

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1	JUSTIFICACIÓN.....	4
2	DEFINICIÓN.....	4
3	OBJETIVO	4
4	POBLACION OBJETO	5
5	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.....	5
5.1	ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA (ANI) EN SALA DE PARTOS.....	5
5.1.1	Secar al recién nacido el líquido amniótico	5
5.1.2	Realizar succión activa de las vías aéreas sólo cuando esté indicado (en casos de aspiración de meconio, sangre o pus).	6
5.1.3	Valorar el APGAR en el primer minuto, con énfasis en esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color. (Ver flujograma anexo)	6
5.1.4	Realizar el Pinzamiento del Cordón Umbilical.....	8
5.1.4.1	<i>Pinzamiento Habitual.....</i>	8
5.1.4.2	<i>Pinzamiento Inmediato</i>	9
5.1.4.3	<i>Pinzamiento Precoz.....</i>	9
5.1.4.4	<i>Pinzamiento Diferido (Fetos presuntamente hipovolémicos sin sangrado placentario)</i>	9
5.1.5	Tomar sangre del extremo placentario del cordón.	10
5.1.6	Secar, abrigar e iniciar la lactancia materna en la primera media hora después del nacimiento.....	10
5.1.7	Valorar el APGAR a los 5 minutos.	10
5.1.8	Identificar al Recién Nacido.....	10
5.1.9	Tomar medidas antropométricas.....	10
5.1.10	Registrar los datos en la historia clínica	11

5.2 CUIDADOS DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS DE VIDA	11
5.2.1 Atención del recién nacido por el médico	11
5.2.2 Atención del recién nacido por Enfermería:.....	12
5.3 CUIDADOS MEDIATOS.....	12
5.4 CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DEL RECIÉN NACIDO (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 89.0.2.01)	13
6 . FLUJOGRAMA	15
7 BIBLIOGRAFÍA.....	17

JUSTIFICACIÓN

Dar respuesta al Derecho a la Vida de los colombianos en trance de nacer o recién nacidos, justifica plenamente el establecer parámetros básicos obligatorios que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, y con oportunidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el nacimiento y período neonatal precoz, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

2 DEFINICIÓN

La Atención del Recién Nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

La mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal.

3 OBJETIVO

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples

secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil.

4 POBLACION OBJETO

La población beneficiaria de esta norma son todos las niñas y los niños afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado en el momento de su nacimiento.

5 CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones conforman las normas básicas obligatorias que deben ser garantizadas por las instituciones responsables de la atención del recién nacido, las cuales deben tener capacidad resolutive y un equipo de salud capacitado que garantice la atención humanizada y de calidad para lograr un recién nacido sano. Además de la obligación administrativa y técnica, implican por parte de los ejecutores un compromiso asistencial, ético y legal para garantizar la protección y mantenimiento de la salud de los recién nacidos.

5.1 ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA (ANI) EN SALA DE PARTOS

Es el conjunto de modificaciones cardio-hemo-dinámicas, respiratorias y de todo orden, de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Requiere de la atención inmediata en sala de partos, e incluye:

5.1.1 Secar al recién nacido el líquido amniótico

El secado de cabeza y cara se debe realizar inmediatamente después de la expulsión de la cabeza, mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez culminado el expulsivo, y mientras se respeta la circulación umbilical si no hay contraindicación para ello, se procede al suave secado general, con toalla tibia y suave.

5.1.2 Realizar succión activa de las vías aéreas sólo cuando esté indicado (en casos de aspiración de meconio, sangre o pus).

En el recién nacido normal, la recuperación manual de secreciones es suficiente y se elimina el riesgo de depresión dependiente de reflejo vago-vagal.

Realizar sondaje gástrico de manera selectiva en caso de persistir salivación anormal, para verificar la permeabilidad esofágica.

5.1.3 Valorar el APGAR en el primer minuto, con énfasis en esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color. (Ver flujograma anexo)

Valoración del APGAR

Signos	Calificación		
	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flaccidez	Hipotonía	Tono normal
Irritabilidad refleja	Falta de respuesta	Muecas	Llanto
Color de la piel	Palidez o cianosis	Acrocianosis	Rosado

Vigilar y asegurar el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura.

