inicial es revocable, por lo que no hay riesgo de irreversibilidad del proceso en caso de retractarse la madre.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Cuando la madre no hable español ni otro idioma comprensible para los profesionales, es conveniente asegurarse de lo que quiere la madre, solicitando con su consentimiento que familiares u otras personas puedan traducir. Si no los hay o no consiente la madre, puede ser necesario reclamar traductores a través de la UTS.

#### **Registro:**

El médico responsable del recién nacido debe registrar la solicitud y la actuación en la hoja de exploración del recién nacido.

*Fecha de la última actualización:  
29 de enero de 2007.*

*Autores: Soledad Pinedo Solís, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor. BOE nº 15 de 17 de enero de 1996.

### **11.2.2.- Situaciones de riesgo social y desamparo**

La Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor establece una clara distinción entre situaciones de riesgo y de desamparo. Ambas requieren valoración por trabajadores sociales. La ley define riesgo social "la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, siendo preciso articular aquellas intervenciones en su entorno en virtud de prevenir la institucionalización del menor". La ley define desamparo "situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, imposible o inadecuado ejercicio, de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos quedan privados de la necesaria asistencia moral o material". Si los profesionales sanitarios detectan una situación de riesgo, deben comunicarlo a la

Unidad de Trabajo Social del Hospital, que evaluará la necesidad de intervención en cada caso. En situaciones de desamparo o de maltrato evidente es obligado intervenir inmediatamente.

#### **Objetivos:**

1. Definir y detectar las situaciones de riesgo social y de desamparo.
2. Describir la actuación de los profesionales sanitarios en caso de riesgo social.
3. Describir la actuación de los profesionales sanitarios en casos de desamparo.

#### **Procedimientos:**

1. Definición de las situaciones de riesgo social.
2. Estrategia de detección de las situaciones de riesgo.
3. Actuación ante situaciones de riesgo social.
4. Definición de las situaciones de desamparo.
5. Actuación ante situaciones de desamparo.

#### **Descripción de los procedimientos:**

1. Definición de las situaciones de riesgo social. Se considerarán indicadores de riesgo las siguientes situaciones:

- Antecedente de maltrato o abandono de un hijo previo.
- Madre víctima de abusos sexuales, maltrato o agresiones.
- Padres con adicción a alcohol, a psicotropos o drogas ilegales, incluso si están en tratamiento de deshabitación.
- Padres con minusvalía física, mental o neurosensorial grave que suponga una limitación para el cuidado del menor.
- Llamativa escasa atención al recién nacido por parte de los padres, detectada por profesionales sanitarios.
- Madres con carencia de hábitos para el cuidado del recién nacido, en cuanto a higiene y alimentación fundamentalmente.
- Carencia de tarjeta sanitaria.
- Padre o madre menor de edad.
- Problemas graves de vivienda: carencia de vivienda habitual, hacinamiento.
- Madres que no reciben visitas.
- Escasez de recursos económicos en el umbral de la pobreza.
- Embarazo no controlado.

2. Estrategia de detección de las situaciones de riesgo: el personal médico y de enfermería debe conocer estos indicadores de riesgo y prestar aten-



ción a los antecedentes en la historia clínica de la madre y a la actitud y comportamiento de los padres durante el ingreso.

3. Actuación ante situaciones de riesgo social: cuando se detecte una de estas situaciones, si se considera que no hay riesgo inminente, debe ponerse en conocimiento de la Unidad de Trabajo Social. Si el caso se detecta durante el fin de semana y los médicos de guardia consideran pertinente la intervención de los trabajadores sociales, debe retrasarse el alta médica del recién nacido hasta el primer día laborable. Si se considera que hay riesgo inminente, hay que avisar al neonatólogo para que valore el ingreso del recién nacido en el servicio de Neonatología.

4. Definición de las situaciones de desamparo: en el contexto de las plantas de la Maternidad pueden considerarse situaciones de desamparo la evidencia de maltrato o abandono del recién nacido y la negativa de los padres a que el recién nacido reciba tratamientos esenciales para tratar o prevenir problemas médicos graves.

5. Actuación ante situaciones de desamparo: cuando se detecte maltrato o abandono evidente debe comunicarse inmediatamente al neonatólogo responsable, que procederá al ingreso del recién nacido en el Servicio de Neonatología, a comunicar los hechos al juez de guardia y a solicitar la intervención de la Unidad de Trabajo Social. En caso de negativa de los padres a un tratamiento que se considere esencial para prevenir o tratar problemas médicos que supongan un alto riesgo vital o de enfermedad grave para el recién nacido, se comunicará al neonatólogo que intentará persuadir a los padres y les explicará la prevalencia legal de los intereses del menor. Si aun así persiste la negativa, se comunicará el caso al juez de guardia y se esperará su autorización si el tratamiento no es urgente. Si el tratamiento se considera muy urgente a criterio del neonatólogo responsable, se ingresará al recién nacido en el Servicio de Neonatología y se administrará. Posteriormente se solicitará la intervención del juzgado de guardia y de la Unidad de Trabajo Social.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

La detección precoz de situaciones de riesgo

permitirá la intervención precoz de la Unidad de Trabajo Social para prevenir situaciones de maltrato y abandono. En situaciones de riesgo médico, permite hacer prevalecer el interés del menor sobre las decisiones de sus padres.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

Se pueden cometer excesos que molesten a algunas personas. Estas situaciones deben evitarse en lo posible. Es exigible a los profesionales sanitarios una actitud de prudencia, delicadeza, sensatez y confidencialidad, pero está muy claro que debe prevalecer, ante la duda, la protección del menor.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

#### **Registro:**

El médico responsable del recién nacido debe dejar constancia por escrito del riesgo detectado y de las actuaciones en la hoja de exploración del recién nacido y en su historia clínica si la hubiera.

*Fecha de la última actualización:*

*29 de enero de 2007.*

*Autores: Soledad Pinedo Solís, Gerardo Bustos Lozano.*

#### **Bibliografía:**

1. Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor. BOE nº 15 de 17 de enero de 1996.
2. Ley 6/1995 de 28 de marzo de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid. BOCM nº 83 del 7 de abril de 2006.

#### **11.2.3.- Otras situaciones de demanda de intervención de la Unidad de Trabajo Social**

Se puede solicitar atención de la Unidad de Trabajo Social del Hospital a demanda de los padres, por problemas laborales, escasez de recursos para la manutención del recién nacido, necesidad de alojamiento o ayuda a familias desplazadas, así como información de recursos y prestaciones sociales. En estos casos, los profesionales sanitarios de cada planta pueden indicar a los padres que se dirijan directamente a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Materno Infantil situada en la planta baja.



ANEXO I

HOJA DE PREGUNTAS Y MENSAJES TRADUCIDOS AL RUMANO

IDIOMA RUMANO		RUMANO	
<b>SALUDO</b>			
Buenos días		Bună dimineața	
Buenas tardes		Bună ziua (a partir de las 18:00, Bună seara)	
Buenas noches		Noapte bună	
¿Cómo se encuentra?		Cum vă simțiți?	
Bien	Bine	Regular	Nici bine, nici rău
		Mal	Rău
Muchas felicidades por el nacimiento de su bebé		Felicitări cu ocazia nașterii copilului dv	
Intentaremos entendernos con usted a través de estas hojas con mensajes y preguntas traducidas		Vom încerca să ne înțelegem cu dv prin intermediul acestor foi cu mesaje și întrebări traduse	
Le señalarán una pregunta y usted debe señalar la respuesta dentro de las opciones que figuran a continuación		Vi se va arăta o întrebare și dv trebuie să alegeți răspunsul din opțiunile care apar în continuare	
También le señalarán mensajes de información y consejos		Vi se vor arăta și mesaje informative și sfaturi	
<b>PREGUNTAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS</b>			
¿Algún familiar o conocido habla español?		Aveți vreo rudă sau cunoștință care vorbește spaniola?	
SÍ	DA	NO	NU
¿Quiere usted que haga de intérprete?		Doriți să fie interpretul dv?	
SÍ	DA	NO	NU
¿Este familiar o conocido se encuentra en el hospital ahora?		Această rudă sau cunoștință se află în spital acum?	
SÍ	SA	NO	NU
Si está en el hospital, avísele, por favor		Dacă este în spital, vă rugăm s-o anunțați	
¿Puede llamarle por teléfono?		Puteti să o sunați la telefon?	
SÍ	DA	NO	NU
Necesitamos que el intérprete venga al hospital. No es suficiente poder hablar por teléfono con él.		Interpretul trebuie să vină la spital. Nu este suficient să putem vorbi la telefon cu el.	

Escriba en un papel a qué hora vendrá	Scrieți pe hârtie la ce oră va veni.
---------------------------------------	--------------------------------------

Vamos a solicitar un intérprete para poder hablar con usted	Vom solicita un interpret pentru a putea vorbi cu dv
---	--

¿Tiene usted alguna alergia?				Aveți vreo alergie?			
SI	DA	NO	NU	Señale a qué es alérgica		Arătați la ce sunteți alergică	
Antibióticos		Antibiotice		Otros medicamentos		Alte medicamente	
Frutos secos	Fructe oleaginoase	Pescado	Pește	Lácteos	Produse lactate	Huevo	Ouă
Otras alergias		Alte alergii					

¿Está tomando medicamentos?		Luați medicamente în prezent?	
SI	DA	NO	NU
¿Cuáles?		Ce medicamente?	

¿Le duele algo?		Vă doare ceva?	
SI	DA	NO	NU
Señale dónde le duele		Arătați unde vă doare	

¿Quiere dar el pecho a su hijo?		Doriți să vă alăptați copilul?		SI	DA	NO	NU
¿Sabe cómo darle el pecho?		Știți cum să-l alăptați?		SI	DA	NO	NU
¿Tiene problemas con la lactancia?		Aveți probleme cu alăptarea?		SI	DA	NO	NU
Me duele el pecho	Mă doare sânul	El niño no mama	Copilul nu suga	El niño tiene hambre		Copilului îi este foame	

¿Tiene más hijos?		Mai aveți copii?		SI	DA	NO	NU
¿Les dio el pecho?		I-ați alăptat?		SI	DA	NO	NU
¿Tuvo problemas con la lactancia?		Ați avut probleme cu alăptarea?		SI	DA	NO	NU

¿Sabe preparar un biberón?		Știți să pregătiți un biberon?	
SI	DA	NO	NU

¿Necesita que la acompañen?				Aveți nevoie de un însoțitor?			
SI	DA	NO	NU	Señale dónde		Arătați unde	
Admisión		Camera de gardă		Trabajador Social		Lucrător social	
Una consulta		O consultație		Una prueba		O analiză	

### Preguntas sobre el recién nacido

¿Cómo se llama su bebé?	Cum se numește copilul dv?
Escribalo en un papel, por favor	Scrieți pe hârtie, vă rog.

¿El bebé ha orinado?	Copilul a urinat?	SÍ	DA	NO	NU
¿Cuántas veces?	De câte ori?	1	2	3	Más Mai multe
¿El bebé ha hecho caca?	Copilul a făcut caca?	SÍ	DA	NO	NU

¿El bebé tiene algún problema?	Copilul are vreo problemă?	SÍ	DA	NO	NU
¿Está decaído?	Este apatic?	SÍ	DA	NO	NU
¿Tiene dolor?	Îl doare ceva?	Señale dónde	Arătați unde		
¿Respira mal?	Respiră greu?	SÍ	DA	NO	NU
¿Come mal?	Mănâncă prost?	SÍ	DA	NO	NU

Le entrego el Documento de Salud Infantil. En este documento figuran los datos de salud de su bebé, como el peso, la longitud, la exploración médica y las vacunas. No debe llevarse a casa hasta que se vaya de alta.	Vă dau Documentul de Sănătate al Copilului. În acest document sunt menționate datele privind sănătatea copilului dv, ca greutatea, lungimea, examenul medical și vaccinurile. Nu puteți să-l luați acasă până când nu vi se dă externarea.
La pulsera que lleva el bebé en el tobillo sirve para su identificación. No debe quitársela por ningún motivo hasta que se lo lleve a casa. Si le molesta, avise a la enfermera. Si la pierde, no se separe del bebé en ningún momento y avise a la enfermera.	Brățara pe care o poartă copilul la gleznă servește pentru a-l identifica. Nu trebuie să o îndepărtați sub nici o formă până când nu-l luați acasă. Dacă vă deranjează, anunțați infirmiera. Dacă o pierdeți, nu vă despărțiți de copil nici o clipă și anunțați infirmiera.
En los primeros días el bebé debe mamar cuando quiera, entre 8 y 12 veces al día habitualmente. No espere a que llore para ponérselo al pecho.	În primele luni, copilul trebuie să sugă când vrea, de obicei între 8 și 12 ori pe zi. Nu așteptați să plângă pentru a-l pune la sân.
Si el bebé está muy dormido y mama pocas veces hay que despertarle con suavidad y ponerle a mamar.	Dacă copilul este foarte adormit și suge de puține ori trebuie să-l treziți cu grijă și să-l puneți să sugă.
Si está dando el pecho a su hijo, no le ofrezca otros líquidos o alimentos.	Dacă alăptați copilul nu-i oferiți alte lichide sau alimente.
Vengo a observar como mama su hijo. Si observo algún problema, se lo indicaré.	Am venit să văd cum îi dați copilului să sugă. Dacă observ vreo problemă, o să vă spun.
Voy a colocarle mejor al bebé.	Am să așez copilul mai bine.
No introduzca usted el pecho en la boca del niño. Espere a que busque y lo agarre por su cuenta.	Nu introduceți dv sânul în gura copilului. Așteptați să-l caute și să-l apuce el.
El bebé debe mamar hasta que se sacie. Es normal que a veces mame sólo de un pecho. En la toma siguiente debe empezar por el pecho del que no comió antes.	Copilul trebuie să sugă până se satură. Este normal ca uneori să sugă doar de la un sân. Data viitoare trebuie să înceapă cu sânul de la care nu a mâncat înainte.
La leche de los primeros días se llama calostro. Poco a poco va aumentando la cantidad de leche. El mejor estímulo para aumentar la producción de leche es que el bebé mame frecuentemente, también por la noche.	Laptele din primele zile se numește colostru. Cantitatea de lapte crește puțin câte puțin. Cel mai bun stimulant pentru a mări cantitatea de lapte produs este suptul frecvent, inclusiv noaptea.



Si está dando el pecho, no le ponga chupete al bebé hasta que tenga un mes y no le de biberones con tetina.	Dacă alăptați nu-i dați suzeta copilului până la vârsta de o lună și nu-i dați biberoane cu tetină.
Es normal que el bebé regurgite pequeñas cantidades de leche después de las tomas.	Este normal ca bebelușul să regurgite mici cantități de lapte după ce a mâncat.
Voy a enseñarle a extraerse la leche con masaje. Observe estos dibujos y le ayudaré. Esto puede serle útil si tiene el pecho demasiado lleno de leche (duro) en los próximos días. También es útil para sacarse leche para el bebé, si no puede darle el pecho en algunas tomas.	Am să vă arăt cum se extrage laptele prin intermediul masajului. Uitați-vă la aceste desene și am să vă ajut. Acest lucru vă poate fi folositor dacă sânul este prea plin de lapte (tare) în următoarele zile. Este util și pentru a scoate laptele dacă nu puteți să-l alăptați vreodată.
Póngase calor en el pecho o dúchese con agua caliente antes del masaje en el pecho.	Aplicați căldură pe sân sau faceți duș cu apă caldă înainte de a masa pieptul.
Si no desea dar el pecho ¿quiere que le demos unas pastillas para que no se le llene el pecho de leche?	Dacă nu doriți să-l alăptați, vreți să vă dăm niște pastile pentru ca să nu vi se umple sânul de lapte?
Si su bebé toma biberón, ofrézcale 8 veces al día (8 tomas) las siguientes cantidades: 10 mL el primer día, 20 mL el segundo día, 30 mL el tercer día, 40 mL el cuarto día, 50 mL el quinto día, 60 mL el sexto día y así hasta los 90 mL. Si no se lo toma todo y gana peso a partir del tercer día, es normal.	Dacă copilul dv bea cu biberonul, oferiți-i de 8 ori pe zi următoarele cantități: 10 mL în prima zi, 20 mL în a doua zi, 30 mL în a treia zi, 40 mL în a patra zi, 50 mL în a cincea zi, 60 mL în a șasea zi și așa până la 90 mL. Dacă nu-l bea tot și ia în greutate începând din a treia zi, este normal.
Observe cuántas veces al día orina y hace caca el bebé.	Fiți atentă la cât de des urinează și face caca pe zi copilul.
Es normal que su hijo pierda algo de peso en los dos primeros días. Lo recuperará a lo largo de la primera semana.	Este normal ca în primele două zile copilul dv să slăbească puțin. Se va recupera în prima săptămână.
Voy a vacunar de la hepatitis B a su hijo.	Am să vă vaccinez copilul împotriva hepatitei B.
Voy a poner vitamina K en el muslo a su hijo. Esto se hace para evitar hemorragias graves en las primeras semanas de vida.	Am să-i fac injecție cu vitamina K în picior copilului dv. Acest lucru se face pentru a evita hemoragiile în primele săptămâni de viață.
Voy a administrar una pomada de antibiótico en los ojos de su hijo para prevenir la conjuntivitis neonatal.	Am să-i administrez copilului dv o alifie cu antibiotic în ochi pentru a preveni conjunctivita neonatală.

