



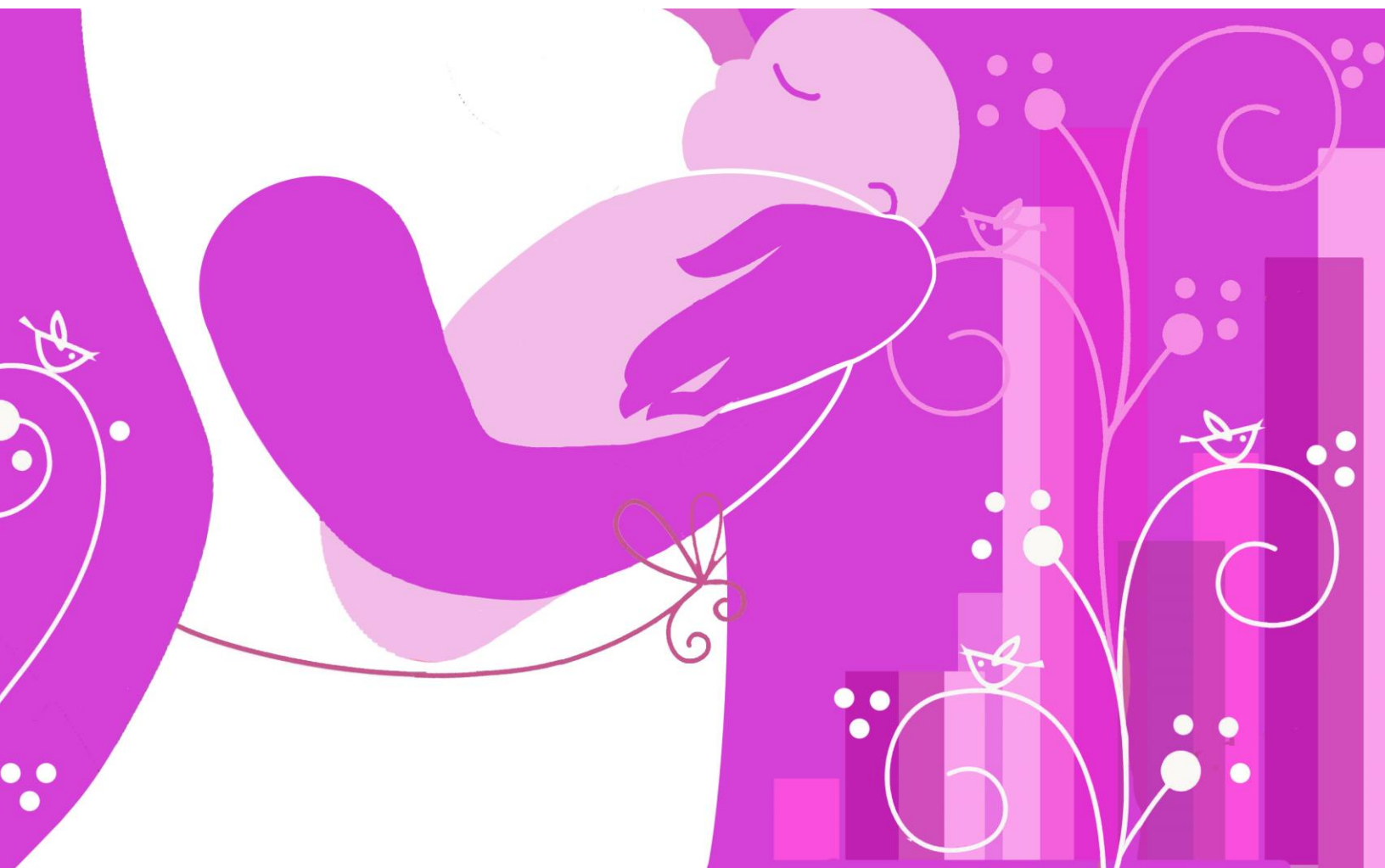
Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación Materno-Infantil

Atención del Recién Nacido

V



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Noviembre, 2022



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria
(MOSAFC)

Presentación

Este módulo fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno Infantil de la Dirección General de Servicios de salud, basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante JICA), con el fin de ser utilizado en las capacitaciones sobre Salud Materno Infantil.