Inducir Adaptación Neonatal Inmediata si el APGAR es < de 4, valorar capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad.

Conducir la Adaptación Neonatal Inmediata si el APGAR es de 5 a 7, valorar la capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad.

Apoyar el curso espontáneo de la adaptación si el APGAR es de 7 o más, para consolidar su satisfactoria estabilización, considerando los

**criterios de pinzamiento del cordón umbilical incorporados en el
cuadro de pinzamiento del cordón anexo**

5.1.4 Realizar el Pinzamiento del Cordón Umbilical

CONDICIONES CLÍNICAS QUE INDICAN EL TIPO DE PINZAMIENTO

Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales - Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical - Satisfactoria perfusión de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa o abruptio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> - Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia - Isoinmunización materno-fetal - Miastenia Gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos 	<ul style="list-style-type: none"> - Prolapso y procidencia del cordón - Parto en presentación de pélvis - Ruptura prolongada de membranas
REALIZAR ENTRE 1 Y 2 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO	REALIZAR INMEDIATAMENTE	REALIZAR ENTRE 30 SEGUNDOS Y 1 MINUTO DESPUÉS DEL NACIMIENTO	REALIZAR CON POSTERIORIDAD A LOS DOS MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO
NOTA: Los criterios para pinzamiento precoz prevalecen sobre los de pinzamiento diferido cuando coexisten como indicaciones.			

5.1.4.1 Pinzamiento Habitual

El pinzamiento habitual tienen como objetivos clínicos los siguientes:

- Satisfactoria perfusión pulmonar permitiendo la transfusión placentofetal (descenso de la presión de resistencia en el circuito menor, base del viraje de la circulación fetal).
- Satisfactoria perfusión tisular, después que el territorio capilar pulmonar haya obtenido adecuada irrigación.

Las condiciones clínicas requeridas para este tipo de pinzamiento son:

- Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales: la verdadera transfusión placento-fetal se inicia a partir del momento en que la circulación sigue tan solo el curso placento-fetal, habiéndose interrumpido el flujo feto-placentario con la interrupción de la palpación arterial.
- Disminución de la turgencia de la vena umbilical (equivalente al fenómeno de disminución del flujo placento-fetal después de haberse completado la transfusión requerida).
- Satisfactoria reperusión de piel: se estiman cubiertas las necesidades viscerales cuando la redistribución del flujo sanguíneo permite recuperar la perfusión de la piel.
- Tiempo habitual para cumplirse las condiciones clínicas requeridas: de 45 segundos a 1 minuto y 15 segundos.

5.1.4.2 Pinzamiento Inmediato

Su propósito es interrumpir la pérdida de sangre fetal y está indicado en caso de sangrado placentario grave, como en placenta previa sangrante y abrupcio.

5.1.4.3 Pinzamiento Precoz

Este tipo de pinzamiento está indicado en los siguientes casos:

- Los fetos presuntamente poliglobúlicos como son los hijos de madres con diabetes y con toxémia;; en este caso el pinzamiento precoz busca reducir el riesgo precalificado de poliglobulia.
- Isoinmunización materno-fetal grave sin tratamiento antenatal adecuado, para reducir el paso de anticuerpos maternos a la circulación fetoneonatal
- Miastenia Gravis, para reducir el paso de anticuerpos maternos a la circulación fetal-neonatal

5.1.4.4 Pinzamiento Diferido (Fetos presuntamente hipovolémicos sin sangrado placentario)

Su propósito es recuperar el compartimento vascular fetal y está indicado en:

- Prolapso y procidencia del cordón

- Nacimiento en Podálica para recuperar el compartimento vascular fetal depletado por la compresión funicular.
- Nacimiento vaginal con ruptura Prolongada de membranas.

Cuando coexisten, la indicación de Pinzamiento precoz y diferido, prevalece el precoz. Cuando se aplica la técnica de Pinzamiento diferido, se deben esperar las condiciones clínicas propuestas en el Pinzamiento habitual antes de proceder al corte del cordón.