Para evitar la muerte súbita de los bebés, es conveniente ponerlos a dormir boca arriba, sobre la espalda, y no fumar.	Pentru a evita moartea subită a bebelușilor este indicat să fie puși să doarmă pe spate și să nu se fumeze.
El ombligo se limpia desde la base con agua con jabón y se seca. Debe estar siempre limpio y seco. Hay que limpiarlo incluso después de que se caiga, hasta que la base cicatrice.	Ombilicul se curăță de la bază cu apă și săpun și se usucă. Trebuie să fie mereu curat și uscat. Trebuie spălat chiar și după ce cade, până când baza se cicatrizează.
En los dos primeros días sólo se limpiará al bebé si se ensucia, con una esponja empapada con agua templada sin jabón o con muy poco jabón.	În primele două zile se spală copilul numai dacă se murdărește, cu un burete înmuiat în apă călduță fără săpun sau cu foarte puțin săpun.
No se bañará al bebé hasta los dos días de vida. Si se le baña se hará sin jabón o con muy poca cantidad.	Copilul nu trebuie îmbăiat în primele două zile de viață. Dacă totuși este îmbăiat, se va face fără săpun sau cu o cantitate foarte mică.
El hipo en los recién nacidos suele ser normal y desaparece sólo.	Sughițul este normal la noi născuți și dispare singur.
Los estornudos son normales. Si el bebé tiene la nariz obstruida por moco la enfermera le enseñará a administrarle unas pocas gotas de suero salino fisiológico.	Strănutul este normal. Dacă bebelușul are nasul astupat de muci, infirmiera vă va arăta cum se administrează câteva picături de ser fiziologic.
Este tipo de manchas de la piel son habituales en los recién nacidos y desaparecen en pocos días sin tratamiento.	Acest tip de pete pe piele sunt normale la noi născuți și dispar în câteva zile fără tratament.
Estas lesiones de la piel pueden crecer en los primeros meses. El pediatra del Centro de Salud vigilará la evolución.	Aceste leziuni ale pielii pot crește în primele luni. Pediatrul de la Centrul de Sănătate va supraveghea evoluția acestora.
El bebé está demasiado arropado y esto puede hacer que tenga fiebre. Con esta temperatura hay que ponerle menos ropa.	Copilul este prea îmbrăcat și acest lucru poate face să aibă febră. La această temperatură trebuie să i se pună mai puțină îmbrăcăminte.
La mancha roja del pañal no es sangre. Se trata de sales oxidadas que son normales en la orina de los recién nacidos.	Pata roșie de pe scutec nu este sânge. Este vorba de săruri oxidate, care sunt normale în urina nou născuților.
Es normal que las niñas recién nacidas tengan una pequeña menstruación en los primeros días de vida.	Este normal ca nou născutele să aibă o mică menstruație în primele zile de viață.



Es normal que los recién nacidos tengan un pequeño abultamiento del pecho. Esto se debe a las hormonas femeninas de la madre que han pasado al feto durante la gestación.	Este normal ca nou născuții să aibă o mică umflătură în piept. acest lucru se datorează hormonilor feminini ai mamei, care au trecut la făt în timpul gestației.
Voy a hacer al bebé un análisis de sangre para medir la glucosa (azúcar) en sangre. La sangre se obtendrá por punción en el talón.	Am să-i fac copilului o analiză de sânge pentru a măsura glicoză (zahărul) în sânge. Sângele se obține printr-o puncție în călcâi.
Voy a hacer al bebé un análisis de sangre porque está muy amarillo. La sangre se obtendrá por punción en el talón o por extracción de una vena del brazo, la mano o el cuero cabelludo.	Am să-i fac copilului o analiză de sânge pentru că este foarte galben. Sângele se obține printr-o puncție în călcâi sau prin extragere dintr-o venă din braț, mână sau pielea capului.
Voy a hacer al bebé la primera prueba para descartar algunas enfermedades genéticas o metabólicas. Para ello obtendremos sangre de una punción de talón. Hay que hacer una segunda prueba en el Centro de Salud a partir del cuarto día.	Am să-i fac copilului prima analiză pentru a exclude anumite boli genetice sau metabolice. Pentru aceasta vom obține sânge printr-o puncție în călcâi. trebuie făcută o a doua probă la Centrul de Sănătate cu începere dintr-a patra zi.
En el cartón para las pruebas debe escribir el nombre del bebé, el suyo, la dirección de correo y el teléfono. Si no sabe hacerlo, solicite ayuda.	Pe cutia pentru analize trebuie să scrieți numele copilului, al dv, adresa și telefonul. Dacă nu știți s-o faceți, solicitați ajutor.
Los resultados de las pruebas del talón le llegarán por correo, a la dirección que haya indicado en la tarjeta.	Rezultatele analizei din călcâi vă vor fi trimise prin poștă, la adresa pe care ați specificat-o pe carte.
Tiene que hacer los trámites para abrir historia clínica al bebé.	Trebuie să faceți formalitățile pentru a deschide istoria clinică a copilului.
El pediatra va a explorar al bebé. Por favor, traiga el Documento de Salud Infantil.	Pediatrul va examina copilul. Vă rugăm să aduceți Documentul de Sănătate al Copilului.
La exploración de su hijo es normal.	Examenul copilului dv este normal.
El resultado de las pruebas es normal.	Rezultatul analizelor este normal.
Su hijo tiene un problema y hay que trasladarlo al Servicio de Neonatología, en la planta baja del Hospital. Los padres pueden permanecer junto al bebé. Para darle más explicaciones, necesitamos un intérprete.	Copilul dv are o problemă și trebuie să-l mutăm la Serviciul de Neonatologie, la parterul spitalului. Părinții pot rămâne alături de copil. Pentru a vă da mai multe explicații avem nevoie de un interpret.

El pediatra ha dado de alta al bebé.	Pediatrul i-a dat externarea copilului.
El pediatra NO ha dado de alta a su bebé. Debe seguir con usted en la planta, en observación, hasta que le den el alta. Para darle más información, necesitamos un intérprete.	Pediatrul NU i-a dat copilului externarea. Trebuie să rămână cu dv la etaj, în observație, până când i se va da externarea. Pentru a vă da mai multe explicații avem nevoie de un interpret.
El bebé tiene un problema y precisa pruebas y revisiones. Para explicárselo con detalle, necesitamos un intérprete.	Copilul are o problemă și trebuie făcute analize și controale. Pentru a vă explica cu detalii avem nevoie de un interpret.
Hay que hacer al bebé una ecografía de CORAZÓN / RIÑÓN / ABDOMEN / CRÁNEO / CADERAS.	Copilului îi trebuie făcută o ecografie la INIMĂ / RINICHI / ABDOMEN / CRANIU / ȘOLDURI.
La ecografía es normal.	Ecografia este normală.
La persona que va a hablar con usted es trabajadora social.	Persoana care va vorbi cu dv este lucrătoarea socială.
Tras el alta del Hospital, debe pedir cita en el Centro de Salud o en su pediatra privado para la segunda prueba del talón y para iniciar los controles de Salud.	După primirea externării, trebuie să cereți programare la Centrul de Sănătate sau la pediatrul dv privat pentru a doua analiză din călcâi și pentru a începe controalele de S n tate.
Hay que inscribir al recién nacido en el Registro Civil. Para ello deben acudir a la calle Pradillo nº 66 (metro Alfonso XIII) antes del mes de vida con los documentos que le anoto por escrito.	Nou n scutul trebuie înscris în Registrul Civil. Pentru aceasta trebuie să mergeți în calle (strada) Pradillo nr. 66 (metrou Alfonso XIII) înainte de a împlini vârsta de o lună, cu actele pe care vi le notez.
Ha sido usted dada de alta por el médico. Le entregaré el informe y después puede irse a casa.	Medicul v-a dat externarea. V voi da fi de ieire și apoi puteți să mergeți acasă.

### PREGUNTAS Y COMENTARIOS DE LAS MADRES

Señale la pregunta que quiere hacer.	Ar ta i întrebarea pe care dori i s o pune i
Me encuentro mal	M simt r u
Me duele aquí, donde me señalo	M doare aici, unde ar t
¿Mi hijo tiene algún problema?	Copilul meu are vreo problem ?
SÍ DA	NO NU
¿Es normal que haga tantas veces caca?	Este normal s fac de atâtea ori caca?
SÍ DA	NO NU
¿El color negro de las cacas es normal?	Este normal ca caca s fie neagr ?
¿Cuántas veces debo ponerle al pecho?	De câte ori trebuie s -l pun la piept?
¿Cuántos biberones tengo que darle?	Câte biberoane trebuie s -i dau?
¿Qué cantidad debe tomar cada vez?	Ce cantitate trebuie s m nânce de fiecare dat ?
¿Tengo que despertarle para comer?	Trebuie s -l trezesc s m nânce?
¿Tengo que darle algo más de comer además del pecho?	Trebuie s -i mai dau ceva de mâncare în afar de piept?
¿Es normal que tenga tan poca leche?	Este normal s am atât de pu în lapte?
¿Debo ponerle chupete?	Trebuie s -i dau suzeta?
¿Cómo debo limpiarle el ombligo?	Cum trebuie s -i cur ombilicul?
¿Cuánto ha pesado hoy?	Cât a cânt rit azi?
¿Es normal que haya perdido peso?	Este normal s sl beasc ?
¿Es normal que esté amarillo?	Este normal s fie galben?
¿Es normal que vomite?	Este normal s vomite?
¿Tengo que bañarle?	Trebuie s -i fac baie?
¿Puedo quitarle la pulsera que lleva en el tobillo?	Pot s -i scot br ara pe care o are la glezn ?
Mi bebé no quiere comer.	Copilul meu nu vrea s m nânce.
Mi bebé llora mucho.	Copilul meu plânge mult.



Mi bebé no está bien.	Copilul meu nu se simte bine.		
Mi bebé hace ruido al respirar.	Copilul meu face zgomot când respir .		
Mi bebé tiembla.	Copilul meu tremur .		
Mi bebé estornuda.	Copilul meu str nut .		
La orina del pañal es roja.	Urina din scutec este ro ie.		
Mi hija tiene sangre en la vagina.	Fiica mea are sânge în vagin.		
Mi hijo tiene abultados los pechos.	Copilul meu are pieptul umflat.		
Mi hijo tiene manchas en la piel.	Copilul meu are pete pe piele.		
¿Cuándo debo llevar a mi hijo al pediatra después de abandonar el Hospital?	Când trebuie s duc copilul la pediatru dup ce ie im din spital?		
¿Dónde tengo que ir para hacer los papeles de mi hijo?	Unde trebuie s merg pentru a face actele copilului meu?		
Quiero hablar con la enfermera.	Vreau s vorbesc cu infirmiera.		
Quiero hablar con el ginecólogo.	Vreau s vorbesc cu ginecologul.		
Quiero hablar con el pediatra.	Vreau s vorbesc cu pediatrul.		
Quiero hablar con el trabajador social.	Vreau s vorbesc cu lucr torul social.		
Necesito que me acompañen a	Am nevoie de un înso itor pentru a merge la		
Admisión	Camera de gard	Trabajador Social	Lucr tor social
Una consulta	O consulta ie	Una prueba	O analiz
Quiero quejarme de algo relacionado con el Hospital.	Doresc s depun o plângere în leg tur cu spitalul.		

Lista de palabras

Adiós	La revedere	Intérprete	Interpret
Agua	Ap	Inyección	Injec ie
Alta del hospital	Externare	Jabón	S pun
Análisis	Analiz	Lavar	Sp la
Análisis de sangre	Analiz de sânge	Madre	Mam
Antibiótico	Antibiotic	Mal	R u
Analgésico	Analgezic	Malo	R u
Apellido	Nume de familie	Mamar	Suge
Ayuda	Ajutor	Meconio	Meconiu
Baño	Baie	Medicamento	Medicament
Bebé	Bebelu	Médico	Medic
Biberón	Biberon	Mucho	Mult
Bien	Bine	Necesito	Am nevoie de
Bueno	Bun	No	Nu
Cadera	old	Nombre	Prenume
Caliente	Cald	No poder	A nu putea
Calor	C ldur	Ombligo	Ombilic
Cama	Pat	Orinar	A urina
Cardiólogo	Cardiolog	Padre	Tat
Centro de Salud	Centru de S n tate	Pañal	Scutec
Color	Culoare	Papeles	Documente
Comer	A mânca	Pecho	Piept, sân
Compresa	Absorbant	Pediatra	Pediatru
Corazón	Inim	Pinchar	A în epa
Cuarto de baño	Baie	Poco	Pu in
Cuna	P tu	Poder	Putea
Dar el pecho	Al pta	Problema	Problem
Defecar	Defeca	Pruebas médicas	Analize medicale
Dirección	Adres	Quitar catéter espalda	A scoate cateterul din spate
Dolor	Durere	Recién nacido	Nou n scut
Dolor de cabeza	Durere de cap	Radiografía	Radiografie
Domicilio	Domiciliu	Ropa	Îmbr c minte
Dormir	A dormi	Ruido	Zgomot
Ducha	Du	Sangre	Sânge
Ecografía	Ecografie	Sano	S n tos
Enfermera	Infirmier	Señalar	A ar ta
Enfermo	Bolnav	Si	Da
Espanja	Burete	Talón	C lcâi
Estoy sangrando	Sângerez	Temblor	Tremur tur
Estoy cansada	Sunt obosit	Templada	C ldu
Fiebre	Febr	Tengo dolor	M doare
Frio	Frig	Teléfono	Telefon
Ginecólogo	Ginecolog	Toalla	Prosop
Gorro	C ciul	Trabajador social	Lucr tor social
Leche	Lapte	Traumatólogo	Traumatolog
Levantarse	A se scula	Vigilar	A supraveghea
Heces	Materii fecale	Vómito / vomitar	Vom / a vomita
Hijo / hija	Fiu / fiic		

ANEXO II

HOJA DE PREGUNTAS Y MENSAJES TRADUCIDOS AL ÁRABE

IDIOMA  اللغة

**SALUDO**

		التحية
Buenos días		صباح الخير
Buenas tardes		مساء الخير
Buenas noches		مساء الخير

¿Cómo se encuentra?		كيف حالك؟
Bien	بخير	بحالة سيئة
Regular	بحالة مستقرة	Mal

Muchas felicidades por el nacimiento de su bebé	أقدم لك خالص تهنئتي بمناسبة ميلاد طفلك
---	--

Intentaremos entendernos con usted a través de estas hojas con mensajes y preguntas traducidas	سوف نحاول أن نفهمك من خلال صفحات الرسائل والأسئلة المترجمة
--	--

Le señalarán una pregunta y usted debe señalar la respuesta dentro de las opciones que figuran a continuación	سوف يطرح عليك سؤالاً ويتعين عليك وضع الإجابة داخل الاختيارات للمواصلة
---	---

También le señalarán mensajes de información y consejos	أيضاً سوف يشار عليك برسائل المعلومات والنصائح
---	---

**PREGUNTAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

أسئلة عن المهنيين الصحيين

¿Algún familiar o conocido habla español?	هل أحد من العائلة أو المعارف يتحدث اللغة العربية؟
SÍ	نعم
	NO
	لا

¿Quiere usted que haga de intérprete?	هل تود أن نستدعي لك مترجماً؟
SÍ	نعم
	NO
	لا

¿Este familiar o conocido se encuentra en el hospital ahora?	هل أحد من العائلة أو المعارف يتواجد بالمستشفى الآن؟
SÍ	نعم
	NO
	لا
Si está en el hospital, avísele, por favor	إذا كان في المستشفى أخبره من فضلك



¿Puede llamarle por teléfono?	هل يمكن استدعاؤه بالهاتف
SI	NO
نعم	لا

Necesitamos que el intérprete venga al hospital. No es suficiente poder hablar por teléfono con él.	نحتاج إلى مترجم للحضور إلى المستشفى، حيث لا يكفي التحدث معه عبر الهاتف.
Escriba en un papel a qué hora vendrá	اكتب في ورقة الميعاد الذي سيحضر فيه

Vamos a solicitar un intérprete para poder hablar con usted	سوف نستدعي مترجماً للتحدث إليك
---	--------------------------------

¿Tiene usted alguna alergia?	هل تعاني من بعض الحساسية؟
SI	NO
نعم	لا
Antibióticos	مضادات حيوية
Frutos secos	فواكه جافة
Pescado	الأسماك
Lácteos	الألبان
Huevo	البيض
Otras alergias	هل تعاني من حساسية أخرى؟

¿Está tomando medicamentos?	هل تتناول الأدوية؟
SI	NO
نعم	لا
¿Cuáles?	ما هي؟

¿Le duele algo?	هل تعاني من شيء؟
SI	NO
نعم	لا
Señale dónde le duele	أشر إلى موضع الألم؟

¿Quiere dar el pecho a su hijo?	هل تودين إرضاع ابنك؟	SI	NO	لا
¿Sabe cómo darle el pecho?	هل تعرفين كيف ترضعينه؟	SI	NO	لا
¿Tiene problemas con la lactancia?	هل تعانيين من مشكلات أثناء الرضاعة؟	SI	NO	لا
Me duele el pecho	يؤلمني صدري	El niño no mama	لا يرضع الطفل	El niño tiene hambre
				يشعر الطفل بالجوع

¿Tiene más hijos?	هل لديك أطفال آخرون؟	SI	NO	لا
¿Les dio el pecho?	هل تعطينهم صدرك؟	SI	NO	لا
¿Tuvo problemas con la lactancia?	هل تعانيين من مشاكل أثناء عملية الإرضاع؟	SI	NO	لا

¿Sabe preparar un biberón?	هل تعرفين كيفية تجهيز زجاجة الرضاعة؟
SI	NO
نعم	لا

¿Necesita que la acompañen?	هل تحتاجين من يرافقك؟
SI	NO
نعم	لا
Admisión	Señale dónde
Una consulta	أشري علي بـ
	أخصائي اجتماعي
	Trabajador Social
	بالقبول
	Una prueba
	بالمشورة
	بالحجة

Preguntas sobre el recién nacido

أسئلة عن المولود حديثًا

¿Cómo se llama su bebé?	ماذا تسمين طفلك؟
Escríbalo en un papel, por favor	من فضلك، اكتبه على ورقة