Para elaborar los Textos de capacitación se tomó en consideración la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (en adelante MOSAFC), las normas de atención, los resultados de los talleres de análisis de problemas realizados en diferentes municipios y hospitales primarios y las experiencias de otros proyectos de JICA, se diseñó el programa de capacitación de Salud Materno Infantil basado en el concepto de Atención Continua y las Normativas del MINSA. Los Textos de capacitación elaborados en seis temas prioritarios de Salud Materno Infantil, son “I Censo Gerencial”, “II Actividades Básicas durante la Atención Prenatal”, “III Síndrome Hipertensivo Gestacional”, “IV Hemorragia Post-parto”, “V Atención del Recién Nacido”, “VI Atención Integral a la Niñez”.

Está destinada a las Licenciados/as Enfermeros/as General, Auxiliares en Enfermería, Auxiliar MOSAFC, Escuela Formadora de Auxiliares (MOSAFC) Médico General, Médico Servicio Social, como material de consulta durante las jornadas de trabajo, constituyéndose así en un instrumento para mejorar la calidad y calidez de atención en los servicios de salud.

Este documento no sustituye las normas del Ministerio de Salud (en adelante MINSA), es un material de apoyo para desarrollar procesos de capacitación. Fue elaborada en forma sencilla, concreta, con ilustraciones apropiadas que faciliten su comprensión y aplicación.

Esperamos que sea de utilidad para los participantes de la capacitación, a fin de ofrecer una atención de calidad al niño-niña y madre contribuyendo de esta manera al mejoramiento de la Salud Materno Infantil en el marco del MOSAFC.

A continuación, se muestra un esquema sobre el **“Programa de capacitación”** que explica los temas de capacitación de Salud Materno - Infantil basado en el concepto de la atención continua por ciclo de vida de las mujeres y las Normativas del Ministerio de Salud.



Programa de capacitación en salud materno infantil basado en el concepto de atención continua y las Normativas del MINSA (Tema I - VI)



Índice

Introducción	1
Acrónimos.....	3
1. Preparación antes de nacimiento.....	5
1.1 Principios de cuidado del/la Recién Nacido	5
1.2 Procedimientos y tratamiento para previo al parto	5
1.3 Identificación de factores de riesgo	6
1.4 Preparación para el nacimiento	8
2. Cuidado del/la Recién Nacido	9
2.1 Humanización del proceso de atención del recién nacido	9
2.2 Procedimientos para el momento del nacimiento.....	9
2.3 Cuidado a la madre y bebe en alojamiento conjunto.....	31
3 Educación, Promoción y Prevención.....	32
3.1 Los cuidados y manejo de recién nacido.....	32
3.2 Nivel hospitalario o del establecimiento donde ocurre el parto	34
4 Registro de los datos del Recién Nacido.....	36
4.1 Registro de los datos del RN	36
5. Anexos.....	39

V. Atención del Recién Nacido

Introducción

■ ¿Qué es la Atención Inmediata del/la Recién Nacido?

La Atención Inmediata del/la Recién Nacido (en adelante RN) es el conjunto de acciones o intervenciones oportunas basadas en evidencia para asegurar los cuidados al momento del nacimiento y una transición satisfactoria a la vida extrauterina.

La adaptación neonatal inmediata en el momento del parto es un conjunto de modificaciones cardíacas, hemodinámicas, respiratorias, de termorregulación, otras., cuyo éxito depende fundamentalmente del adecuado paso de la vida intrauterina al ambiente exterior. Es indispensable conocer su fisiología y expresión clínica para poder evaluar la normalidad. En las primeras 24 horas de vida se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la sobrevivencia del nuevo ser.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 55)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 254)

■ Objetivo General

Actualizar las técnicas y procedimientos para la atención calificada que se brindarán a la mujer durante su embarazo, parto, el recién nacido y puerperio de bajo riesgo, a fin de realizar vigilancia, prevención, detección, tratamiento o mitigación de factores de riesgo y contribuir a la reducción de la morbi mortalidad materno y perinatal.