5.1.5 Tomar sangre del extremo placentario del cordón.

La muestra tomadas serán para el tamizaje de hipotiroidismo congénito TSH(Hormona estimulante del tiroides TSH neonatal 90.4.9.03, la hemoclasificación (90.2.2.11)y otras pruebas de laboratorio que puedan estar indicadas.

5.1.6 Secar, abrigar e iniciar la lactancia materna en la primera media hora después del nacimiento.

Una vez realizada la recuperación de secreciones aéreas (manual o por succión según lo descrito en esta norma), secar y abrigar al niño para evitar enfriamiento. Si está en buenas condiciones, colocarlo en el abdomen materno para fomento del vínculo afectivo e inicio inmediato de la lactancia materna.

5.1.7 Valorar el APGAR a los 5 minutos.

Si el APGAR es < de 7, profundizar la conducción o inducción de la Adaptación Neonatal Inmediata, valorar capacidad resolutive de la institución y remitir a un nivel de mayor complejidad de ser necesario.

5.1.8 Identificar al Recién Nacido

El procedimiento de identificación del Recién Nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. Esto es una norma legal nacional.

5.1.9 Tomar medidas antropométricas

La toma de medidas como peso, talla, perímetro cefálico y torácico, deben realizarse de rutina a todo recién nacido. Estos datos deben registrarse en la historia clínica y en los registros de atención definidos en el Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.1.10 Registrar los datos en la historia clínica

En la historia clínica deben ser registrados todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos desarrollados al recién nacido; así como las indicaciones de actividades a realizar durante las siguientes cuatro horas de vida.

5.2 CUIDADOS DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS DE VIDA

La atención del recién nacido durante las primeras cuatro horas de vida debe ser prestada por el médico y por el personal de enfermería.

5.2.1 Atención del recién nacido por el médico

- Examen físico general que incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas, para:
 - Diagnosticar identidad sexual
 - Calcular edad gestacional
 - Evaluar correlación de peso para la edad gestacional
 - Descartar malformaciones
 - Descartar infección
 - Comprobar permeabilidad rectal y esofágica
- Revisar los resultados de exámenes paraclínicos cuando haya lugar
- Remitir y garantizar la ubicación del neonato en institución de mayor complejidad con capacidad resolutive para casos con:
 - Ambigüedad sexual
 - Edad gestacional menor de 36 o mayor de 42 semanas
 - Peso para la edad gestacional excesivo o deficiente
 - Malformaciones mayores
 - Evidencia de infección
 - Desequilibrio cardiorrespiratorio

- Ausencia de permeabilidad rectal y esofágica

5.2.2 Atención del recién nacido por Enfermería:

- **Administrar 1 mg intramuscular de Vitamina K. Si es de bajo peso, administrar sólo 0.5 mg.**
- Realizar profilaxis oftálmica
- Realizar aseo general y vestir adecuadamente. En este proceso no es indicado remover el vérmix caseoso.
- Alojar junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo. Después de comer el niño o la niña, debe colocarse en decúbito lateral derecho, evitar la posición prona sin vigilancia.
- Controlar los signos vitales.
- Mantenerlo a temperatura adecuada (36.5 – 37.5 °C) y con poca luz.
- Vigilar estado del muñón umbilical.
- Verificar presencia de deposiciones y orina.
- Hacer valorar por médico en casos de vómito o sialorrea, o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anormalidad.
- Vigilar condiciones higiénicas y del vestido.

5.3 CUIDADOS MEDIATOS

Además de los cuidados prestados en las primeras cuatro horas de vida se debe:

- **Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, antihepatitis B y antipolio.** (Vacunación contra tuberculosis 99.3.1.03, administración de vacuna contra poliomielitis 99.3.5.01, vacunación contra hepatitis B 99.3.5.03)
- Brindar educación a la madre sobre:
 - Nutrición, puericultura y detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud.

- Inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo y esquema completo de vacunación.
 - Registro civil del recién nacido.
 - Inscripción del niño y la niña en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Fortalecimiento de los vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija.
 - Servicios de planificación familiar
- Confirmar antes de dar de alta que se tomó la muestra de sangre para el Tamizaje de hipotiroidismo congénito, si al momento de la salida se cuenta con el resultado de la prueba, este debe ser verificado. Si es anormal, el niño o la niña debe ser remitido(a) al pediatra para confirmación (T4) y el tratamiento indicado. Si el resultado es dudoso, se debe citar para repetir examen en 2 a 6 semanas. Si no se cuenta con el resultado de la prueba al momento del egreso, se deben dar indicaciones a la madre y al padre sobre la importancia de reclamar el resultado oportunamente y entregarlo al momento del primer control del recién nacido.
 - En caso de ausencia de la serología de la madre o de los resultados de su serología reciente, es preciso verificar la toma de muestra para serología y hacer seguimiento del resultado. (Ver guía de Atención de la Sífilis Congénita).
 - Dar de alta y citar a control a las 72 horas siguientes al nacimiento.

5.4 CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DEL RECIÉN NACIDO (Consulta de primera vez por medicina general 89.0.2.01)

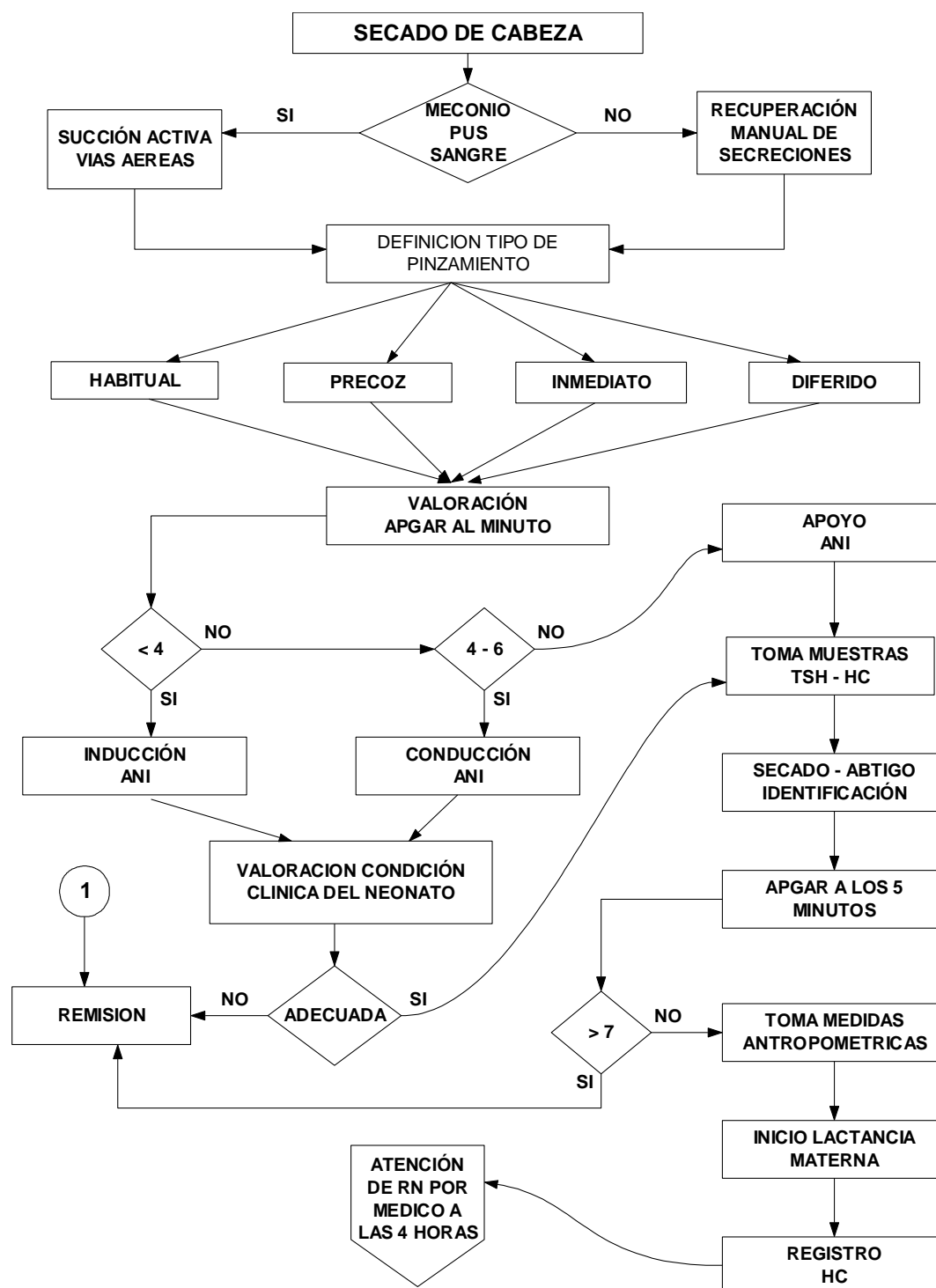
Esta consulta tiene por objeto consolidar la Adaptación Neonatal Inmediata, debe ser realizada por médico a las 72 horas del nacimiento e incluye las siguientes actividades:

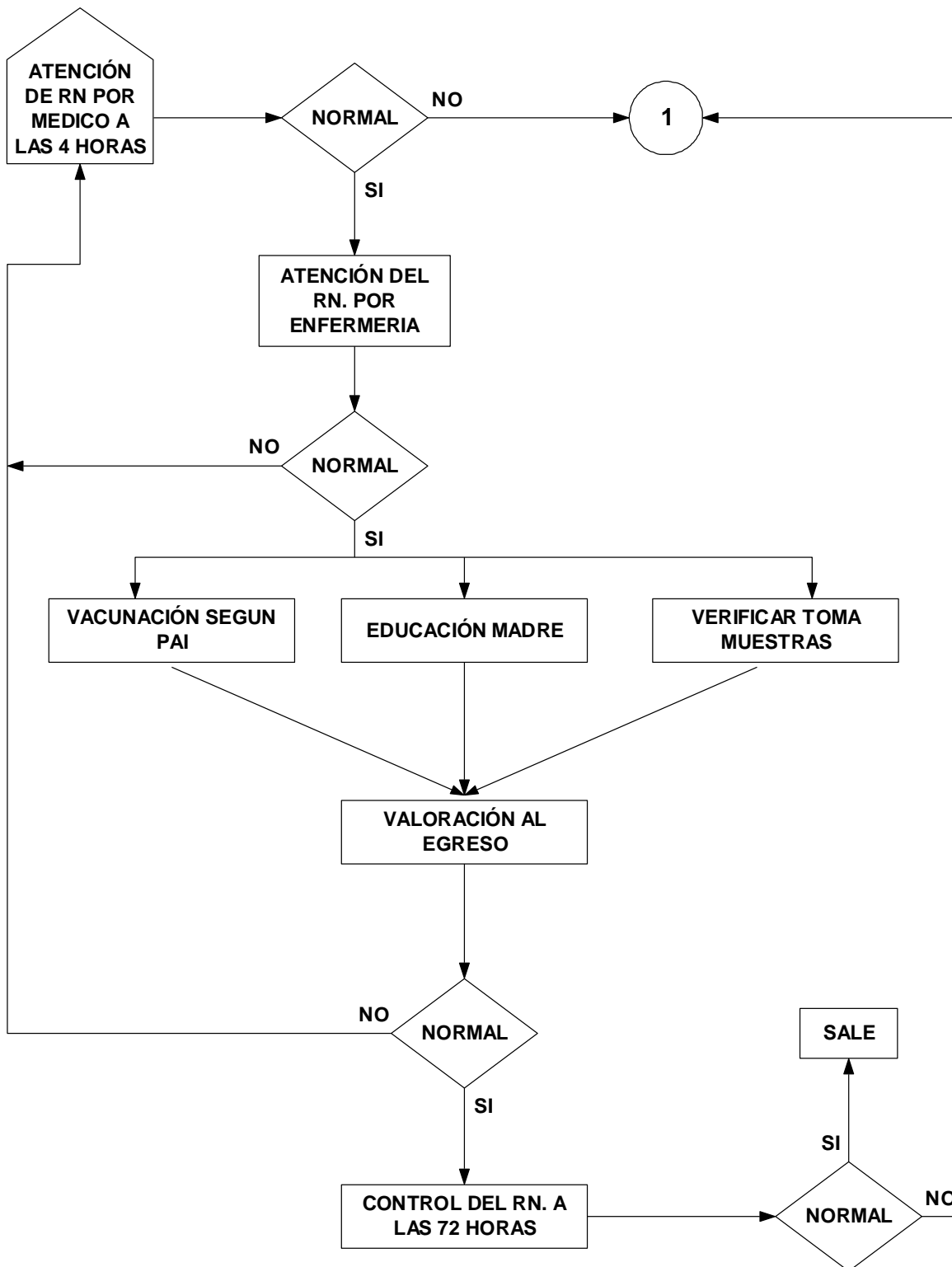
Anamnesis: verificar la vía oral al seno, los hábitos de micción y deposición.

Examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardiorrespiratorio, vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza.

Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.

. FLUJOGRAMA





7 BIBLIOGRAFÍA

- 1 Adamson K, Behrman, R, Dawes, G.S. Treatment of Acidosis with Alcaly and Glucose during Asphyxia in Fetal Rhesuss Monkeys, Journal of Phisiology, London,169.679,1.963.
- 2 Adamson, K, Gandy G, James, S.L.: The Influence of Termal Factors Upon Oxigen Consumption of the Newborn Infant: Journal of Pediatrics 66:495,1965.
- 3 Apgar V. Newborn Scorening System: Ped. Clin. N.A.: Vol 13,635-1966.
- 4 Atención Perinatal. Conceptos Básicos de la Adaptación Neonatal y su Manejo. Ministerio de Salud - Unicef.
- 5 Boletín Técnico No.5. Asociación Colombiana de Perinatología. 1989.
- 6 Boonaw Milner A.D., Hopkin I.E.: Physiologycal Responses of the Newborn Infant to Resucitation: Archs Dis.Child.54.492,1979.
- 7 Brain Sonography, Computed Tomography, and Single Photon Emission Computed Tomography In Term Neonates With Perinatal Asphyxia. Shankaran S; Kottamasu Sr; Kuhns L. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 379-94.
- 8 Cosmi, E. Reanimazioni del Neonato. Acta Anesthesiol. Ital. supl No.2:133, 1968.
- 9 Currea, S.: Reanimación Neonatal. Rev. Col. de Anesthesiol: vol XII, No.2, 169, 1984.
- 10 Daniel, S.S.: Analeptics and Resucitation of Asphyxiated Monkeys. Brit. Med. Jour. vol 2, 562.
- 11 Decreto 2174 por el cual se organiza el Sitema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS.
- 12 Decreto N° 2753 que define las normas sobre funcionamiento de los prestadores de servicios en el SGSSS.
- 13 Influence of Gestational Age, Birth Weight, and Asphyxia on Neonatal Neurobehavioral Performance. Majnemer, A; Rosenblatt, B; Riley, Ps. Pediatr Neurol. 1993 May-Jun; 9(3): 181-6.
- 14 James, S.L., Apgar V.: Resucitation Procedures in the Delivery Room: Abramson Eds. en Resucitation of the Newborn Co.Mosby, St Louis 1973.
- 15 Long Term Follow Up of Term Neonates with Perinatal Asphyxia. Robertson, Cm; Finer Nn. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 483-500.