¿El bebé ha orinado?	هل يبول الطفل؟	SÍ	نعم	NO	لا
¿Cuántas veces?	كم مرة؟	1	2	3	Más أم أكثر
¿El bebé ha hecho caca?	هل يتبرز الطفل؟	SÍ	نعم	NO	لا

¿El bebé tiene algún problema?	هل يعاني الطفل من بعض المشاكل؟	SÍ	نعم	NO	لا
¿Está decaído?	هل يعاني من الضعف؟	SÍ	نعم	NO	لا
¿Tiene dolor?	هل يشعر بالألم؟	Señale dónde	حددي مكان الألم		
¿Respira mal?	هل يتنفس بصعوبة؟	SÍ	نعم	NO	لا
¿Come mal?	هل يأكل بصعوبة؟	SÍ	نعم	NO	لا

## CONSEJOS E INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

### نصائح ومعلومات عن المهنيين الصحيين

<p>Le entrego el Documento de Salud Infantil. En este documento figuran los datos de salud de su bebé como el peso, la longitud, la exploración médica y las vacunas. No debe llevárselo a casa hasta que se vaya de alta.</p>	<p>يتم تسليم الأم ملفاً عن صحة الطفل، يحتوي على بيانات عن صحة طفلها مثل الوزن والطول والفحص الطبي والتطعيمات، ولا يتعين عليها حمله للمنزل حتى يتم إخلاء طرفه من المستشفى.</p>
<p>La pulsera que lleva el bebé en el tobillo sirve para su identificación. No debe quitársela por ningún motivo hasta que se lo lleve a casa. Si le molesta, avise a la enfermera. Si la pierde, no se separe del bebé en ningún momento y avise a la enfermera.</p>	<p>يوضح السوار الذي يوضع في رصغ الطفل هويته. ولا يجب إزالته بأي سبب من الأسباب حتى عند حمله إلى المنزل. فلو ضايقه، أبلغني الممرضة. وإذا فقدته الطفل، فلا تبتعدني عنه بأي حال من الأحوال في تلك اللحظة وأخبرني الممرضة.</p>
<p>En los primeros días el bebé debe mamar cuando quiera, entre 8 y 12 veces al día habitualmente. No espere a que lllore para ponérselo al pecho.</p>	<p>في الأيام الأولى من عمر الطفل يجب إرضاعه متى يريد، أي ما بين 8 و12 مرة بشكل معتاد. ولا تنتظري إلى أن يبكي حتى ترضعيه.</p>
<p>Si el bebé está muy dormido y mama pocas veces hay que despertarlo con suavidad y ponerle a mamar.</p>	<p>إذا كان الطفل ينام طويلاً ويرضع قليلاً، يجب إيقاظه من نومه بهدوء وإرضاعه.</p>
<p>Si está dando el pecho a su hijo, no le ofrezca otros líquidos o alimentos.</p>	<p>لو أعطت الأم صدرها لطفلها، ولم تقدم له سوائل أو أطعمة أخرى.</p>
<p>Vengo a observar como mama su hijo. Si observo algún problema, se lo indicaré.</p>	<p>تلاحظ كيف يرضع طفلها. وإذا لاحظت بعض المشكلات، بأي شيء يتم نصحتها؟</p>
<p>Voy a colocarle mejor al bebé.</p>	<p>يتم وضع الطفل في وضع أفضل مما كان.</p>
<p>No introduzca usted el pecho en la boca del niño. Espere a que busque y lo agarre por su cuenta.</p>	<p>لا تقدمي صدرك إلى فم الطفل. بل انتظري إلى أن يبحث عنه ويمسكه بنفسه.</p>
<p>El bebé debe mamar hasta que se sacie. Es normal que a veces mame sólo de un pecho. En la toma siguiente debe empezar por el pecho del que no comió antes.</p>	<p>يجب إرضاع الطفل حتى يشبع. ومن الطبيعي أحياناً أن يرضع من الصدر فقط. وأثناء إرضاعه ثانياً يكون لزاماً البدء من الثدي الذي لم يرضع منه من قبل.</p>
<p>La leche de los primeros días se llama calostro. Poco a poco va aumentando la cantidad de leche. El mejor estímulo para aumentar la producción de leche es que el bebé mame frecuentemente, también por la noche.</p>	<p>يسمى اللبن في الأيام الأولى من الرضاعة اللباً (أي لبن المرسوب عند الأنثى). ورويداً ورويداً، سوف تتضاعف كمية اللبن. وأفضل حافظ من أجل زيادة إدرار اللبن هو أن يرضع الطفل بشكل متكرر، ويتم إرضاعه بالليل أيضاً.</p>



<p>Si está dando el pecho, no le ponga chupete al bebé hasta que tenga un mes y no le de biberones con tetina.</p>	<p>إذا أعطت الأم صدرها للطفل، لا تعط حلقة المص للطفل حتى يبلغ من العمر شهراً ولا تقدمي له زجاجة الرضاعة ذات العصاصة.</p>
<p>Es normal que el bebé regurgite pequeñas cantidades de leche después de las tomas.</p>	<p>من الطبيعي أن يتجشأ الطفل كميات قليلة من اللبن بعد تناولها.</p>
<p>Voy a enseñarle a extraerse la leche con masaje. Observe estos dibujos y le ayudaré. Esto puede serle útil si tiene el pecho demasiado lleno de leche (duro) en los próximos días. También es útil para sacarse leche para el bebé si no puede darle el pecho en algunas tomas.</p>	<p>سوف نعلمك كيفية التخلص من اللبن الزائد عن طريق المساج. شاهدي تلك الرسومات وسوف تساعدك، فقد يفيد ذلك في حالة ما إذا كان الصدر ممتلئاً أكثر من اللازم باللبن في الأيام القادمة. ويعتبر مفيداً أيضاً من أجل استخراج اللبن للطفل إذا لم تستطعي إعطائه صدرك في بعض الأحيان.</p>
<p>Póngase calor en el pecho o dúchese con agua caliente antes del masaje en el pecho.</p>	<p>ضعي ماءً ساخناً على صدرك أو استحمي قبل البدء في عملية التدليك.</p>
<p>Si no desea dar el pecho ¿quiere que le demos unas pastillas para que no se le llene el pecho de leche?</p>	<p>إذا لم ترغب في إرضاع طفلك، فهل تودين أن نصف لك بعض العقاقير حتى لا يمتلئ صدرك باللبن.</p>
<p>Si su bebé toma biberón, ofrézcale 8 veces al día (8 tomas) las siguientes cantidades: 10 mL el primer día, 20 mL el segundo día, 30 mL el tercer día, 40 mL el cuarto día, 50 mL el quinto día, 60 mL el sexto día y así hasta los 90 mL. Si no se lo toma todo y gana peso a partir del tercer día, es normal.</p>	<p>إذا كان طفلك يرضع عن طريق زجاجة الرضاعة، قدميها له 8 مرات في اليوم (أي 8 وجبات) بالمقادير التالية: اليوم الأول 10 مل والثاني 20 مل والثالث 30 مل والرابع 40 مل والخامس 50 مل والسادس 60 مل حتى تصلي إلى 90 مل تقريباً. وإذا لم يتناول الكمية كلها وزاد وزنه بدءاً من اليوم الثالث، فهذا أمر طبيعي.</p>
<p>Observe cuántas veces al día orina y hace caca el bebé.</p>	<p>لاحظي كم مرة يبول ويتبرز فيها طفلك في اليوم.</p>
<p>Es normal que su hijo pierda algo de peso en los dos primeros días. Lo recuperará a lo largo de la primera semana.</p>	<p>من الطبيعي أن يفقد طفلك بعضاً من وزنه في الأيام الأولى من عمره. لكن سوف يستعيد على مدار الأسبوع الأول.</p>
<p>Voy a vacunar de la hepatitis B a su hijo.</p>	<p>سوف تقومين بإعطاء طفلك لقاح التهاب الكبد B.</p>
<p>Voy a poner vitamina K en el muslo a su hijo. Esto se hace para evitar hemorragias graves en las primeras semanas de vida.</p>	<p>سوف تقومين بإعطاء طفلك فيتامين K عن طريق الفخذ. وهو ما يساعد في تجنب عمليات نزيف الدم الخطيرة في الأسابيع الأولى من حياته.</p>
<p>Voy a administrar una pomada de antibiótico en los ojos de su hijo para prevenir la conjuntivitis neonatal.</p>	<p>سوف تضعين مرهماً مضاداً في عين طفلك للوقاية من التهاب الملتحمة (الرمد) في بداية الميلاد.</p>

Para evitar la muerte súbita de los bebés es conveniente ponerlos a dormir boca arriba, sobre la espalda, y no fumar.	من أجل تفادي موت الأطفال المفاجئ، يكون الملائم وضعهم مستلقين على ظهورهم وفمهم لأعلى ويمنع التدخين بجوارهم.
El ombligo se limpia desde la base con agua con jabón y se seca. Debe estar siempre limpio y seco. Hay que limpiarlo incluso después de que se caiga, hasta que la base cicatrice.	تنظف مشيمة الطفل من الأساس بالماء والصابون حتى تجف. ويجب تنظيفها وتجفيفها دوماً. ويكون من اللازم تنظيفها حتى بعدما تسقط وتلتأم.
En los dos primeros días sólo se limpiará al bebé si se ensucia, con una esponja empapada con agua templada sin jabón o con muy poco jabón.	يتم تنظيف الطفل خلال اليومين الأولين فقط إذا تبرز، عن طريق قطعة من الإسفنج مبللة بماء فاتر دون وضع صابون أو بوضع القليل جداً من الصابون.
No se bañará al bebé hasta los dos días de vida. Si se le baña se hará sin jabón o con muy poca cantidad.	لا يتم استحمام الطفل حتى يمر يومين من عمره. وإذا لا بد من ذلك فيتم بدون وضع صابون أو بوضع كمية قليلة للغاية.
El hipo en los recién nacidos suele ser normal y desaparece sólo.	بعد الفواق (الزحطة) عند حديثي الولادة أمراً طبيعياً وسرعان ما يزول.
Los estornudos son normales. Si el bebé tiene la nariz obstruida por moco la enfermera le enseñará a administrarle unas pocas gotas de suero salino fisiológico.	كما بعد العطاس أمراً طبيعياً إذا كان الطفل يعاني من انسداد الأنف نتيجة وجود مخاط وفي تلك الحالة يتعين إبلاغ الممرضة لتضع له بعض النقاط من محلول ملحي فسيولوجي.
Este tipo de manchas de la piel son habituales en los recién nacidos y desaparecen en pocos días sin tratamiento.	هذا النوع من الطفح الجلدي يعتبر أمراً عادياً عند حديثي الولادة وسوف يختفي في أيام قليلة دون الحاجة إلى أدوية.
Estas lesiones de la piel pueden crecer en los primeros meses. El pediatra del Centro de Salud vigilará la evolución.	قد تتضاعف الأمراض الجلدية خلال الشهور الأولى من الميلاد. وسوف يراقب طبيب الأطفال المختص بمركز الصحة تطورها.
El bebé está demasiado arropado y esto puede hacer que tenga fiebre. Con esta temperatura hay que ponerle menos ropa.	تدثر الطفل بملابس زائدة عن الحد يعرضه لمخاطر نزلات البرد. وعندما تكون درجة حرارته مرتفعة ندرته بملابس قليلة أو خفيفة.
La mancha roja del pañal no es sangre. Se trata de sales oxidadas que son normales en la orina de los recién nacidos.	لا تعد البقع الحمراء الموجودة على حفاظة الرضيع دماً، بل هي عبارة عن أملاح مؤكسدة، وهو أمر معتاد أثناء تبول حديثي الولادة.
Es normal que las niñas recién nacidas tengan una pequeña menstruación en los primeros días de vida.	يعتبر أمراً طبيعياً أن البنات الصغيرات حديثي الولادة يعانين من طمث خفيف في بداية حياتهن.

<p>Es normal que los recién nacidos tengan un pequeño abultamiento del pecho. Esto se debe a las hormonas femeninas de la madre que han pasado al feto durante la gestación.</p>	<p>ومن الطبيعي أن تعاني الصغيرات حديثي الولادة من انتفاخ صغير في صدورهن. وهذا يرجع إلى هرمونات الأنوثة عند الأم التي انتقلت إلي الجنين أثناء فترة الحمل.</p>
<p>Voy a hacer al bebé un análisis de sangre para medir la glucosa (azúcar) en sangre. La sangre se obtendrá por punción en el talón.</p>	<p>سوف أقوم بعمل تحليل دم للطفل لقياس نسبة الجلوكوز (السكر) في الدم. وسيتم أخذ عينة عن طريق وخذ الطفل في قدم الرجل.</p>
<p>Voy a hacer al bebé un análisis de sangre porque está muy amarillo. La sangre se obtendrá por punción en el talón o por extracción de una vena del brazo, la mano o el cuero cabelludo</p>	<p>سوف أقوم بعمل تحليل دم للطفل لأن لونه كان شديد الاصفرار. وتؤخذ عينة الدم عن طريق وخذ الطفل في قدمه أو يتم استخراجه من وريد الساعد واليد أو من فروة الرأس.</p>
<p>Voy a hacer al bebé la primera prueba para descartar algunas enfermedades genéticas o metabólicas. Para ello obtendremos sangre de una punción de talón. Hay que hacer una segunda prueba en el Centro de Salud a partir del cuarto día.</p>	<p>سوف أقوم بعمل اختبار أولي للطفل لكشف بعض الأمراض الوراثية. ومن أجل نحصل على عينة الدم من خلال وخذ الطفل قدمه. ويتعين علينا عمل اختبار ثان في مركز الصحة بداية من اليوم الرابع من الميلاد.</p>
<p>En el cartón para las pruebas debe escribir el nombre del bebé, el suyo, la dirección de correo y el teléfono. Si no sabe hacerlo, solicite ayuda.</p>	<p>ومن اللازم كتابة اسم الطفل وعصره و عنوانه البريدي ورقم التليفون على بطاقة الاختبارات الخاصة به. وإذا لم تعرف طرق استخراجها، اطلبى المساعدة.</p>
<p>Los resultados de las pruebas del talón le llegarán por correo, a la dirección que haya indicado en la tarjeta.</p>	<p>سوف تصلكم نتائج اختبارات الدم على البريد، بناءً على العنوان المدون على البطاقة.</p>
<p>Tiene que hacer los trámites para abrir historia clínica al bebé.</p>	<p>يجب اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل معرفة التاريخ الطبي للطفل.</p>
<p>El pediatra va a explorar al bebé. Por favor, traiga el Documento de Salud Infantil.</p>	<p>سوف يقوم طبيب الأطفال باستخراجها. من فضلك احضري الملف الخاص بصحة الطفل.</p>
<p>La exploración de su hijo es normal.</p>	<p>يعد أمراً طبيعياً استخراجها لأبنك.</p>
<p>El resultado de las pruebas es normal.</p>	<p>وننتائج الاختبارات أمراً طبيعياً أيضاً.</p>



<p>Su hijo tiene un problema y hay que trasladarlo al Servicio de Neonatología, en la planta baja del hospital. Los padres pueden permanecer junto al bebé. Para darle más explicaciones necesitamos un intérprete.</p>	<p>إذا كان ابنك يعاني من مشكلة، يجب نقله إلى خدمة حديثي الولادة بالطابق الأرضي بالمستشفى. ومن الممكن بقاء الوالدين بجوار الطفل. من أجل مدهما بمعلومات أكثر، لذا نحتاج إلى مترجم.</p>
<p>El pediatra ha dado de alta al bebé.</p>	<p>يقوم طبيب الأطفال بقياس طول الطفل.</p>
<p>El pediatra NO ha dado de alta a su bebé. Debe seguir con usted en la planta, en observación, hasta que le den el alta. Para darle más información necesitamos un intérprete.</p>	<p>في حالة عدم قيام طبيب الأطفال بأخذ مقياس طول طفلك، ويجب أن يرافقتك شخص من قسم المراقبة حتى يعطوه لك. ولمزيد من المعلومات نحتاج إلى مترجم.</p>
<p>El bebé tiene un problema y precisa pruebas y revisiones. Para explicárselo con detalle necesitamos un intérprete.</p>	<p>إذا كان الطفل يعاني من مشكلة وتم تحديد عمل الاختبارات والفحوصات. فإننا نحتاج إلى مترجم لشرحها لك.</p>
<p>Hay que hacer al bebé una ecografía de CORAZÓN / RIÑÓN / ABDOMEN / CRÁNEO / CADERAS.</p>	<p>يجب عمل أشعة موجات صوتية على قلب وكملي وبطن وجمجمة الطفل.</p>
<p>La ecografía es normal.</p>	<p>وتعد الأشعة أمراً طبيعياً.</p>
<p>La persona que va a hablar con usted es trabajadora social.</p>	<p>سوف تتحدث مع حضرتك الأخصائية الاجتماعية.</p>
<p>Tras el alta del hospital, debe pedir cita en el Centro de Salud o en su pediatra privado para la segunda prueba del talón y para iniciar los controles de Salud.</p>	<p>يجب أن تطلب تحديد موعد في مركز الصحة أو مع طبيب الطفل الخاص من أجل أخذ عينة الاختبار الثانية من قدمه حتى يتسنى التحكم في الأعراض الصحية للطفل.</p>
<p>Hay que inscribir al recién nacido en el Registro Civil. Para ello deben acudir a la calle Pradillo nº 66 (metro Alfonso XIII) antes del mes de vida con los documentos que le anoto por escrito.</p>	<p>يجب تسجيل الطفل حديث الولادة في السجل المدني. لذا يلزم الحضور إلى شارع براديو رقم 66 (على بعد أمتار من ميدان الفونسو XIII) قبل مرور شهر من عمره بالملفات التي تم تسجيله فيها كتابة.</p>
<p>Ha sido usted dada de alta por el médico. Le entregaré el informe y después puede irse a casa.</p>	<p>يتم أخذ مقياس الطول بمعرفة الطبيب. وسوف يسلم لك التقرير بعد الذهاب إلى المنزل.</p>

