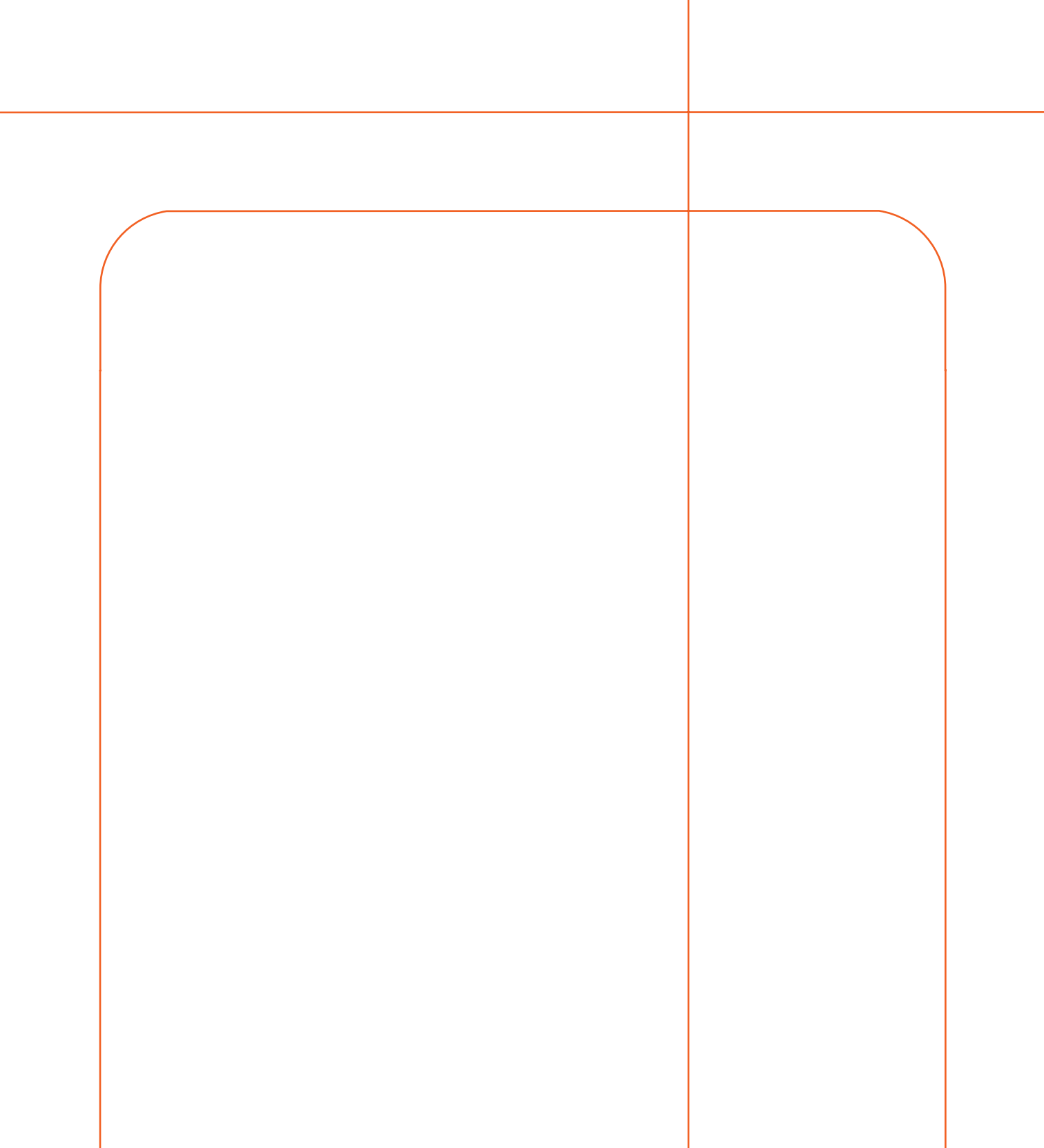


Atención inmediata al recién nacido

- La criatura recién nacida (RN) que en una primera evaluación presenta todos los parámetros normales debe permanecer junto a su madre.
- Para evitar la pérdida de calor del RN hay que secarlo con una toalla precalentada y colocarlo junto a su madre, a ser posible contacto piel con piel.
- Los criterios sobre el pinzamiento del cordón umbilical no son uniformes, pero parece que pinzar tardíamente el cordón es más fisiológico.
- La madre y el recién nacido no deben separarse tras el parto, y en aquellas mujeres que lo deseen se iniciará de forma precoz la lactancia materna, idealmente en la primera hora de vida.
- En situación de normalidad es necesario posponer aquellos procedimientos rutinarios que puedan interferir con el primer contacto madre e hijo/hija.



ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO

Tras el nacimiento, el RN a término que en una primera evaluación presenta todos los parámetros normales en el test de Apgar debe permanecer con su madre. El profesional que atiende el parto debe contestar las cinco preguntas siguientes en los primeros treinta segundos de vida del bebé¹:

- ¿El líquido amniótico es claro?
- ¿El recién nacido respira o llora?
- ¿Tiene buen tono muscular?
- ¿El color es sonrosado?
- ¿Es un bebé a término?

Si la respuesta a estas cinco preguntas es afirmativa, se seca al RN con un paño precalentado y se limpian las secreciones de la boca y la nariz con una gasa. No es necesaria la aspiración sistemática de las vías respiratorias². Es aconsejable evitar aspirar la orofaringe, practicar lavado gástrico o introducir sondas para descartar malformaciones de coanas o esofágicas, de modo sistemático a recién nacidos con una puntuación de Apgar buena, a fin de evitar lesiones de la mucosa que podrían interferir con el establecimiento de un patrón adecuado de succión³.

La pérdida de calor del RN es uno de los problemas más frecuentes que puede ocurrir si no se mantiene una actitud cuidadosa. Para evitar esta pérdida de calor se seca al RN y se coloca piel con piel sobre el tórax o el abdomen de su madre, tapándolo con una manta previamente calentada y un gorro⁴.

El contacto piel a piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido⁵ (figura 1). En el momento del nacimiento se estable-

ce un vínculo afectivo madre/bebé muy importante para el futuro desarrollo de la infancia⁶.

Si bien la existencia o no de contacto piel a piel ha mostrado pocas o ninguna diferencia significativa en algunos de los resultados fisiológicos de los recién nacidos y de apego materno, parece que el contacto ofrece ciertos beneficios clínicos, en especial con respecto a la lactancia materna y el llanto^{2,7}.

Pinzamiento del cordón

La forma cómo se efectúa el pinzamiento del cordón umbilical en el parto normal difiere según el centro. Éste puede realizarse de forma precoz, si se hace inmediatamente después del nacimiento, o de forma tardía, si se realiza cuando el cordón ha



Figura 1. Contacto precoz

dejado de latir o pasados 2 a 3 minutos desde el nacimiento⁸. En condiciones normales, una vez nace el bebé y mientras las arterias umbilicales se constriñen espontáneamente, la placenta le transfiere sangre oxigenada permitiendo dos hechos importantes: mantener la respiración placentaria y aumentar el volumen sanguíneo del neonato.

El pinzamiento del cordón debería realizarse una vez el bebé esté estabilizado¹. Los defensores del pinzamiento tardío sugieren que éste es un mecanismo fisiológico que provee al recién nacido de un volumen sanguíneo necesario para perfundir los pulmones, intestinos, riñones y piel, sustituyendo así las funciones respiratoria, nutritiva, excretora y termorreguladora que realizaría la placenta⁹.

Demorar el pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar, genera el tiempo suficiente para que ocurra la transfusión placentaria que le aporta al recién nacido cerca de un 30% adicional de volumen sanguíneo y hasta un 60% más de eritrocitos, los cuales, al destruirse por hemólisis, suplen alrededor de 50 mg de hierro a las reservas del bebé.

Por ello, aunque no existe evidencia de que sea mejor una actitud o la otra, parece que el pinzar tardíamente el cordón es más fisiológico.

Inicio de la lactancia materna

En las salas de partos debe proporcionarse un ambiente que apoye y refuerce la lactancia materna. Las mujeres que lo deseen deben poder iniciar la lactancia materna de forma precoz, en la primera hora de vida del RN. Las matronas tienen que asesorar y apoyar a las madres que dan el pecho y esta actividad debe considerarse prioritaria en la distribución de tiempos y actividades de estas profesionales¹⁰. Además también constituye un factor muy positivo para el éxito de la lactancia¹¹.

El RN a término que no se separa de la madre en la primera hora tras el parto y que está apoyado en el abdomen materno en contacto piel a piel trepa hasta el pecho e inicia su succión¹². También se ha observado un aumento en la duración de la lactancia materna exclusiva y en su duración total en los RN a término sanos y que mantuvieron contacto precoz piel a piel en el nacimiento¹³ (figura 2).