- 16 Moya, F., James S.L., Burnard, E.D., Hanks E.C.: Cardiac Massage Iof the Newborn Infant Through Intact Chest. Am. Jour. Obst and Gynnecol, 84,798,1962.
- 17 Near Infrared Spectroscopy In Asphyxial Brain Injury. Wyatt, Js Clin, Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 369-78.
- 18 Nuclear Magnetic Resonance Imaging And Spectroscopy Following Asphyxia. Goplerud-Jm; Delivoria Papadopoulos, M. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 345-67.
- 19 Pathophysiology of Perinatal Asphyxia. Williams Ce; Mallard C; Tan W; Gluckman Pd. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 305- 25.
- 20 Perinatal Asphyxia and Postpartum Resuscitation: Always Starting, But When Should It Be Stopped? (Letter)].
- 21 Perinatal Asphyxia and Postpartum Resuscitation: Starting Always, But When To Stop? (Letter)]. Van Den Anker, Jn; Sauer, Pj Ned, Tijdschr Geneesk. 1993 Mar 13; 137(11): 555 -6.
- 22 Perinatal Asphyxia: Effects of Biologic and Environmental Risks. Aylward, GP. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 433-49.
- 23 Perinatal Management of Twin Pregnancy. Fuchi, I; Okumra, Y; Noda, K. Acta Genet Med Gemellol Roma. 1992; 41(2-3): 149-53
- 24 Positron Emission Tomography Scanning: Applications in Newborns. Chugani- Ht. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 395-409.
- 25 Potential New Therapies for Perinatal Cerebral Hypoxia Ischemia. Palmer, C; Vannucci, Rc. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 411-32.
- 26 Prognosis of Perinatal Asphyxia in Full-Term Neonates. Castro, Conde. Jr; Domenech Martinez, E; Lorenzo, Perez, Cr; Mendez Perez A; Fuster Jorge P. An Esp Pediatr. 1993 Apr; 38(4): 323-9.
- 27 Resolución N° 03997/96 y Acuerdo 117 del CNSSS: que reglamentan las acciones individuales de promoción y prevención en el POS.
- 28 Resolución N° 4252 y su manual técnico respectivo, que reglamenta los requisitos esenciales para la calidad en la prestación de los servicios.
- 29 Resolución N° 5261 reglamenta las acciones, procedimientos e intervenciones del POS.
- 30 Resuscitating Fresh Stillbirths. Meagher S; Murphy E; Badawi N; Murphy, J. Clin Exp Obstet Gynecol. 1993; 20(1): 5-8.
- 31 Saunders, L.A., Milner, A.D.,: Pulmonary Pressure/Volume Relationships during the Last Phase of Delivery and the First Postnatal Breaths in Human Subjets. Jour. of Ped. 567, 1978.

- 32 Scarpelli, E., Aud P. Fisiología Respiratoria del Feto, del Recien Nacido y del Niño: Salvat Eds. Barcelona, 76,1979.
- 33 Schneider, Levinson G. Anesthesia for Obstetrics: En: Williams and Wilkins Eds. Baltimore,396,1979.
- 34 Serum Macro Creatine Kinase Type 2 in Asphyxiated Newborn Infants. Kuint J; Pipano S; Linder N; Reichman B; Sela Ba. Clin Biochem. 1993 Apr; 26(2): 117-20.
- 35 Subcutaneous Fat Necrosis in a Neonate, in Association with Aberrant Plasma Lipid and Lipoprotein Values. Vonk J; Janssens Pm; Demacker Pn; Folkers E. J Pediatr. 1993 Sep; 123(3): 462-4.
- 36 The Causes Of Cerebral Palsy. Recent Evidence. Paneth N. Clin Invest Med. 1993 Apr; 16(2): 95-102.
- 37 The Definition of Acute Perinatal Asphyxia. Carter Bs; Haverkamp Ad; Merenstein Gb. Clin Perinatol. 1993 Jun; 20(2): 287-304.
- 38 Usher, R. Reduction of Mortality from Respiratory Distress Syndrome of Prematurity with Early Administration of Intravenous Glucose and Sodium Bicarbonate. Pediatrics 32,96: 1963.
- 39 Uterine Rupture After Previous Cesarean Delivery: Maternal and Fetal Consequences. Leung As; Leung Ek; Paul Rh. Am J Obstet Gynecol. 1993 Oct; 169(4): 945-50.

ANEXO