**PREGUNTAS Y COMENTARIOS DE LAS MADRES**

## أسئلة وتعليقات الأمهات

Señale la pregunta que quiere hacer.	اسألني ما تريد من أسئلة
Me encuentro mal	أنا بحالة سيئة
Me duele aquí, donde me señalo	يؤلمني هنا، حيث أشير
¿Mi hijo tiene algún problema?	هل يعاني ابني من بعض المشكلات؟
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
¿Es normal que haga tantas veces caca?	هل من الطبيعي أن يتبرز مرات كثيرة؟
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
¿El color negro de las cacas es normal?	هل يعد اللون الأسود للبراز طبيعي؟
¿Cuántas veces debo ponerle al pecho?	كم مرة أعطيه صدري فيها؟
¿Cuántos biberones tengo que darle?	كم زجاجة رضاعة يجب علي أن أقدمها له؟
¿Qué cantidad debe tomar cada vez?	ما هي الكمية التي يجب تناولها كل مرة؟
¿Tengo que despertarle para comer?	هل لا بد من إيقاظه من أجل الرضاعة؟
¿Tengo que darle algo más de comer además del pecho?	هل من الواجب علي أن أقدم له أكثر من الأكل، بالإضافة إلى الصدر؟
¿Es normal que tenga tan poca leche?	هل يعد أمراً طبيعياً وجود قليل من لبن الرضاعة عندي؟
¿Debo ponerle chupete?	هل يجب إعطاء الطفل المصاصة؟
¿Cómo debo limpiarle el ombligo?	كيف أقوم بتنظيف المشيمة له؟
¿Cuánto ha pesado hoy?	كم يبلغ وزنه اليوم؟
¿Es normal que haya perdido peso?	هل من الطبيعي أن ينقص وزنه؟
¿Es normal que esté amarillo?	هل من الطبيعي أن يكون لونه أصفر؟
¿Es normal que vomite?	هل من الطبيعي أن يتقيأ؟
¿Tengo que bañarle?	هل يجب علي أن أنظفه؟
¿Puedo quitarle la pulsera que lleva en el tobillo?	هل من الممكن أن أقوم بخلع السوار من معصمه؟

Mi bebé no quiere comer.	لا يود طفلي الأكل.		
Mi bebé llora mucho.	يبكي طفلي كثيراً!		
Mi bebé no está bien.	طفلي ليس علي ما يرام.		
Mi bebé hace ruido al respirar.	يحدث طفلي صخباً عندما يستنشق؟		
Mi bebé tiembla.	طفلي يرتعد		
Mi bebé estornuda.	طفلي يعطس		
La orina del pañal es roja.	يعتبر لون البول في الحفاضة أحمر		
Mi hija tiene sangre en la vagina.	تعاني ابنتي من وجود دم بالمهبل		
Mi hijo tiene abultados los pechos.	يعاني ابني من وجود انتفاخ في نهديه		
Mi hijo tiene manchas en la piel.	يعاني ابني من وجود طفح جلدي		
¿Cuándo debo llevar a mi hijo al pediatra después de abandonar el hospital?	متي يتعين علي الذهاب بابني إلى طبيب الأطفال، هل بعد ترك المستشفى؟		
¿Dónde tengo que ir para hacer los papeles de mi hijo?	متي أذهب لاستخراج شهادة ميلاد ابني؟		
Quiero hablar con la enfermera.	أود التحدث مع الممرضة		
Quiero hablar con el ginecólogo.	أريد التحدث مع الطبيب الأخصائي بأمراض النساء		
Quiero hablar con el pediatra.	أود التحدث مع طبيب الأطفال		
Quiero hablar con el trabajador social.	أود التحدث مع الأخصائي الاجتماعي		
<b>Necesito que me acompañen a</b>	احتاج إلى من يرافقني إلى		
Admisión	الاستقبال	Trabajador Social	أخصائي اجتماعي
Una consulta	عيادة	Una prueba	الفحص
Quiero quejarme de algo relacionado con el hospital.	أود أن أشكو من أمر يتعلق بالمستشفى؟		

**Lista de palabras**

**قائمة عبارات**

Adiós	وداعاً	Intérprete	مترجم
Agua	ماء	Inyección	حقن
Alta del hospital	سطح المستشفى	Jabón	صابون
Análisis	تحليل	Lavar	يستحم
Análisis de sangre	تحليل دم	Madre	أم
Antibiótico	مضاد حيوي	Mal	سوى
Analgésico	مسكن	Malo	مريض
Apellido	اسم العائلة	Mamar	يرضع
Ayuda	مساعدة	Meconio	براز (المولود قبل أن يأكل)
Baño	حمام	Medicamento	أدوية
Bebé	طفل	Médico	طبيب
Biberón	زجاجة رضاعة	Mucho	كثيراً
Bien	جيد	Necesito	ضرورة
Bueno	بخير	No	لا
Cadera	فخذ	Nombre	اسم
Caliente	سخن	No poder	لا أستطيع
Calor	حار	Ombbligo	مشيمة
Cama	سرير	Orinar	يال
Cardiólogo	أخصائي القلب	Padre	أب
Centro de Salud	مركز الصحة	Pañal	حفاضة (كافولة)
Color	لون	Papeles	أوراق هوية
Comer	أكل	Pecho	صدر
Compresa	كمادة	Pediatra	طبيب
Corazón	قلب	Pinchar	كوي
Cuarto de baño	غرفة الحمام	Poco	قليل
Cuna	مهد	Poder	استطاع
Dar el pecho	أعطت الصدر لـ	Problema	مشكلة
Defecar	تبرز تغوط	Pruebas médicas	فحوص طبية
Dirección	عنوان	Quitar catéter espalda	تفريغ القسطرة
Dolor	ألم	Recién nacido	حديث الولادة
Dolor de cabeza	صداع	Radiografía	أشعة
Domicilio	منزل	Ropa	ملابس
Dormir	نام	Ruido	براز
Ducha	دش	Sangre	دم
Ecografía	أشعة موجات صوتية	Sano	سليم
Enfermera	ممرضة	Señalar	أشار إلى
Enfermo	مريض.	Sí	نعم
Esponja	إسفنج	Talón	قدم أو كعب
Estoy sangrando	أنا أنزف دماً	Temblor	رعشة
Estoy cansada	أنا متعب	Templada	مبئل
Fiebre	نزلة برد	Tengo dolor	أشعر بالألم
Frío	برد	Teléfono	هاتف
Ginecólogo	أخصائي أمراض النساء	Toalla	منشفة
Gorro	قبعة	Trabajador social	أخصائي اجتماعي
Leche	لبن	Traumatólogo	جراح
Levantarse	يقتمل	Vigilar	راقب
Heces	براز	Vómito / vomitar	قيء / تقيأ
Hijo / hija	ابن / ابنة		



ANEXO III

HOJA DE PREGUNTAS Y MENSAJES TRADUCIDOS AL CHINO

**HOJA DE PREGUNTAS Y MENSAJES TRADUCIDOS**

IDIOMA	语言
--------	----

**SALUDO**

Buenos días	早上好
Buenas tardes	下午好
Buenas noches	晚上好

¿Cómo se encuentra?	您觉得身体怎么样?		
Bien	挺好的	Regular	一般
Mal	不太好		

Muchas felicidades por el nacimiento de su bebé	恭喜您喜得贵子
---	---------

Intentaremos entendernos con usted a través de estas hojas con mensajes y preguntas traducidas	我们尽量利用这张问卷来和您沟通
--	-----------------

Le señalarán una pregunta y usted debe señalar la respuesta dentro de las opciones que figuran a continuación	针对每个问题,您应该在给出的答案中选择一项
---	-----------------------

También le señalarán mensajes de información y consejos	同时还会告诉您一些注意事项
---	---------------

**PREGUNTAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

¿Algún familiar o conocido habla español?	有没有家人或者朋友会讲西班牙语?		
SÍ	有	NO	无

¿Quiere usted que haga de intérprete?	您想让他(她)当您的翻译吗?		
SÍ	是	NO	否

¿Este familiar o conocido se encuentra en el hospital ahora?	这个家人或者朋友现在在医院吗?		
--	-----------------	--	--

SÍ	是	NO	否
Si está en el hospital, avísele, por favor		如果现在在医院,请通知他(她)过来.	

<b>¿Puede llamarle por teléfono?</b>				您可以打电话给他(她)吗?			
SÍ	是	NO	否				

<b>Necesitamos que el intérprete venga al hospital. No es suficiente poder hablar por teléfono con él.</b>				我们需要翻译亲自来医院,因为在电话里讲得不太明白.			
<b>Escriba en un papel a qué hora vendrá</b>				请在纸上写明翻译几点可以到医院			

<b>Vamos a solicitar un intérprete para poder hablar con usted</b>				我们会请一个翻译来和您沟通			
--	--	--	--	---------------	--	--	--

<b>¿Tiene usted alguna alergia?</b>				您有过敏史吗?			
SÍ	有	NO	无	Señale a qué es alérgica 请指出对何物过敏			
Antibióticos		抗生素		Otros medicamentos		其他药物	
Frutos secos	干果类	Pescado	鱼类	Lácteos	奶制品类	Huevo	蛋类
Otras alergias		其他过敏					

<b>¿Está tomando medicamentos?</b>				现在您正在服用某种药物吗?			
SÍ	是	NO	否				
<b>¿Cuáles?</b>				是什么药物?			

<b>¿Le duele algo?</b>				您有疼痛感吗?			
SÍ	有	NO	无				
<b>Señale dónde le duele</b>				请指出哪里疼			

<b>¿Quiere dar el pecho a su hijo?</b>		您想用母乳喂养吗?		SÍ	是	NO	否
<b>¿Sabe cómo darle el pecho?</b>		您知道如何用母乳喂养吗?		SÍ	是	NO	否
<b>¿Tiene problemas con la lactancia?</b>		您对喂奶有问题吗?		SÍ	有	NO	无
Me duele el pecho	我的乳房疼	El niño no mama	孩子不吃奶	El niño tiene hambre		孩子不饿	

<b>¿Tiene más hijos?</b>		您还有其他孩子吗?		SÍ	有	NO	无
<b>¿Les dio el pecho?</b>		对他们您也是用乳汁喂奶的吗?		SÍ	是	NO	否



¿Tuvo problemas con la lactancia?	当时喂奶有问题吗?	SÍ	有	NO	无
-----------------------------------	-----------	----	---	----	---

¿Sabe preparar un biberón?	您知道如何准备奶嘴吗?	SÍ	是	NO	否
----------------------------	-------------	----	---	----	---

¿Necesita que la acompañen?	您需要其他人陪您吗?	SÍ	是	NO	否
Admisión	挂号处	Trabajador Social	社工	Señale dónde	请指出去哪里
Una consulta	门诊咨询	Una prueba	体检化验		

Preguntas sobre el recién nacido

¿Cómo se llama su bebé?	您的孩子叫什么名字?
Escribalo en un papel, por favor	请在纸上写明他的名字

¿El bebé ha orinado?	孩子有过小便吗?	SÍ	有	NO	无
¿Cuántas veces?	几次?	1	2	3	Más 3次以上
¿El bebé ha hecho caca?	孩子有过大便吗?	SÍ	有	NO	无

¿El bebé tiene algún problema?	孩子不舒服吗?	SÍ	是	NO	否
¿Está decaído?	身体很弱?	SÍ	是	NO	否
¿Tiene dolor?	有疼痛感?	Señale dónde	请指出哪里疼		
¿Respira mal?	呼吸不顺畅?	SÍ	是	NO	否
¿Come mal?	不太吃奶?	SÍ	是	NO	否

**CONSEJOS E INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

<p>Le entrego el Documento de Salud Infantil. En este documento figuran los datos de salud de su bebé como el peso, la longitud, la exploración médica y las vacunas. No debe llevárselo a casa hasta que se vaya de alta.</p>	<p>我交给您这个儿童医疗卡,在这个卡里注明了您的孩子的资料,比如体重,身高,医疗探查和种痘情况,在没有登记之前请不要把这个卡带回家.</p>
<p>La pulsera que lleva el bebé en el tobillo sirve para su identificación. No debe quitársela por ningún motivo hasta que se lo lleve a casa. Si le molesta, avise a la enfermera. Si la pierde, no se separe del bebé en ningún momento y avise a la enfermera.</p>	<p>婴儿脚踝上佩戴的脚链代表他的身份,在没有出院以前请千万不要摘除.如果孩子因为戴着它而不舒服的话,请通知护士.如果脚链丢了,请千万不要和孩子分开,并且尽快通知护士.</p>
<p>En los primeros días el bebé debe mamar cuando quiera, entre 8 y 12 veces al día habitualmente. No espere a que lllore para ponérselo al pecho.</p>	<p>在婴儿刚出生的头几天里,应该随时吃奶,大概每天 8 至 12 次,不要等到婴儿哭了才给他喂奶.</p>
<p>Si el bebé está muy dormido y mama pocas veces hay que despertarle con suavidad y ponerle a mamar.</p>	<p>如果婴儿睡得很沉,应该把他轻轻弄醒来喂奶.</p>
<p>Si está dando el pecho a su hijo, no le ofrezca otros líquidos o alimentos.</p>	<p>如果是母乳喂养,请不要给婴儿吃其他的东西.</p>
<p>Vengo a observar como mama su hijo. Si observo algún problema, se lo indicaré.</p>	<p>我来看您是如何给孩子喂奶,如果我觉得有哪些地方做得不对,我会告诉您.</p>
<p>Voy a colocarle mejor al bebé.</p>	<p>我把婴儿放得舒服点.</p>
<p>No introduzca usted el pecho en la boca del niño. Espere a que busque y lo agarre por su cuenta.</p>	<p>您不要把奶头塞到孩子嘴里,而是等他来找,自己去吸奶.</p>
<p>El bebé debe mamar hasta que se sacie. Es normal que a veces mame sólo de un pecho. En la toma siguiente debe empezar por el pecho del que no comió antes.</p>	<p>婴儿吃奶应该吃到饱了为止.有时候只吃一个奶头,这是正常的,在下次喂奶的时候应该给他吃之前没有吃的那个奶头.</p>
<p>La leche de los primeros días se llama calostro. Poco a poco va aumentando la</p>	<p>刚开始几天的乳汁叫初乳,慢慢地乳汁的</p>

<p>cantidad de leche. El mejor estímulo para aumentar la producción de leche es que el bebé mame frecuentemente, también por la noche.</p>	<p>量会增加.使乳汁量增加的最好方法就是频繁地喂奶,晚上也喂.</p>
<p>Si está dando el pecho, no le ponga chupete al bebé hasta que tenga un mes y no le de biberones con tetina.</p>	<p>如果在给孩子用母乳喂养,请不要给他奶嘴,直到满月.不要给他带奶头的奶嘴.</p>
<p>Es normal que el bebé regurgite pequeñas cantidades de leche después de las tomas.</p>	<p>孩子吃奶以后有时候会吐少量的奶,这是正常的.</p>
<p>Voy a enseñarle a extraerse la leche con masaje. Observe estos dibujos y le ayudaré. Esto puede serle útil si tiene el pecho demasiado lleno de leche (duro) en los próximos días. También es útil para sacarse leche para el bebé si no puede darle el pecho en algunas tomas.</p>	<p>我来教您如何用按摩的方式把奶挤出来,请仔细看这些图,我来教您.当你的乳房在接下来的几天里很胀的时候这个方法是很有用的.孩子吸不出奶的时候,也可以用这个方法把奶挤出来.</p>
<p>Póngase calor en el pecho o dúchese con agua caliente antes del masaje en el pecho.</p>	<p>在按摩前把乳房捂热,或者洗个热水澡.</p>
<p>Si no desea dar el pecho ¿quiere que le demos unas pastillas para que no se le llene el pecho de leche?</p>	<p>如果您不想用母乳给孩子喂奶,您愿不愿意我们给您开些药让您的乳房不那么胀?</p>
<p>Si su bebé toma biberón, ofrézcale 8 veces al día (8 tomas) las siguientes cantidades: 10 mL el primer día, 20 mL el segundo día, 30 mL el tercer día, 40 mL el cuarto día, 50 mL el quinto día, 60 mL el sexto día y así hasta los 90 mL. Si no se lo toma todo y gana peso a partir del tercer día, es normal.</p>	<p>如果给孩子吃奶嘴,应该给他每天吃 8 次,按照以下的量:第一天 10 毫升,第二天 20 毫升,第三天 30 毫升,第四天 40 毫升,第五天 50 毫升,第六天 60 毫升,这样直到 90 毫升.如果孩子没有吃够这个量而从第三天开始增加重量,这也是正常的.</p>
<p>Observe cuántas veces al día orina y hace caca el bebé.</p>	<p>观察孩子每天大小便的次数.</p>
<p>Es normal que su hijo pierda algo de peso en los dos primeros días. Lo recuperará a lo largo de la primera semana.</p>	<p>在头几天,如果孩子的体重有所下降,是正常的.在第一个星期里会逐渐恢复.</p>
<p>Voy a vacunar de la hepatitis B a su hijo.</p>	<p>我给您的孩子进行预防肝炎接种.</p>