Algunas de las ventajas mostradas de la lactancia en la primera hora de vida del RN son:

- Estimula la liberación de oxitocina, favoreciendo la contractibilidad uterina y un menor sangrado.
- La subida de la leche ocurre de forma más precoz.
- El recién nacido tras el parto tiene un buen reflejo de succión que provoca en la mayoría de los casos un agarre correcto del pecho originando una sensa-

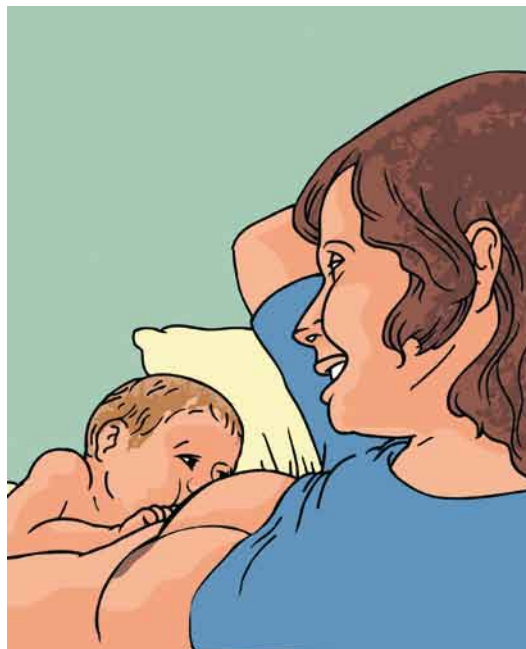


Figura 2. Succión del bebé

ción de seguridad en la madre y un aprendizaje del bebé cuando las mamas aún no están tensas por la subida de la leche.

- Favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo/hija.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad. Para lograr este objetivo, conjuntamente con la UNICEF, elaboró un documento con recomendaciones para todos los servicios de maternidad que se recogen en los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural»^{14, 15}. La lactancia materna exclusiva a los seis meses tiene como ventajas la disminución de los procesos infecciosos gastrointestinales y el tiempo de amenorrea en las madres es más prolongado¹⁶.

Se deben retrasar aquellas técnicas de control rutinarias que interfieran en el establecimiento del vínculo y que puedan realizarse una vez que el bebé haya estado en contacto piel con piel con la madre y ya esté estabilizado y caliente¹⁷ (figura 3).

Profilaxis de la hemorragia por deficiencia de vitamina K en el RN

Para evitar el riesgo de enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K en las primeras dos-cuatro horas de vida, no debiendo retrasarla más allá de las doce primeras horas de vida. La dosis recomendable es de 1 mg por vía intramuscular una sola vez en la cara anterolateral del muslo¹⁸.

Profilaxis de la oftalmia neonatal

Para la profilaxis ocular se recomienda la utilización de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5%, tetraciclina al 1% (aplicando una cantidad similar a un grano de arroz en cada ojo) o colirio de eritromicina o tetraciclina (administrando 1-2 gotas en

cada ojo en el saco conjuntival inferior). Para prevenir contaminaciones cruzadas, estas medicaciones deben administrarse en envases de un sólo uso. La OMS recomienda demorar la profilaxis de la oftalmía neonatal hasta después de la primera hora para evitar que el contacto visual madre-bebé se vea alterado¹⁹.

Identificación del recién nacido

Se debe identificar al bebé en presencia de la madre antes de salir del paritorio, según la normativa de cada centro.

Se verificará en la historia clínica de la mujer la existencia de factores de riesgo materno y neonatal que requieran actividades preventivas específicas.

Se registrarán todas las actividades realizadas al RN en las hojas de registro del centro.



Figura 3. Lactancia materna

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Neonatología. SEN: Manual de reanimación neonatal. 1.ª ed. Madrid: Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología, 2006.
2. Walkman PA, Brewer JM, Rogers BP, May WL. Building evidence for practice: a pilot study of newborn bulb suctioning at birth. *J Midwifery Womens Health*.
3. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(4): 340-56.
4. Herrera Cabrerizo B, Muñoz Martínez AL, Rey Márquez MD. Termorregulación neonatal y contacto precoz madre-hijo tras el parto. *Index Enferm*. 1999 prim-ver. Año VIII (24-25); 12-18.
5. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
6. Kitzinger S. El nuevo gran libro del embarazo y del parto. Barcelona: Ed. Medici, 1998.
7. Gil Casado B. Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo. *Matronas prof*. 2000 dic; 2: 37-44.
8. Lainez B, Bergel E, Cafferata, ML, Belizán JM ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(1): 1-21.
9. Mercer J. Current best evidence: A review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Women Health*. 2001; 46(6): 402-13.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. London: NICE clinical guideline 37; 2006.
11. Kramer MS y cols. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA*. 2001 Jan; 285: 413-20.
12. Sinusas A, Gagliardi J. Initial management of breastfeeding. *Am Fam Physician*. 2001 Sep; 64(6): 981-8.
13. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002; 91(12): 1.301-6.
14. Iniciativa Hospital Amigos de los Niños. Diez pasos hacia una lactancia feliz. [consultado 05/'5/2007]. Disponible en: <http://www.ihan.org>
15. OMS. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. División de salud y desarrollo del niño. Ginebra: OMS, 1998.
16. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
17. González C. Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM, 2004.
18. Puckett RM, Offringa M. Uso profiláctico de la vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién nacidos. (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
19. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.