■ Objetivos Específicos

1. Fortalecer los conocimientos y habilidades del personal de salud que brinda la atención directa al recién nacido en los establecimientos de la red de servicios de salud.
2. Mejorar la calidad de atención por parte del personal de salud al recién nacido de bajo riesgo en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
3. Propiciar la atención inmediata del recién nacido de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario para aumentar su

efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales.

4. Identificar los riesgos específicos de recién nacido con el fin de preparar la atención adecuada.
5. Fomentar el binomio madre-recién nacido, incluyendo la lactancia materna y el apego precoz.
6. Unificar los criterios de manejo del Neonato facilitando las posibilidades de brindar atención uniforme en todo el ámbito nacional, que garantice la reducción de la morbilidad neonatal.

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 77)

Acrónimos

ABR	-----	Ayudando al BB a Respirar
BPN	-----	Bajo Peso al Nacer
CPP	-----	Contacto Piel con Piel
EBPN	-----	Extremado Bajo Peso al Nacer
EPP	-----	Equipos de Protección Personal
FC	-----	Frecuencia Cardíaca
FR	-----	Frecuencia Respiratoria
HCP	-----	Historia Clínica Perinatal
JICA	-----	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MBPN	-----	Muy Bajo Peso al Nacer
MINSA	-----	Ministerio de Salud
MOSAFC	-----	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
NVR	-----	Nacidos Vivos Registrados
OMS	-----	Organización Mundial de Salud
PAMOR	-----	Programa Amor para los Mas Chiquitos y Chiquitas
PR-GEG	-----	Pretérmino Grande para la Edad Gestacional
PR-AEG	-----	Pretérmino Adecuado para la Edad Gestacional
PR-PEG	-----	Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional
T-GEG	-----	A término Grande para la Edad Gestacional
T-AEG	-----	A término Adecuado para la Edad Gestacional
T-PEG	-----	A término Pequeño para la Edad Gestacional
PT-GEG	-----	Postérmino Grande para la Edad Gestacional
PT-AEG	-----	Postérmino Adecuado para la Edad Gestacional
PT-PEG	-----	Postérmino Pequeño para la Edad Gestacional
RCP	-----	Reanimación Cardiopulmonar Neonatal
RN		Recién Nacido
SIP	-----	Sistema de Información Perinatal
VIH		Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

1. Preparación antes de nacimiento

1.1 Principios de cuidado del/la Recién Nacido

Cuando nace un/a bebé, el manejo del/la RN se basa en:

- Si el/la bebé tiene una condición o problema que requiere un tratamiento rápido o de urgencia.
- Si la condición de la madre le permite cuidar a su recién nacido/a completa, parcial o nada en absoluto; y
- Si la complicación de la madre podría tener un impacto en la salud del/la recién nacido/a.

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 244)

1.2 Procedimientos y tratamiento **para previo al parto**

(1) Preparar las condiciones para la atención

- El personal médico y/o enfermería, que brinda atención al RN, debe estar capacitado con el Curso de Reanimación Neonatal, para anticiparse a cualquier eventualidad durante el parto.
- Verificar que los equipos e insumos estén listos y en buenas condiciones, (EPP, kit de reanimación, paños secos y tibios suficientes, cuna térmica, estetoscopio y material estéril (clamp o ligaduras para el cordón umbilical, alcohol gel, soluciones antisépticas y catéteres percutáneos).
- Asegurar el cumplimiento de normas de higiene y desinfección en el servicio y equipos.
- Corroborar que la temperatura ambiental en sala de parto o quirófanos se encuentre entre 23°C a 25°C, si existe climatización, sin corriente de aire en la sala de partos y de 36°C en la mesa donde se le atenderá.
- Identificar factores de riesgo materno a través de la historia clínica perinatal y partograma.
- Verificar que la vestimenta se encuentra estéril y que las medidas de higiene están listas para la atención del parto, sobre todo la higiene de manos, mascarillas y batas.