Voy a poner vitamina K en el muslo a su hijo. Esto se hace para evitar hemorragias graves en las primeras semanas de vida.	我给您的孩子在肌肉里注入维生素 K.
Voy a administrar una pomada de antibiótico en los ojos de su hijo para prevenir la conjuntivitis neonatal.	我在您孩子的眼睛里滴入一点抗生素眼药膏,是为了预防新生儿结膜炎.
Para evitar la muerte súbita de los bebés es conveniente ponerlos a dormir boca arriba, sobre la espalda, y no fumar.	为了防止婴儿意外死亡,应该平躺并且口朝上睡觉,不要吸烟.
El ombligo se limpia desde la base con agua con jabón y se seca. Debe estar siempre limpio y seco. Hay que limpiarlo incluso después de que se caiga, hasta que la base cicatrice.	用水和肥皂清洗肚脐,并且擦干.肚脐应该保持清洁和干燥.脐带脱落后也要清洁,直到结疤.
En los dos primeros días sólo se limpiará al bebé si se ensucia, con una esponja empapada con agua templada sin jabón o con muy poco jabón.	在头两天只是在婴儿脏的时候才需要清洗,用蘸了温水的海绵清洗,不用肥皂或者很少量的肥皂.
No se bañará al bebé hasta los dos días de vida. Si se le baña se hará sin jabón o con muy poca cantidad.	在婴儿出生的前两天里不应该给他洗澡,如果一定要洗,请不要用肥皂或者很少量的肥皂.
El hipo en los recién nacidos suele ser normal y desaparece sólo.	婴儿打嗝是正常的,此现象会自动消失.
Los estornudos son normales. Si el bebé tiene la nariz obstruida por moco la enfermera le enseñará a administrarle unas pocas gotas de suero salino fisiológico.	婴儿打喷嚏是正常的.如果婴儿的鼻子被鼻涕塞住了,护士会教您用几滴生理盐水来清洗.
Este tipo de manchas de la piel son habituales en los recién nacidos y desaparecen en pocos días sin tratamiento.	新生儿皮肤上的斑块是正常的,过几天会自动消失.
Estas lesiones de la piel pueden crecer en los primeros meses. El pediatra del Centro de Salud vigilará la evolución.	这些皮肤上的损伤会在头几个月里有所增长,医疗中心的儿科医生会观察它的进程.
El bebé está demasiado arropado y esto	婴儿被裹得太严实了,这样可能会导致他

<p>puede hacer que tenga fiebre. Con esta temperatura hay que ponerle menos ropa.</p>	<p>发烧.现在天气这么热的时候,应该给他少穿点衣服.</p>
<p>La mancha roja del pañal no es sangre. Se trata de sales oxidadas que son normales en la orina de los recién nacidos.</p>	<p>尿布上的红斑不是血,是新生儿的尿液里的氧化盐,是正常的.</p>
<p>Es normal que las niñas recién nacidas tengan una pequeña menstruación en los primeros días de vida.</p>	<p>新生女婴在头几天有少量的月经是正常的.</p>
<p>Es normal que los recién nacidos tengan un pequeño abultamiento del pecho. Esto se debe a las hormonas femeninas de la madre que han pasado al feto durante la gestación.</p>	<p>新生儿的胸部有些小硬块是正常的,这是因为母亲体内的雌性荷尔蒙在怀孕期间到达了胚胎.</p>
<p>Voy a hacer al bebé un análisis de sangre para medir la glucosa (azúcar) en sangre. La sangre se obtendrá por punción en el talón.</p>	<p>我给新生儿做个抽血化验,测一下血糖.血通过扎脚后跟得到.</p>
<p>Voy a hacer al bebé un análisis de sangre porque está muy amarillo. La sangre se obtendrá por punción en el talón o por extracción de una vena del brazo, la mano o el cuero cabelludo</p>	<p>我给新生儿做个抽血化验,因为他面色太黄.血通过扎脚后跟得到或者在胳膊上,手上,头皮里的静脉血管里抽.</p>
<p>Voy a hacer al bebé la primera prueba para descartar algunas enfermedades genéticas o metabólicas. Para ello obtendremos sangre de una punción de talón. Hay que hacer una segunda prueba en el Centro de Salud a partir del cuarto día.</p>	<p>我给新生儿做第一次化验,是为了排除一些遗传疾病和代谢疾病.</p>
<p>En el cartón para las pruebas debe escribir el nombre del bebé, el suyo, la dirección de correo y el teléfono. Si no sabe hacerlo, solicite ayuda.</p>	<p>请在做化验的纸卡上写明新生儿的名字,您的通讯地址和电话.如果您有疑问,请提出协助.</p>
<p>Los resultados de las pruebas del talón le llegarán por correo, a la dirección que haya indicado en la tarjeta.</p>	<p>化验结果我们会邮寄给你,发信地址就是您在卡上写明的地址.</p>
<p>Tiene que hacer los trámites para abrir historia clínica al bebé.</p>	<p>您必须给孩子办手续来建立病历.</p>

El pediatra va a explorar al bebé. Por favor, traiga el Documento de Salud Infantil.	儿科医生会给婴儿做探查,请带上他的儿童医疗卡.
--	-------------------------

La exploración de su hijo es normal.	给孩子的探查是正常的.
--------------------------------------	-------------

El resultado de las pruebas es normal.	化验结果是正常的.
--	-----------

Su hijo tiene un problema y hay que trasladarle al Servicio de Neonatología, en la planta baja del hospital. Los padres puede permanecer junto al bebé. Para darle más explicaciones necesitamos un intérprete.	您的孩子有问题,必须要把他转入新生儿服务中心,在本医院的首层.孩子父母可以一直看护.为了更好地跟您解释,我们需要一个翻译.
---	---

El pediatra ha dado de alta al bebé.	儿科医生已经给孩子做了登记.
--------------------------------------	----------------

El pediatra NO ha dado de alta a su bebé. Debe seguir con usted en la planta, en observación, hasta que le den el alta. Para darle más información necesitamos un intérprete.	儿科医生没有给孩子做登记,应该跟您在这一层,在观察室,直到给孩子做了登记.为了更好地跟您解释,我们需要一个翻译.
---	--

El bebé tiene un problema y precisa pruebas y revisiones. Para explicárselo con detalle necesitamos un intérprete.	新生儿有问题,需要进一步的化验和检查.为了更好地跟您解释,我们需要一个翻译.
--	--

Hay que hacer al bebé una ecografía de CORAZÓN / RIÑÓN / ABDOMEN / CRÁNEO / CADERAS.	您的孩子应该做以下透视:心脏,肾脏,腹部,头颅,臀部.
--	-----------------------------

La ecografía es normal.	透视结果是正常的.
-------------------------	-----------

La persona que va a hablar con usted es trabajadora social.	将要和您谈话的这个人 是社工.
---	-----------------

Tras el alta del hospital, debe pedir cita en el Centro de Salud o en su pediatra privado	在入院之后,应该在医疗中心或者私人儿
---	--------------------



<p>para la segunda prueba del talón y para iniciar los controles de Salud.</p>	<p>科医生那里预约来进行第二次脚后跟化验,也为了开始新生儿的健康控制.</p>
<p>Hay que inscribir al recién nacido en el Registro Civil. Para ello deben acudir a la calle Pradillo nº 66 (metro Alfonso XIII) antes del mes de vida con los documentos que le anoto por escrito.</p>	<p>应该给新生儿做户口登记,做登记的机构地址是:街道 Pradillo, 66号(地铁站是 Alfonso XIII),登记要在孩子满月前做,带上我给您写的这些文件.</p>
<p>Ha sido usted dada de alta por el médico. Le entregaré el informe y después puede irse a casa.</p>	<p>您已经做了医疗登记.我会交给您一份报告,然后您就可以回家了.</p>

**PREGUNTAS Y COMENTARIOS DE LAS MADRES**

Señale la pregunta que quiere hacer.	请指出您想问的问题
Me encuentro mal	我不舒服
Me duele aquí, donde me señalo	我这里疼,就是我指的地方
¿Mi hijo tiene algún problema?	我的孩子有什么问题吗?
SÍ   是	NO   否
¿Es normal que haga tantas veces caca?	孩子这么多次大便正常吗?
SÍ   是	NO   否
¿El color negro de las cacas es normal?	大便的颜色是黑色的,正常吗?
¿Cuántas veces debo ponerle al pecho?	我应该给他用乳汁喂几次奶?
¿Cuántos biberones tengo que darle?	我应该给他用奶嘴喂几次奶?
¿Qué cantidad debe tomar cada vez?	每次喂奶的量应该是多少?
¿Tengo que despertarle para comer?	我应该把他弄醒来让他吃奶吗?
¿Tengo que darle algo más de comer además del pecho?	除了母乳喂养,我还应该给他喂其他东西吗?
¿Es normal que tenga tan poca leche?	我的乳汁量这么少,是正常的吗?
¿Debo ponerle chupete?	我应该给他奶嘴吗?
¿Cómo debo limpiarle el ombligo?	如何清洁肚脐?
¿Cuánto ha pesado hoy?	他今天多重?
¿Es normal que haya perdido peso?	体重下降是正常的吗?
¿Es normal que esté amarillo?	他面色发黄是正常的吗?

¿Es normal que vomite?	他呕吐是正常的吗?
¿Tengo que bañarle?	我应该给他洗澡吗?
¿Puedo quitarle la pulsera que lleva en el tobillo?	我能把他戴着的脚链去掉吗?
Mi bebé no quiere comer.	我的孩子不想吃奶
Mi bebé llora mucho.	我的孩子总是哭
Mi bebé no está bien.	我的孩子不舒服
Mi bebé hace ruido al respirar.	我的孩子呼吸的时候有响声
Mi bebé tiembla.	我的孩子在颤抖
Mi bebé estornuda.	我的孩子打喷嚏
La orina del pañal es roja.	尿布上的尿是红色的
Mi hija tiene sangre en la vagina.	我女儿的阴道有血
Mi hijo tiene abultados los pechos.	我孩子的胸部有硬块
Mi hijo tiene manchas en la piel.	我孩子的皮肤上有斑点
¿Cuándo debo llevar a mi hijo al pediatra después de abandonar el hospital?	出院后我应该什么时候带孩子去看儿科医生?
¿Dónde tengo que ir para hacer los papeles de mi hijo?	我应该去哪里给孩子做登记?
Quiero hablar con la enfermera.	我想跟护士谈话
Quiero hablar con el ginecólogo.	我想跟妇科医生谈话
Quiero hablar con el pediatra.	我想跟儿科医生谈话

Quiero hablar con el trabajador social.	我想跟社工谈话
---	---------

<b>Necesito que me acompañen a</b>		我需要陪我去...	
Admisión	挂号处	Trabajador Social	社工
Una consulta	门诊咨询	Una prueba	体检化验

Quiero quejarme de algo relacionado con el hospital.	我想对这个医院提出某些抗议
--	---------------

### Lista de palabras

Adiós	再见	Intérprete	翻译
Agua	水	Inyección	注射
Alta del hospital	入院	Jabón	肥皂
Análisis	化验	Lavar	洗
Análisis de sangre	血化验	Madre	母亲
Antibiótico	抗生素	Mal	坏
Analgésico	止痛剂	Malo	坏
Apellido	姓	Mamar	吃奶
Ayuda	帮助	Meconio	胎粪
Baño	洗澡	Medicamento	药物
Bebé	婴儿	Médico	医生
Biberón	奶嘴	Mucho	多
Bien	好	Necesito	需要
Bueno	好	No	不
Cadera	胯	Nombre	名字
Caliente	热	No poder	不能
Calor	热	Ombigo	肚脐
Cama	床	Orinar	撒尿
Cardiólogo	心脏病学医生	Padre	父亲
Centro de Salud	医疗中心	Pañal	尿布
Color	颜色	Papeles	手续
Comer	吃	Pecho	胸
Compresa	敷布	Pediatra	儿科医生
Corazón	心脏	Pinchar	扎
Cuarto de baño	洗手间	Poco	少
Cuna	摇篮	Poder	能
Dar el pecho	乳房喂奶	Problema	麻烦
Defecar	大便	Pruebas médicas	医学实验
Dirección	地址	Quitar catéter espalda	去掉背部插尿管
Dolor	疼	Recién nacido	刚出生的
Dolor de cabeza	头疼	Radiografía	X光透视
Domicilio	住址	Ropa	衣服
Dormir	睡觉	Ruido	响声
Ducha	洗澡	Sangre	血
Ecografía	透视	Sano	健康
Enfermera	护士	Señalar	指出
Enfermo	病人	Sí	是
Esponja	海绵	Talón	脚后跟
Estoy sangrando	我在出血	Temblor	颤抖
Estoy cansada	我累了	Templada	适度的
Fiebre	发烧	Tengo dolor	我疼
Frío	冷	Teléfono	电话
Ginecólogo	妇科医生	Toalla	毛巾
Gorro	帽子	Trabajador social	社工
Leche	牛奶	Traumatólogo	创伤科医生
Levantarse	起床	Vigilar	看护
Heces	粪便	Vómito / vomitar	呕吐
Hijo / hija	儿子/女儿		

ANEXO IV

**HOJA DE PREGUNTAS Y MENSAJES TRADUCIDOS AL INGLÉS**

<b>IDIOMA INGLÉS</b>	English
----------------------	---------

**SALUDO**

<b>Buenos días</b>	<b>Good morning</b>
<b>Buenas tardes</b>	<b>Good afternoon</b>
<b>Buenas noches</b>	<b>Good evening</b>

<b>¿Cómo se encuentra?</b>	<b>How do you feel?</b>
Bien   Good	Regular   OK   Mal   Bad

<b>Muchas felicidades por el nacimiento de su bebé</b>	<b>Congratulations on the birth of your baby</b>
--	--

<b>Intentaremos entendernos con usted a través de estas hojas con mensajes y preguntas traducidas</b>	<b>We are trying to get to know you through these pages of translated messages and questions</b>
---	--

<b>Le señalarán una pregunta y usted debe señalar la respuesta dentro de las opciones que figuran a continuación</b>	<b>You will be shown a question and you must point to the corresponding answer</b>
--	--

<b>También le señalarán mensajes de información y consejos</b>	<b>You will also be shown some information and recommendations</b>
--	--

**PREGUNTAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

<b>¿Algún familiar o conocido habla español?</b>	<b>Does a relative or acquaintance speak Spanish?</b>
SÍ   YES	NO   NO

<b>¿Quiere usted que haga de intérprete?</b>	<b>Do you want an interpreter?</b>
SÍ   YES	NO   NO

<b>¿Este familiar o conocido se encuentra en el hospital ahora?</b>	<b>Is the relative or acquaintance in the hospital at the moment?</b>
SÍ   YES	NO   NO
<b>Si está en el hospital, avísele, por favor</b>	<b>If they are in the hospital, please let them know</b>



<b>¿Puede llamarle por teléfono?</b>		<b>Can you phone them?</b>	
SÍ	YES	NO	NO

<b>Necesitamos que el intérprete venga al hospital. No es suficiente poder hablar por teléfono con él.</b>	<b>We need the interpreter to come to the hospital. It isn't enough to speak to him over the phone.</b>
<b>Escriba en un papel a qué hora vendrá</b>	<b>Write the time that he is coming on a piece of paper</b>

<b>Vamos a solicitar un intérprete para poder hablar con usted</b>	<b>We are going to request an interpreter so we are able to talk to you</b>
--	---

<b>¿Tiene usted alguna alergia?</b>		<b>Do you have any allergies?</b>					
SÍ	YES	NO	NO	Señale a qué es alérgica		Indicate the allergy	
Antibióticos		Antibiotics		Otros medicamentos		Other medicines	
Frutos secos	Dried fruits	Pescado	Fish	Lácteos	Dairy Products	Huevo	Eggs
Otras alergias							

<b>¿Está tomando medicamentos?</b>		<b>Are you currently taking any medicines?</b>	
SI	YES	NO	NO
<b>¿Cuáles?</b>		<b>Which?</b>	

<b>¿Le duele algo?</b>		<b>Are you in any pain?</b>	
SI	YES	NO	NO
<b>Señale dónde le duele</b>		<b>Indicate where it hurts</b>	

<b>¿Quiere dar el pecho a su hijo?</b>	<b>Do you want to breast feed your baby?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Sabe cómo darle el pecho?</b>	<b>Do you know how to breast feed?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Tiene problemas con la lactancia?</b>	<b>Do you have any problems breastfeeding?</b>	SÍ	YES	NO	NO
Me duele el pecho	My breasts hurt	El niño no mama	The baby doesn't suck	El niño tiene hambre	The baby isn't hungry

<b>¿Tiene más hijos?</b>	<b>Do you have any other children?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Les dio el pecho?</b>	<b>Did you breast feed them?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Tuvo problemas con la lactancia?</b>	<b>Did you have any problems breast feeding them?</b>	SÍ	YES	NO	NO

<b>¿Sabe preparar un biberón?</b>		<b>Do you know how to prepare a baby's bottle?</b>	
SÍ	YES	NO	NO

<b>¿Necesita que la acompañen?</b>		<b>Do you need to be accompanied?</b>	
SÍ	YES	NO	NO
Admisión		Admission	
Una consulta		A consultation	
Señale dónde		Indicate where	
Trabajador Social		Social Worker	
Una prueba		A test	

**Preguntas sobre el recién nacido**

<b>¿Cómo se llama su bebé?</b>	<b>What is your baby called?</b>
Escríballo en un papel, por favor	Please write it on a piece of paper

<b>¿El bebé ha orinado?</b>	<b>Has the baby urinated?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Cuántas veces?</b>	<b>How many times?</b>	1	2	3	Más More
<b>¿El bebé ha hecho caca?</b>	<b>Has the baby pooped?</b>	SÍ	YES	NO	NO

<b>¿El bebé tiene algún problema?</b>	<b>Does the baby have any problems?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Está decaído?</b>	<b>Is it very low?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Tiene dolor?</b>	<b>Is it in pain?</b>	Señale dónde	Indicate where		
<b>¿Respira mal?</b>	<b>Does it have trouble breathing?</b>	SÍ	YES	NO	NO
<b>¿Come mal?</b>	<b>Is it not eating well?</b>	SÍ	YES	NO	NO

### **CONSEJOS E INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

<p>Le entrego el Documento de Salud Infantil. En este documento figuran los datos de salud de su bebé como el peso, la longitud, la exploración médica y las vacunas. No debe llevárselo a casa hasta que se vaya de alta.</p>	<p>I am giving you the Children's Health Document. This document contains information relating to your baby's health such as weight, height, medical screening and vaccinations. You shouldn't take it home until you are discharged.</p>
<p>La pulsera que lleva el bebé en el tobillo sirve para su identificación. No debe quitársela por ningún motivo hasta que se lo lleve a casa. Si le molesta, avise a la enfermera. Si la pierde, no se separe del bebé en ningún momento y avise a la enfermera.</p>	<p>The band on your baby's ankle is for identification purposes. You should not remove this under any circumstances until you take him/her home. If it is causing discomfort please notify the nurse. If it gets lost, do not separate from your baby and notify the nurse.</p>
<p>En los primeros días el bebé debe mamar cuando quiera, entre 8 y 12 veces al día habitualmente. No espere a que lllore para ponérselo al pecho.</p>	<p>During the first few days the baby must breastfeed whenever it wants, typically between 8 and 12 times a day. Don't wait until the baby cries before breastfeeding</p>
<p>Si el bebé está muy dormido y mama pocas veces hay que despertarle con suavidad y ponerle a mamar.</p>	<p>If the baby is very tired and seldom feeds, you must wake it up gently and start breastfeeding.</p>
<p>Si está dando el pecho a su hijo, no le ofrezca otros líquidos o alimentos.</p>	<p>If you are breastfeeding your baby, do not offer it any other liquids or foods.</p>
<p>Vengo a observar como mama su hijo. Si observo algún problema, se lo indicaré.</p>	<p>I'm now going to watch how you breastfeed your baby. If I notice any problem, I will let you know.</p>
<p>Voy a colocarle mejor al bebé.</p>	<p>I'm going to position the baby better.</p>
<p>No introduzca usted el pecho en la boca del niño. Espere a que busque y lo agarre por su cuenta.</p>	<p>Don't place your breast in the baby's mouth. Wait for the baby to look for and grasp it of its own accord.</p>
<p>El bebé debe mamar hasta que se sacie. Es normal que a veces mame sólo de un pecho. En la toma siguiente debe empezar por el pecho del que no comió antes.</p>	<p>The baby must feed until it is satisfied. It is normal that it sometimes only feeds from one breast. On the next feed it must start on the breast that it didn't feed from before.</p>



<p>La leche de los primeros días se llama calostro. Poco a poco va aumentando la cantidad de leche. El mejor estímulo para aumentar la producción de leche es que el bebé mame frecuentemente, también por la noche.</p>	<p>The milk of the first few days is called colostrum. Little by little the quantity of milk will increase. The best stimulus to increase milk production is for the baby to feed frequently, including during the night.</p>
<p>Si está dando el pecho, no le ponga chupete al bebé hasta que tenga un mes y no le de biberones con tetina.</p>	<p>If you are breastfeeding, don't give your baby a dummy until it is one month old and don't give it baby bottles with teats.</p>
<p>Es normal que el bebé regurgite pequeñas cantidades de leche después de las tomas.</p>	<p>If it normal for the baby to regurgitate small amounts of milk after feeding.</p>
<p>Voy a enseñarle a extraerse la leche con masaje. Observe estos dibujos y le ayudaré. Esto puede serle útil se tiene el pecho demasiado lleno de leche (duro) en los próximos días. También es útil para sacarse leche para el bebé si no puede darle el pecho en algunas tomas.</p>	<p>I am going to show you how to extract the milk by massaging. Look at these drawings and I will help you. This could be useful to you if your breast has too much milk (hard) over the next few days. It is also useful to extract milk for the baby if you are unable to breastfeed for some feedings.</p>
<p>Póngase calor en el pecho o dúchese con agua caliente antes del masaje en el pecho.</p>	<p>Warm up your breast or have a shower with warm water before massaging your breast.</p>
<p>Si no desea dar el pecho ¿quiere que le demos unas pastillas para que no se le llene el pecho de leche?</p>	<p>If you don't want to breastfeed, do you want us to give you a pill so that your breast does not fill up with milk?</p>
<p>Si su bebé toma biberón, ofrézcale 8 veces al día (8 tomas) las siguientes cantidades: 10 mL el primer día, 20 mL el segundo día, 30 mL el tercer día, 40 mL el cuarto día, 50 mL el quinto día, 60 mL el sexto día y así hasta los 90 mL. Si no se lo toma todo y gana peso a partir del tercer día, es normal.</p>	<p>If your baby takes a bottle, offer it 8 times a day (8 feedings) in the following quantities:                  10 ml on the first day, 20 ml on the second day, 30 ml on the third day, 40 ml on the fourth day, 50 ml on the fifth day, 60 ml on the sixth day and so on up to 90 ml. If it does not want to take everything and is gaining weight from the third, this is normal.</p>
<p>Observe cuántas veces al día orina y hace caca el bebé.</p>	<p>Observe how many times a day the baby urinates and poos.</p>
<p>Es normal que su hijo pierda algo de peso en los dos primeros días. Lo recuperará a lo largo de la primera semana.</p>	<p>It is normal for your baby to lose some weight on the first two days. It will regain this weight during the first week.</p>
<p>Voy a vacunar de la hepatitis B a su hijo.</p>	<p>I'm going to give your baby a hepatitis B vaccine.</p>

Voy a poner vitamina K en el muslo a su hijo. Esto se hace para evitar hemorragias graves en las primeras semanas de vida.	I'm going to put vitamin K in your baby's muscle. This is used to avoid serious haemorrhages in the first few weeks of life.
Voy a administrar una pomada de antibiótico en los ojos de su hijo para prevenir la conjuntivitis neonatal.	I'm going to administer an antibiotic ointment in your child's eyes to prevent neonatal conjunctivitis.
Para evitar la muerte súbita de los bebés es conveniente ponerlos a dormir boca arriba, sobre la espalda, y no fumar.	To avoid cot death it is recommended that your baby sleeps face up on its back, and not to smoke.
El ombligo se limpia desde la base con agua con jabón y se seca. Debe estar siempre limpio y seco. Hay que limpiarlo incluso después de que se caiga, hasta que la base cicatrice.	The umbilical cord is cleaned from the base with soap water and dried. It should be clean and dry. It should be cleaned even after the cord falls out until the base heals.
En los dos primeros días sólo se limpiará al bebé si se ensucia, con una esponja empapada con agua templada sin jabón o con muy poco jabón.	In the first few days the baby should only be cleaned if it gets dirty, with a sponge soaked in lukewarm water without soap or with very little soap.
No se bañará al bebé hasta los dos días de vida. Si se le baña se hará sin jabón o con muy poca cantidad.	Your baby shouldn't be bathed until it is at least two days old. If you bathe your baby you should not use soap or use a very small amount.
El hipo en los recién nacidos suele ser normal y desaparece sólo.	Hiccups are normal in newly borns and disappear on their own.
Los estornudos son normales. Si el bebé tiene la nariz obstruida por moco la enfermera le enseñará a administrarle unas pocas gotas de suero salino fisiológico.	Sneezing is normal. If your baby's nose is blocked with mucus, the nurse will show you how to administer a few drops of physiological saline solution.
Este tipo de manchas de la piel son habituales en los recién nacidos y desaparecen en pocos días sin tratamiento.	These types of marks on the skin are normal in recently born and disappear within a few days by themselves.
Estas lesiones de la piel pueden crecer en los primeros meses. El pediatra del Centro de Salud vigilará la evolución.	These lesions on the skin can grow in the first few months. The Health Centre paediatrician will monitor their progress.
El bebé está demasiado arropado y esto puede hacer que tenga fiebre. Con esta temperatura hay que ponerle menos ropa.	The baby is wrapped up too much and this could result in it having a temperature. With this heat you need to dress it in fewer clothes.



<p>La mancha roja del pañal no es sangre. Se trata de sales oxidadas que son normales en la orina de los recién nacidos.</p>	<p>The red stain on the nappy is not blood. This is oxidized discharge which is normal in the urine of newly borns.</p>
<p>Es normal que las niñas recién nacidas tengan una pequeña menstruación en los primeros días de vida.</p>	<p>It is normal that recently born girls have a light menstruation in the first few days of life.</p>
<p>Es normal que los recién nacidos tengan un pequeño abultamiento del pecho. Esto se debe a las hormonas femeninas de la madre que han pasado al feto durante la gestación.</p>	<p>It is normal that newly borns have a light swelling in their chest. This is due to the mother's feminine hormones which passed to the foetus during pregnancy.</p>
<p>Voy a hacer al bebé un análisis de sangre para medir la glucosa (azúcar) en sangre. La sangre se obtendrá por punción en el talón.</p>	<p>I'm going to test the baby's blood to measure the blood glucose (sugar) levels. Blood will be taken from the heel.</p>
<p>Voy a hacer al bebé un análisis de sangre porque está muy amarillo. La sangre se obtendrá por punción en el talón o por extracción de una vena del brazo, la mano o el cuero cabelludo</p>	<p>I'm going to test the baby's blood because it is very yellow. Blood will be taken from the heel or from a vein in the arm, hand or scalp.</p>
<p>Voy a hacer al bebé la primera prueba para descartar algunas enfermedades genéticas o metabólicas. Para ello obtendremos sangre de una punción de talón. Hay que hacer una segunda prueba en el Centro de Salud a partir del cuarto día.</p>	<p>I'm going to take the first test from the baby to rule out any genetic or metabolic illnesses. To do this I'll take blood from the heel. A second test should be taken in the Health Centre from day four.</p>
<p>En el cartón para las pruebas debe escribir el nombre del bebé, el suyo, la dirección de correo y el teléfono. Si no sabe hacerlo, solicite ayuda.</p>	<p>In the test card you must write the baby's name as well as your own, your address and phone number. If you don't know how to do that, ask for help.</p>
<p>Los resultados de las pruebas del talón le llegarán por correo, a la dirección que haya indicado en la tarjeta.</p>	<p>The test results taken from the heel will be sent to you by mail to the address indicated on the card.</p>
<p>Tiene que hacer los trámites para abrir historia clínica al bebé.</p>	<p>You have to follow the procedures to open the baby's medical record.</p>
<p>El pediatra va a explorar al bebé. Por favor, traiga el Documento de Salud Infantil.</p>	<p>The paediatrician is going to probe your baby. Please bring the Children's Health Document.</p>



La exploración de su hijo es normal.	Probing your baby is normal.
El resultado de las pruebas es normal.	The test results are normal.
Su hijo tiene un problema y hay que trasladarle al Servicio de Neonatología, en la planta baja del hospital. Los padres puede permanecer junto al bebé. Para darle más explicaciones necesitamos un intérprete.	Your baby has a problem and must be moved to the Newborn Services on the ground floor of the hospital. Parents can stay with their baby. To give you further explanations we need an interpreter.
El pediatra ha dado de alta al bebé.	The paediatrician has discharged your baby.
El pediatra NO ha dado de alta a su bebé. Debe seguir con usted en la planta, en observación, hasta que le den el alta. Para darle más información necesitamos un intérprete.	The paediatrician has NOT discharged your baby. They must stay with you on the floor, in observation, until they discharge your baby. To give you further information we need an interpreter.
El bebé tiene un problema y precisa pruebas y revisiones. Para explicárselo con detalle necesitamos un intérprete.	The baby has a problem and needs tests and checks. We need an interpreter to explain this to you in greater detail.
Hay que hacer al bebé una ecografía de CORAZÓN / RIÑÓN / ABDOMEN / CRÁNEO / CADERAS.	We must carry out an ultrasound on the baby's HEART/ KIDNEY/ ABDOMEN/ SKULL/ HIPS.
La ecografía es normal.	The ultrasound is normal.
La persona que va a hablar con usted es trabajadora social.	The person who is going to speak to you is a social worker.
Tras el alta del hospital, debe pedir cita en el Centro de Salud o en su pediatra privado para la segunda prueba del talón y para iniciar los controles de Salud.	After discharging from the hospital, you must ask for an appointment at the Health Centre or at a private paediatrician for the second test on the heel and to start the Health tests.
Hay que inscribir al recién nacido en el Registro Civil. Para ello deben acudir a la calle Pradillo nº 66 (metro Alfonso XIII) antes del mes de vida con los documentos que le anoto por escrito.	You must register the newly born in the Civil Registry. To do this you must go to calle Pradillo no. 66 (metro Alfonso XIII) before the baby is a month old with the documents that I have written down for you.
Ha sido usted dada de alta por el médico. Le entregaré el informe y después puede irse a casa.	You have been discharged by the doctor. I will hand in your report and then you can go home.

### **PREGUNTAS Y COMENTARIOS DE LAS MADRES**

Señale la pregunta que quiere hacer.	Indicate the question that you want to ask.
Me encuentro mal	I feel bad
Me duele aquí, donde me señalo	I feel pain here, where I am pointing to
¿Mi hijo tiene algún problema?	Does my baby have a problem?
SÍ YES	NO NO
¿Es normal que haga tantas veces caca?	Is it normal for it to poo so much?
SÍ YES	NO NO
¿El color negro de las cacas es normal?	Is the black colour of the poos normal?
¿Cuántas veces debo ponerle al pecho?	How often should I breastfeed?
¿Cuántos biberones tengo que darle?	How many bottles should I give it?
¿Qué cantidad debe tomar cada vez?	What quantity should be taken each time?
¿Tengo que despertarle para comer?	Do I have to wake it up to feed?
¿Tengo que darle algo más de comer además del pecho?	Do I have to give it anything else to eat other than breast milk?
¿Es normal que tenga tan poca leche?	Is it normal that I have such a small amount of milk?
¿Debo ponerle chupete?	Should I give it a dummy?
¿Cómo debo limpiarle el ombligo?	How should I clean the umbilical cord?
¿Cuánto ha pesado hoy?	How much did it weigh today?
¿Es normal que haya perdido peso?	Is it normal for the baby to lose weight?
¿Es normal que esté amarillo?	Is it normal that it is yellow?
¿Es normal que vomite?	Is it normal that it vomits?
¿Tengo que bañarle?	Do I have to bathe it?
¿Puedo quitarle la pulsera que lleva en el tobillo?	Can I remove the band from its ankle?
Mi bebé no quiere comer.	My baby doesn't want to feed.

Mi bebé llora mucho.	My baby cries a lot.
Mi bebé no está bien.	My baby isn't well
Mi bebé hace ruido al respirar.	My baby makes noises when breathing.
Mi bebé tiembla.	My baby shivers.
Mi bebé estornuda.	My baby sneezes.
La orina del pañal es roja.	The urine from the nappy is red.
Mi hija tiene sangre en la vagina.	My daughter has blood on her vagina.
Mi hijo tiene abultados los pechos.	My baby has a swollen chest.
Mi hijo tiene manchas en la piel.	My baby has marks on its skin.
¿Cuándo debo llevar a mi hijo al pediatra después de abandonar el hospital?	When must I take my baby to the paediatrician after leaving hospital?
¿Dónde tengo que ir para hacer los papeles de mi hijo?	Where do I have to go to register my baby?
Quiero hablar con la enfermera.	I want to speak with the nurse.
Quiero hablar con el ginecólogo.	I want to speak with the gynaecologist.
Quiero hablar con el pediatra.	I want to speak with the paediatrician.
Quiero hablar con el trabajador social.	I want to speak with the social worker.
<b>Necesito que me acompañen a</b>	<b>I need you to take me to</b>
Admisión	Admission
Una consulta	A consultation
	Trabajador Social
	Social Worker
	Una prueba
	A test
Quiero quejarme de algo relacionado con el hospital.	I want to make a complaint relating to the hospital



**Lista de palabras**

Adiós	Goodbye	Intérprete	Interpreter
Agua	Water	Inyección	Injection
Alta del hospital	Discharge from hospital	Jabón	Soap
Análisis	Analysis	Lavar	To wash
Análisis de sangre	Blood test	Madre	Mother
Antibiótico	Antibiotic	Mal	Bad
Analgésico	Painkiller	Malo	Bad
Apellido	Surname	Mamar	To breastfeed
Ayuda	Help	Meconio	Meconium
Baño	Bath	Medicamento	Medicine
Bebé	Baby	Médico	Doctor
Biberón	Bottle	Mucho	A lot
Bien	Well	Necesito	I need
Bueno	Good	No	No
Cadera	Hip	Nombre	Name
Caliente	Warm	No poder	Not able to
Calor	Heat	Ombligo	Umbilical Cord
Cama	Bed	Orinar	To urinate
Cardiólogo	Cardiologist	Padre	Father
Centro de Salud	Health Centre	Pañal	Nappy
Color	Colour	Papeles	Documents
Comer	To eat	Pecho	Chest
Compresa	Sanitary towel	Pediatra	Paediatrician
Corazón	Heart	Pinchar	To give an injection
Cuarto de baño	Bathroom	Poco	Little
Cuna	Cot	Poder	To be able to
Dar el pecho	Breastfeed	Problema	Problem
Defecar	To excrete	Pruebas médicas	Medical tests
Dirección	Address	Quitar catéter espalda	To remove back catheter
Dolor	Pain	Recién nacido	Newly born
Dolor de cabeza	Headache	Radiografía	Radiography
Domicilio	Home	Ropa	Clothes
Dormir	To sleep	Ruido	Noise
Ducha	Shower	Sangre	Blood
Ecografía	Ultrasound	Sano	Healthy
Enfermera	Nurse	Señalar	To show
Enfermo	Patient	Sí	Yes
Espanja	Sponge	Talón	Heel
Estoy sangrando	I'm bleeding	Temblor	Shivering
Estoy cansada	I'm tired	Templada	Lukewarm
Fiebre	Temperature	Tengo dolor	I'm in pain
Frío	Cold	Teléfono	Telephone
Ginecólogo	Gynaecologist	Toalla	Towel
Gorro	Hat	Trabajador social	Social Worker
Leche	Milk	Traumatólogo	Traumatologist
Levantarse	To get out of bed	Vigilar	To monitor
Heces	Faeces	Vómito / vomitar	Vomit/ to vomit
Hijo / hija	Son/ daughter		

## CAPÍTULO 12

### ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS

El Comité de Seguridad y Salud del Hospital ha elaborado unas recomendaciones y un sistema de declaración para profesionales ante situaciones conflictivas, en el contexto de las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La violencia laboral se refiere a los incidentes en que los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo que ponen en peligro implícita o explícitamente su seguridad, su bienestar o su salud. Los motivos que habitualmente desencadenan las agresiones son falta de información, disconformidad con la misma, errores de citación y lista de espera, disconformidad con la asistencia y el trato recibido, disconformidad con la información médica clínica y no clínica, etc. El artículo 147 del Código Penal considera delito de lesiones, cuando por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental.

#### Objetivos:

1. Establecer medidas de prevención y actuación en caso de agresión.
2. Determinar el alcance, las causas y las consecuencias de las situaciones conflictivas, para poder establecer mecanismos de vigilancia, protección y prevención.

#### Procedimientos:

1. Clasificación de las situaciones.
2. Medidas de prevención.
3. Medidas de actuación ante el riesgo inminente de agresión.
4. Medidas de intervención en caso de agresión.
5. Interfonos de interés.

#### Descripción de los procedimientos:

1. *Clasificación de las situaciones:*
  - Amenaza verbal, escrita o con lenguaje corporal intimidatorio.
  - Coacción: cuando el que sin estar legítimamente autorizado impidiere a otro con violencia hacer lo que debe o le obligara a realizar lo que no quiere, sea esto justo o injusto.
  - Agresión verbal, ya sea con insultos o tono de voz no adecuado.



- Intento de agresión: intento no materializado de infringir daños físicos.
  - Agresión física: amenaza con armas ya sean de fuego, armas blancas u objetos contundentes, así como los ataques con resultado de lesiones para el trabajador incluyendo agresiones sexuales y homicidios.
2. *Medidas de prevención:* para evitar y prevenir una posible agresión se debe informar al resto de profesionales del entorno y promover actuaciones tendentes al trato amigable y cordial.
  3. *Medidas de actuación ante el riesgo inminente de agresión:* mantener la calma y el autocontrol, no intentar razonar con el presunto agresor, no tocarlo ni intentar movimientos bruscos, no responder con amenazas, evitar estar a solas con el presunto agresor, buscar una posible vía de escape y pedir ayuda a las personas próximas, llamar al interfono 8555 (servicio permanente 24 horas) y si es posible abandonar la zona de peligro.
  4. *Medidas de intervención en caso de agresión:* en caso de agresión y tras llamar al interfono



8555, pedir ayuda a otras persona, conservar las pruebas de la agresión y el nombre de los testigos que lo hayan presenciado, acudir al servicio de urgencias para que documenten las lesiones producidas, contactar con el servicio de prevención de riesgos laborales, con la asesoría jurídica del Hospital y poner una denuncia en comisaría.

*5. Interfonos de interés:*

-Servicio de Seguridad y Vigilancia: 8555-1616

-Unidad de Información y Atención al Profesional: 8625-1482

-Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: 1345

-Gabinete jurídico: 8657

-Unidad de Gestión de Seguridad: 1808-8705

**Eficacia de los procedimientos:**

No es posible prevenir todos los actos de violencia contra los trabajadores del Hospital, pero sí disminuir su número y su gravedad y mitigar sus consecuencias. El registro de las situaciones pro-

ducidas facilitará el desarrollo e implantación de medidas de prevención y respuesta.

**Registro:**

En el Hospital existe un registro oficial de situaciones conflictivas con pacientes y/o familiares que el trabajador afectado debe cumplimentar y cursar cuando se produzca algún hecho que lo justifique (ver anexo al final del capítulo). Esta documentación está disponible en la Intranet del Hospital (contenidos ? Información de interés ? Impresos y peticiones ? Impreso de notificación de situaciones conflictivas).

*Fecha de la última actualización:*

*15 de febrero de 2007.*

*Autor: Juan Granado Cáceres.*

**Bibliografía:**

1. Comité de Seguridad y Salud del Hospital Universitario 12 de Octubre. Recomendaciones a los profesionales en situaciones conflictivas.

ANEXO I

REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS. NOTIFICACIÓN

		Registro situaciones conflictivas												
		NOTIFICACIÓN DE SITUACIÓN CONFLICTIVA. ÁREA 11												
Fecha informe		Fecha incidente		Día semana incidente							Hora incidente		Turno	
		L	M	X	J	V	S	D						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
DATOS INCIDENTE	Nombre y apellidos del trabajador afectado / Persona que notifica								DNI		Categoría			
	Teléfono de contacto:													
	Lugar del incidente:								Dirección en caso de incidente en domicilio					
	Centro de trabajo habitual <input type="checkbox"/>		En otro centro de trabajo <input type="checkbox"/>		Domicilio <input type="checkbox"/>		"In itinere" <input type="checkbox"/>							
	Trabajo que realizaba en el momento del incidente													
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE	Tipo de incidente													
	Agresión física <input type="checkbox"/>		Agresión verbal <input type="checkbox"/>		Amenazas <input type="checkbox"/>		Daños materiales <input type="checkbox"/>		Intusión <input type="checkbox"/>		Incumplimiento normas internas intrusión <input type="checkbox"/>			
	Amenazas con arma blanca <input type="checkbox"/>		Amenazas con arma de fuego <input type="checkbox"/>		Amenazas con otros objetos <input type="checkbox"/>									
	Como resultado de la situación conflictiva:													
	Intervino Seguridad Privada <input type="checkbox"/>				Intervinieron Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado <input type="checkbox"/>				Hubo intervención judicial <input type="checkbox"/>					
Se interpuso denuncia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
Nombre y apellidos de la persona origen del conflicto:														
El causante del conflicto era: Paciente <input type="checkbox"/>				Acompañante <input type="checkbox"/>										
Estaba filiado <input type="checkbox"/>				Estaba citado <input type="checkbox"/>				Desconocido <input type="checkbox"/>						
Previo al incidente existían indicios de conflicto <input type="checkbox"/> describe cuáles:														
Existencia de testigos: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>														
Nombre y apellidos testigos														
DESCRIPCIÓN:														
LESIONES CAUSADAS: (Aportar copia parte de lesiones)														
CAUSA BAJA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
DAÑOS MATERIALES:														

LUGAR DEL INCIDENTE		MOTIVO QUE DESENCADENÓ EL INCIDENTE	
Admisión	<input type="checkbox"/>	Falta de información de los trámites administrativos	<input type="checkbox"/>
		Disconformidad con la cita	<input type="checkbox"/>
		Falta de documentación reglamentaria	<input type="checkbox"/>
		Error de citación	<input type="checkbox"/>
		Lista de espera	<input type="checkbox"/>
		Tiempo de espera para citarse	<input type="checkbox"/>
		Otros.....	<input type="checkbox"/>
Sala de espera en consultas		Demoras en la asistencia	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	Paciente sin cita previa	<input type="checkbox"/>
CEP	<input type="checkbox"/>	Paciente que llega tarde	<input type="checkbox"/>
Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Otros.....	<input type="checkbox"/>
Consultas		Disconformidad con la asistencia	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	Disconformidad con el trato	<input type="checkbox"/>
CEP	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información clínica	<input type="checkbox"/>
Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información no clínica	<input type="checkbox"/>
		Otros.....	<input type="checkbox"/>
Hospitalización Médica	<input type="checkbox"/>	Disconformidad con la asistencia	<input type="checkbox"/>
		Disconformidad con el trato recibido	<input type="checkbox"/>
Hospitalización Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información clínica	<input type="checkbox"/>
		Disconformidad información no clínica	<input type="checkbox"/>
		Otros.....	<input type="checkbox"/>
Servicio de Información		Disconformidad con la asistencia	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	Disconformidad con el trato recibido	<input type="checkbox"/>
CEP	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información	<input type="checkbox"/>
Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Otros.....	<input type="checkbox"/>
Urgencias		Disconformidad con la asistencia	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	Disconformidad con el trato recibido	<input type="checkbox"/>
CEP	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información clínica	<input type="checkbox"/>
Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información no clínica	<input type="checkbox"/>
		Otros.....	<input type="checkbox"/>

Firma del Trabajador afectado

## CAPÍTULO 13

### ALTA DEL HOSPITAL

#### 13.1.- RECIÉN NACIDOS SIN INGRESO ADMINISTRATIVO

Este apartado se refiere a los nacidos a término sanos que no presentan ninguna de las situaciones de riesgo descritas en el capítulo 9 y que no han ingresado nunca en el Servicio de Neonatología. Por lo tanto no tienen historia clínica.

##### Objetivo:

Definir el procedimiento de alta de los recién nacidos sanos sin riesgo detectado.

##### Procedimientos:

1. Exploración médica.
2. Duración de la estancia.
3. Documentación que se entrega a los padres.
4. Documentación para el Hospital.

##### Descripción de los procedimientos:

1. Exploración médica: el procedimiento habitual será explorar a estos neonatos una vez. Hasta el alta su situación clínica será observada por los profesionales de enfermería de la planta.
2. Duración habitual de la estancia: 48 horas aproximadamente.
3. Documentación que se entrega a los padres: el Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, debidamente cumplimentado por médicos y profesionales de enfermería (ver capítulo 14, apartado 4).
4. Documentación para el Hospital: los datos de los antecedentes del embarazo y parto, la reanimación, la exploración neonatal y los cuidados figuran en la hoja de reanimación y exploración del recién nacido, que se adjuntará al alta a la historia clínica de la madre.

##### Excepciones del procedimiento:

Los prematuros y los de peso inferior a 2.500 gramos permanecerán habitualmente, al menos 72 horas, especialmente si son lactados al pecho. Además se les hará una valoración médica diaria. Cuando se solicite alguna prueba o se cite en alguna consulta se abrirá historia clínica al recién nacido y la documentación se guardará en su historia.

##### Registro:

No se registrará el alta del recién nacido porque no tiene ingreso administrativo.



*Fecha de la última actualización:*

*25 de febrero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

#### 13.2.- RECIÉN NACIDOS CON INGRESO ADMINISTRATIVO

Cuando el recién nacido ha ingresado en el Servicio de Neonatología por cualquier causa y en cualquiera de sus unidades (Transición, Cuidados Intermedios o Cuidados Intensivos), será explorado antes de ingresar en la planta de Maternidad. Posteriormente se hará de forma habitual otra exploración médica en el momento del alta de Maternidad.

##### Objetivo:

Definir el procedimiento de alta de los recién nacidos que han ingresado en el Servicio de Neonatología.

##### Procedimientos:

1. Exploración médica.
2. Duración de la estancia.
3. Documentación que se entrega a los padres.
4. Documentación para el Hospital.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Exploración médica: se hará siempre una exploración médica al alta.
2. Duración de la estancia: la propia de la situación de cada recién nacido. En resumen, habitualmente 48 horas para los niños sanos a término, 72 horas mínimo para prematuros, 96 horas para nacidos por cesárea.
3. Documentación que se entrega a los padres: se entregará el Documentos de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, debidamente cumplimentado, y el informe de alta del Servicio de Neonatología cumplimentado y firmado por el médico que explore al neonato al alta.
4. Documentación para el Hospital: en la historia del recién nacido se adjuntarán el informe de Obstetricia con los datos de los antecedentes del embarazo y parto, la hoja de reanimación y exploración neonatal y una copia del informe de alta del Servicio de Neonatología. El profesional de enfermería responsable enviará la Historia Clínica, tras el alta, a la Secretaría del Servicio de Neonatología.

**Excepciones de los procedimientos:**

Ninguna.

**Registro:**

La última exploración y los diagnósticos al alta se registrarán en la hoja de exploración del recién nacido y en el informe de alta del servicio de Neonatología. Ambas serán firmadas por el médico que haga la exploración.

*Fecha de la última actualización:*

*25 de febrero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

**13.3.- PROGRAMA DE ALTA PRECOZ Y ATENCIÓN A DOMICILIO**

Evitar la medicalización excesiva del período neonatal es importante. Mantener a los niños en el hospital separados de sus madres dificulta el establecimiento del vínculo, dificulta el amamantamiento y produce sufrimiento al recién nacido y a su familia. Por otro lado, el alta sin supervisión puede tener ciertos riesgos en recién nacidos más vulnerables de lo habitual, como son los prematuros y los nacidos con bajo peso. Para esta población de riesgo se ideó en el Servicio de Neonatología de nuestro Hospital un programa de alta precoz con atención a domicilio en el

año 1986. Desde que se aplicó a los recién nacidos de las plantas de Maternidad en 1989, el número de niños incluidos ha ido en aumento. En los cinco primeros años, es decir, el período de 1989 a 1993 se incluyó en este programa una media de 59 neonatos al año, con una tasa de reingreso del 2,3%. En el último quinquenio (de 2002 a 2006) se han incluido una media anual de 133 neonatos (2,25 veces más), con una tasa de reingresos del 3,5%. Hay que resaltar que ninguno de los reingresos estuvo motivado por patología grave, tratándose habitualmente de ictericias, problemas con la alimentación, problemas sociales o maternos y trastornos en el control de temperatura.

**Objetivo:**

1. Dar de alta a los recién nacidos con menos de 2.200 gramos en cuanto reúnan unas condiciones mínimas de estabilidad, capacidad de alimentarse y de los padres para cuidar al recién nacido y aceptación de éstos.
2. Prevenir los riesgos de reingreso precoz, supervisando a domicilio los cuidados de la familia y la evolución clínica.
3. Cubrir toda la asistencia sanitaria hasta el alta definitiva.

**Procedimientos:**

1. Selección de los candidatos.
2. Comunicación al profesional de enfermería responsable de la atención a domicilio.
3. Entrevista con los padres. Información y consejos. Consentimiento.
4. Visita a domicilio.
5. Seguimiento.
6. Visita de la semana.
7. Consulta telefónica.
8. Reingreso.
9. Alta.

**Descripción de los procedimientos:**

1. Selección de los candidatos: se considerarán candidatos al alta precoz los recién nacidos y familias que cumplan los siguientes requisitos:

- Peso al alta del recién nacido igual o inferior a 2.200 gramos.
- Situación clínica estable, valorada por el médico responsable al alta, que incluya buen control de temperatura y alimentación bien establecida por vía oral, aunque en caso de amamantamiento precise suplementos.



- Domicilio familiar a menos de 50 km del Hospital 12 de Octubre.
- 2. Comunicación al profesional de enfermería responsable de la atención a domicilio: el profesional de enfermería responsable del niño en la planta avisará al profesional encargado del alta precoz (interfono 8272) para que se entreviste con los padres.
- 3. Entrevista con los padres. Información y consejos. Consentimiento.  
El profesional de enfermería del programa de alta precoz se entrevistará con los padres. Les informará del contenido del programa y solicitará su consentimiento verbal. Posteriormente les informará sobre los consejos de salud y los cuidados específicos de su hijo. Se entregará a los padres documentación escrita y el teléfono del Servicio de Neonatología para consulta, disponible las 24 horas del día.  
Acuerdo de alta precoz: si el médico responsable y el profesional de enfermería del programa de alta precoz están de acuerdo, se procede al alta. Si no lo están, tras discutir el caso, no se debe proceder a dar el alta.
- 4. Primera visita a domicilio: el día siguiente del alta el profesional de enfermería de alta precoz realizará una visita a domicilio. En esta visita se entregará una báscula para bebés y se evaluará, según protocolo, la situación clínica y ambiental, así como los cuidados. Se enseñará a los padres a pesar al bebé y se reforzarán los consejos de salud.
- 5. Seguimiento: de forma individualizada, a criterio del profesional, se harán revisiones por teléfono o se concertarán nuevas visitas. En este período el recién nacido depende del Servicio de Neonatología. Los padres pueden hacer consultas telefónicas y si se precisa valoración médica, acudirán directamente al Servicio.
- 6. Visita de la semana y de alta definitiva: se realizará sistemáticamente una visita a la semana. Si en ese momento es pertinente el alta definitiva, se dará y se recogerá la báscula. En caso contrario será preciso hacer otra visita.
- 7. Consulta telefónica: hay un teléfono de consulta permanente atendido las 24 horas del día por personal del Servicio de Neonatología, con acceso permanente a consulta médica.
- 8. Reingreso: si se precisa ingreso hospitalario,

se hará habitualmente en el Servicio de Neonatología.

9. Alta: en la visita del alta definitiva se recoge la báscula, se reevalúa al recién nacido y se atienden las demandas de información de los padres. Se informa que a partir de ese momento pasan a depender del pediatra de Área y que ya no deben utilizar el servicio telefónico.

#### **Eficacia de los procedimientos:**

La eficacia del procedimiento queda demostrada por el incremento del número de niños incluidos en el programa desde 1989 con una baja tasa de reingresos y sin morbilidad relevante. La satisfacción de los padres es evidente y queda reflejada en el hecho de que en estos 18 años no ha habido ninguna reclamación ni problema legal. En total, se han ahorrado 1.662 ingresos en el Servicio de Neonatología.

#### **Riesgos de los procedimientos:**

No se ha detectado ningún riesgo comparando con la prolongación del ingreso hospitalario, en cuanto a morbimortalidad del recién nacido y satisfacción de los padres.

#### **Excepciones de los procedimientos:**

Los criterios de exclusión para entrar en el programa son los siguientes:

- Domicilio familiar a más de 50 km del Hospital 12 de Octubre.
- Rechazo de los padres al alta precoz.
- No tener disponibilidad de personal para cubrir las visitas domiciliarias los domingos y festivos.

#### **Registro:**

- En el Documento de Salud Infantil, en la página 22, en el apartado NOTAS, el profesional de enfermería responsable de las visitas a domicilio, registrará el alta precoz y las incidencias durante el seguimiento.
- Cuando el recién nacido tenga informe de alta del Servicio de Neonatología, el médico firmante hará constar la inclusión en el programa de alta precoz con asistencia a domicilio.
- El profesional de enfermería responsable de las visitas a domicilio cumplimentará un registro individualizado de todos los niños incluidos en el programa y será responsable de su custodia.

*Fecha de la última actualización:  
23 de enero de 2007.*

*Autora: Isabel Pérez Agromayor.*

**Bibliografía:**

1. Martín MJ, Pérez I. Alta precoz en Neonatología. *An Pediatr* 1997;46:372-3.
2. Pérez I. El alta en la unidad de neonatología. En Carmen Crespo. *Cuidados de enfermería en neonatología*. Ed. Síntesis. Madrid. 2000: 371-6.
3. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, Manzano MC. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:714-26.

**13.4.- ALTA VOLUNTARIA**

La madre es libre de salir con un alta voluntaria del hospital, con las limitaciones que imponen los riesgos para la salud pública. El caso del niño es distinto. Al no poder tomar decisiones por sí mismo, hay que asegurarse de que el alta no acarrea ningún riesgo. Por ello, cuando se plantee esta situación, el médico responsable debe valorar el alta del recién nacido, ingresarlo o convencer a la madre para que se quede hasta el alta del niño.

**Objetivo:**

Prevenir las repercusiones negativas en el recién nacido del alta voluntaria de la madre sin indicación médica

**Procedimiento:**

Valoración médica del recién nacido.

**Descripción del procedimiento:**

Cuando una madre decida irse de alta voluntariamente, sin que el recién nacido haya sido dado de alta, se comunicará inmediatamente al neonatólogo responsable. Éste valorará la pertinencia del alta del recién nacido, teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

- No se permitirá el alta hasta comprobar el resultado del cribado materno de hepatitis B, VIH y sífilis.
- No se permitirá el alta si las condiciones clínicas del recién nacido verdaderamente no lo aconsejan, por ejemplo, en niños prematuros o de bajo peso con mala curva de peso y sin ali-

mentación oral bien establecida.

- No se permitirá el alta sin valoración de los Servicios Sociales, si se sospecha que pueda existir riesgo de maltrato o abandono.
- Si finalmente el recién nacido se va antes de las 48 horas cumplidas, se realizará previamente la primera prueba de cribado endocrino metabólico y de hemoglobinopatías.

**Eficacia de los procedimientos:**

Se evita el alta sin profilaxis de una posible infección connatal y de niños cuya situación clínica haga preferible el ingreso hospitalario.

**Riesgos de los procedimientos:**

Retrasar inadecuadamente el alta del recién nacido cuando verdaderamente no esté justificado. Que una mujer quiera abandonar precipitadamente el centro no presupone necesariamente un riesgo para el niño en circunstancias favorables y la separación puede suponer un perjuicio importante.

**Registro:**

Cuando se den estas circunstancias, el médico responsable del recién nacido dejará constancia por escrito del problema y de la resolución final en la hoja de exploración del recién nacido o en su historia clínica si la hubiera.

*Fecha de la última actualización:*

*22 de enero de 2007.*

*Autor: Gerardo Bustos Lozano.*

**13.5.- TARJETA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Se informará a los padres que una vez que el recién nacido esté inscrito en el Libro de Familia se solicitará la tarjeta Sanitaria en la Oficina de la Seguridad Social a la que esté asignado su domicilio. Una vez solicitado el trámite de la tarjeta se acudirán al Centro de Salud con el resguardo para que le sea adjudicado pediatra.

## CAPÍTULO 14

### DOCUMENTOS Y REGISTROS

#### 14.1.- INFORMES DEL CONTROL DEL EMBARAZO Y EL PARTO

Estos documentos son aportados por el Servicio de Obstetricia y reflejan los antecedentes personales de la madre, los datos del control de embarazo, los resultados de los cribados de infección connatal y los datos del parto. Deben figurar siempre entre la documentación con la que ingresa el recién nacido desde el paritorio o desde el Servicio de Neonatología. Si no es así, se reclamarán al paritorio. El profesional de enfermería responsable presentará esta documentación en el pase de visita médico del recién nacido.

#### 14.2.- DOCUMENTO DE REANIMACIÓN Y EXPLORACIÓN NEONATAL

Este documento incluye la hoja de reanimación del recién nacido, la hoja de exploración y la gráfica de enfermería. Debe figurar siempre entre la documentación con la que ingresa el recién nacido desde el paritorio o desde el Servicio de Neonatología. Si no es así, se reclamará a la unidad de procedencia. El profesional de enfermería responsable presentará esta documentación en el pase de visita médico del recién nacido.

#### 14.3.- GRÁFICA DE ENFERMERÍA

En el momento de realizarse este documento la gráfica de enfermería está incorporada al documento anterior.

#### 14.4.- DOCUMENTO DE SALUD INFANTIL DE LA CAM

La entrega a los padres del Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid, debidamente cumplimentado, es un derecho reconocido en la Ley 6/1995 de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid.

##### Procedimiento:

Entrega del Documento de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid debidamente cumplimentado.

##### Descripción del procedimiento:

- Los profesionales de enfermería serán los responsables de:
  - Comprobar que los padres han cumplimentado los datos de identificación en el Documento de Salud Infantil.



–Registrar en la página 4 el sexo, el peso, la longitud, el perímetro cefálico, el test de Apgar al minuto y a los 5 minutos, la reanimación, la profilaxis con vitamina K, la profilaxis ocular, la emisión de meconio, la alimentación y la fecha de realización de las pruebas endocrinometabólicas.

–Registrar los datos de la vacunación de hepatitis B en la página 7.

- Los médicos del Servicio de Neonatología, tras la exploración del recién nacido, serán responsables de:

–Registrar los datos del parto, incluyendo los resultados serológicos y las recomendaciones, en la página 3.

–Registrar el resultado de la exploración del recién nacido en la página 4.

–Registrar si hay indicadores de riesgo de hipoacusia en la página 5.

–Si hay que hacer algún comentario para el Pediatra de Área, debe señalarse en la página 4 y escribirlo detalladamente en la página 22, en el apartado NOTAS.

#### **14.5.- INFORME DE ALTA DE LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS**

Este informe incluye los antecedentes familiares, del embarazo y el parto, la reanimación neonatal, los datos médicos del recién nacido, los tratamientos, los resultados de las pruebas médicas, los diagnósticos y los controles posteriores si se precisan. Irá firmado por el médico del Servicio de Neonatología si ingresó en Cuidados Intermedios o Cuidados Intensivos y por el médico que le explore al alta si ingresó en la Unidad de Transición.

#### **14.6.- HOJA DE TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS INGRESADOS**

Los tratamientos se prescribirán siempre por escrito en la hoja de enfermería, si la prescripción se hace desde la propia planta. En el caso de los recién nacidos que permanecen en la planta pero tienen que bajar al Servicio de Neonatología para la administración del tratamiento, se remitirá diariamente a la planta una

gráfica de enfermería en la que el neonatólogo responsable indicará los horarios de traslado a Neonatología y si se precisan cuidados especiales en planta.

#### **14.7.- VOLANTES Y PARTES INTERCONSULTA**

Si se solicita cualquier prueba o consulta a otro especialista, debe abrirse historia clínica al recién nacido, si no la tiene. Los volantes de solicitud de pruebas diagnósticas deben identificarse y cumplimentarse correctamente. Los volantes de microbiología, exploración radiológica, exploración ecográfica y partes interconsulta deben ser rellenados por el médico. Los volantes para el laboratorio de urgencias (bilirrubina, gasometría, hemograma) pueden ser cumplimentados por el profesional de enfermería que hace la extracción. La petición de grupo y Rh del recién nacido debe ser cumplimentada por el médico.

CAPÍTULO 15

**ALGORITMO DE ACTUACIÓN (cuidados habituales)**

**Ingreso**

- Recepción e identificación.
- Comprobación datos embarazo y parto.
- ¿Cómo desea alimentar al recién nacido?.
- Primera información general.
- Clasificación de los cuidados.

Cuidados habituales  
 Protocolo prematuridad-bajo peso  
 Riesgo de hipoglucemia  
 Cesárea o ingreso en Neonatología  
 Medicación  
 Observación o cuidados especiales

**Primeros cuidados Habituales (1-6 horas tras ingreso)**

- Profilaxis ocular
- Vitamina K
- Vacuna hepatitis B
- Cuidados y consejos
- Antropometría
- Glucemia
- Observación de una toma y apoyo a la lactancia

Higiene  
 Cuidados de la piel  
 Ropa y temperatura  
 Cuidados ombligo  
 Prevención SMSL\*  
 Visitas

\* Síndrome de Muerte Súbita del Lactante

**Cumplimentación registros enfermería**

Hoja del parto y gráfica de enfermería  
 Documento de Salud Infantil  
 Preparación de la documentación para la visita médica

**Visita médica (4-24 horas)**

Hoja de exploración  
 Documento de Salud Infantil  
 Informe de Neonatología (opcional)  
 Peticiones de pruebas o interconsultas

**Observación de enfermería tres veces al día**

Gráfica de enfermería

**Pruebas metabólicas I**

Gráfica de enfermería  
 Documento de Salud Infantil

**Alta**

Exploración si procede  
 Apoyo a la lactancia





## CAPÍTULO 16

### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD. INDICADORES

Se han definido tres ámbitos para establecer los indicadores de calidad que se van a evaluar:

- Clasificación de los cuidados al ingreso.
- Lactancia materna.
- Cuidados y prevención.

#### 16.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS AL INGRESO

La clasificación de los cuidados al ingreso dará información sobre el tipo de recién nacidos que permanecen en las plantas y la complejidad de los cuidados que precisan. El registro utilizado será el libro de ingresos de cada planta que se va a unificar incluyendo la siguiente clasificación de los cuidados del recién nacido:

- Deseo de amamantar al recién nacido.
- Cuidados habituales.
- Cuidados especiales (categorías no excluyentes):
  - Protocolo de prematuridad y bajo peso.
  - Riesgo de hipoglucemia.
  - Cesárea.
  - Medicación.
  - Ingreso en Neonatología.
  - Observación o cuidados especiales (especificar).

El indicador se calculará de la siguiente manera:  $(n^{\circ}$  recién nacidos con clasificación registrada/ $n^{\circ}$  recién nacidos atendidos en las plantas de maternidad)  $\times$  100.

La evaluación se hará anualmente y será responsable de la misma la Supervisión de Enfermería de las plantas de Maternidad.

#### 16.2.- INDICADORES DEL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (LM)

Se clasifican en dos grupos:

1.- Indicador de observación de una toma en las primeras 6 horas de vida en caso de parto vaginal y recién nacido sano no ingresado en el Servicio de Neonatología:

$(n^{\circ}$  de niños sanos con parto vaginal observados  $<6h/n^{\circ}$  de niños sanos no ingresados en Neonatología, con parto vaginal, cuya madre quiere dar el pecho)  $\times$  100.

Se considerarán niños observados aquéllos de los que conste una hoja de observación correc-

tamente rellena por un profesional sanitario capacitado. El denominador se obtendrá del registro de ingresos de madres, excluyendo las cesáreas y los ingresados en el Servicio de Neonatología.

Existirá un registro de la observación de una toma (ver anexo III del capítulo 3) que se archivará tras el alta en el despacho de la Supervisión de Enfermería. Se hará una medición anual de este indicador.

2.- Indicadores relacionados con los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de OMS-UNICEF (sólo para madres que desean lactar) (ver anexo III capítulo 3):

- Indicadores del paso 2:
  - (Profesionales sanitarios (PS), de enfermería y auxiliares, que llevan más de 6 meses en la planta, que han hecho el curso de apoyo a la lactancia materna (LM)/PS que llevan más de 6 meses en la planta)  $\times$  100.
  - (PS que llevan más de 6 meses en la planta que responden correctamente a 5 preguntas sobre cómo poner LM en marcha/PS que llevan más de 6 meses en la planta)  $\times$  100.
- Indicadores del paso 5:
  - (Madres a las que el PS de la planta brindó apoyo a la lactancia en las primeras 6 h de vida /muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo cesáreas))  $\times$  100.
  - (Madres a las que el PS de la planta enseñó la extracción manual de la leche en las primeras 6 h de vida/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo cesáreas))  $\times$  100.
  - (Madres a las que el PS de la planta dio información escrita sobre la Lactancia y sobre dónde obtener ayuda en caso de necesitarla/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo cesáreas))  $\times$  100.
  - (Miembros del PS de la planta que saben colocar al Recién nacido/muestra de 10 miembros del PS de la planta seleccionados al azar)  $\times$  100.
  - (Miembros del PS de la planta que saben exprimir la leche materna manualmente/muestra de 10 miembros del PS de la planta seleccionados al azar)  $\times$  100.

- Indicadores del paso 6:
    - (Niños amamantados que reciben alimentación artificial por indicación médica/niños amamantados que reciben fórmula artificial) x 100.
    - Ausencia de propaganda de fórmulas artificiales en todas las plantas de Maternidad.
  - Indicadores del paso 7:
    - (Madres con hijos a término sanos (incluyendo cesáreas) que refieren que no se han separado en ningún momento del recién nacido durante su estancia en la planta (excepto por procedimientos médicos y por menos de una hora)/muestra de 15 madres con hijos a término sanos seleccionadas al azar) x 100.
  - Indicadores del paso 8:
    - (Madres que refieren que no se la ha restringido la duración o la frecuencia de las tomas/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo cesáreas)) x 100.
    - (Madres que refieren haber sido informadas de que si el recién nacido duerme demasiado y el pecho se ingurgita, deben despertarlo para mamar/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo cesáreas)) x 100.
  - Indicadores del paso 9:
    - (Madres que refieren que a sus hijos no se les han administrado biberones/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluidas cesáreas)) x 100.
    - (Madres que refieren que se les ha recomendado no utilizar chupete en el primer mes/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluidas cesáreas)) x 100.
  - Indicadores del paso 10:
    - (Madres que en el momento del alta refieren haber recibido información sobre la alimentación tras el alta/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo cesáreas)) x 100.
    - (Madres que refieren haber recibido información sobre cómo recibir apoyo a la lactancia tras el alta/muestra de 15 madres seleccionadas al azar (incluidas cesáreas)) x 100.
- Todos los indicadores de IHAN se auditarán de forma interna al menos una vez al año, por personas ajenas a las plantas (Enfermeras Adjuntas

a la Subdirección de Enfermería, Neonatólogos, Miembros de la Comisión de Lactancia Materna u otras personas designadas para tal efecto de acuerdo con la Subdirección de Enfermería y la Subdirección Médica).

### 16.3.- INDICADORES DE LOS CUIDADOS Y LA PREVENCIÓN

Los cuidados y la prevención se analizarán auditando al alta, dos veces al año, 100 Documentos de Salud Infantil de la Comunidad de Madrid consecutivos. Los auditores serán un Neonatólogo y el Supervisor/a de Enfermería. Los indicadores a medir serán los siguientes:

1. Documentos de Salud Infantil (DSI) con tipo de parto correctamente registrado/muestra de 100 DSI auditados.
2. DSI con resultados de serologías de infección connatal correctamente registradas/muestra de 100 DSI auditados.
3. DSI con peso, longitud y perímetro cefálico al nacer registrados/muestra de 100 DSI auditados.
4. DSI con la exploración médica registrada/muestra de 100 DSI auditados.
5. DSI con la administración de vitamina K y Aureomicina registrada/muestra de 100 DSI auditados.
6. DSI con el tipo de alimentación registrado/muestra de 100 DSI auditados.
7. DSI con la evacuación de meconio registrada/muestra de 100 DSI auditados.
8. DSI con la administración de la vacuna de Hepatitis B registrada correctamente/muestra de 100 DSI auditados.
9. DSI con la fecha de realización de la primera prueba endocrino metabólica correctamente registrada/muestra de 100 DSI auditados.

*Fecha de la última actualización:*

*19 de abril de 2007.*

*Autores: Pedro Ruiz López, María José Durá Jiménez, Gerardo Bustos Lozano, María Eugenia Laguía Escudero, Juan Granado Cáceres.*

## CAPÍTULO 17

### INTERFONOS Y BUSCAPERSONAS DE INTERÉS

#### INTERFONOS:

• Planta 3 A: . . . . .	8340
• Planta 3 B: . . . . .	8350
• Planta 4 A: . . . . .	8341
• Supervisión de Enfermería: . . . . .	1805
• Secretaría del Servicio de Neonatología: . . . . .	8272
• Enfermera alta precoz: . . . . .	8272
• Cuidados Intensivos Neonatales: . . . . .	1954
• Unidad de Transición Neonatal: . . . . .	1952
• Laboratorio de Urgencias: . . . . .	1883
• Laboratorio de Serologías (Microbiología): . . . . .	1948
• Radiodiagnóstico: . . . . .	1994
• Ecografías infantiles: . . . . .	1997
• Cardiología Infantil: . . . . .	8347
• Cirugía Infantil (consulta): . . . . .	1985
• Unidad de Trabajo Social: . . . . .	8365,8521
• Servicio Técnico: . . . . .	1360
• Seguridad y vigilancia: . . . . .	8555,1616
• Unidad de Información y Atención al Profesional: . . . . .	8625,1482
• Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: . . . . .	1345
• Unidad de Gestión de Seguridad: . . . . .	1808,8705

#### BUSCAPERSONAS:

Marcar 2, a continuación el número al que se llama y a continuación el número desde el que se llama.

• Supervisión de Enfermería: . . . . .	1805
• Médico Residente de Neonatología: . . . . .	1952
• Médico Adjunto de Neonatología: . . . . .	1954
• Unidad de Trabajo Social: . . . . .	8365
• Unidad de Trabajo Social, turno de tarde: . . . . .	8174
• Aire acondicionado–calefacción: . . . . .	1915
• Traumatología Infantil: . . . . .	1442