(2) Antes de cada parto hay que realizar 4 preguntas prenatales

- a. ¿Cuál es la edad gestacional esperada?
- b. ¿El líquido amniótico es claro?
- c. ¿Hay factores de riesgo adicionales?
- d. ¿Plan de manejo del cordón umbilical?

Al momento del expulsivo, si es posible monitorear la frecuencia cardiaca fetal luego de cada contracción.

- ✓ Determinar la presencia de líquido con meconio.
- ✓ Sospecha o presencia de anomalías congénitas visibles.
- ✓ Presenta la madre algún evento intraparto.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 55-56)

1.3 Identificación de factores de riesgo

A nivel mundial, cada año se dan aproximadamente 140 millones de nacimientos, la mayoría de ellos se producen por parto vaginal en embarazadas en las que no se han identificado factores de riesgo de complicaciones para ellas ni para sus bebés, al iniciarse el trabajo de parto. En el 2017, unos 2.5 millones de niñas y niños fallecieron en el mundo en su primer mes de vida. La mayoría de estas defunciones (75%) ocurrieron durante la primera semana, y aproximadamente un millón fallecieron en las primeras 24 horas. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto, tales como asfixia perinatal, las infecciones y las anomalías congénitas causan la mayor parte de estas defunciones.

De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA), la tasa de mortalidad neonatal en 2019, fue de 8 por 1000 nacidos vivos. Se logró reducir la tasa de mortalidad neonatal de 18 a 9 por 1000 nacidos vivos (ENDESA 2006-07, 2011-2012).

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 7)

El 90 % de los/as RN no requieren ninguna intervención para hacer la transición de la vida intra a la extrauterina. Sin embargo, se recomienda realizar **una historia clínica antes del nacimiento** del/la recién nacido/a con

el fin de identificar factores y antecedentes que permitan preparar el equipo e insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos. Ver Tabla 1 y 2.

Tabla 1. Factores de riesgo previos al parto y al momento del parto

Factores de riesgo previos al parto	Factores de riesgo al momento del parto
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de gestación menor a las 36-0/7 semanas • Edad de gestación mayor o igual a 41-0/7 semanas • Preeclampsia o eclampsia • Hipertensión materna • Embarazo múltiple • Anemia fetal • Polihidramnios • Oligohidramnios • Hidropesía fetal • Macrosomía fetal • Restricción del crecimiento intrauterino • Malformación o anomalías fetales significativas • Sin atención prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto por cesárea de emergencia • Parto asistido con fórceps o ventosas • Presentación de nalgas u otra presentación anormal • Patrón de frecuencia cardíaca fetal categoría II o III • Anestesia general en la madre • Terapia materna con magnesio • Desprendimiento de placenta • Hemorragia durante el parto • Corioamnionitis, infección, Covid-19 • Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto • Distocia de hombros • Líquido amniótico teñido con meconio • Cordón umbilical prolapsado

Fuente: Tomado y adaptado de Reanimación neonatal Academia Americana de Pediatría. Séptima edición 2015.

Tabla 2. Factores de riesgo del recién nacido

Factores de riesgo del recién nacido
<ul style="list-style-type: none"> • Semanas de gestación: pretérmino o de postérmino • Determinar la presencia de líquido con meconio. • Anomalías congénitas. • Edad gestacional. • Determinar en un/a bebe único o gemelar. • Identificar si hay factor de riesgo adicional. • Parto prolongado – expulsivo prolongado pueden provocar cambios en la hemodinamia uterina. • Al momento del expulsivo, si es posible monitorizar la frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción. • Sospecha o presencia de anomalías congénitas visibles • Presenta algún evento intraparto la madre.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 55)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 76 y 254)

1.4 Preparación para el nacimiento

- El personal responsable del proceso de atención se deberá identificar y presentar con la madre y su familia, brindar apoyo emocional y establecer un proceso de comunicación fluido y constante centrado en las necesidades de los mismos.
- Antes del nacimiento, completar la historia clínica perinatal (en adelante HCP); obteniendo información a través de la HCP y/o directamente por interrogatorio a la embarazada, familia y/o personal que atiende el parto, sobre la evolución del embarazo y del trabajo de parto (partograma).
- En cada nacimiento, todo el personal debe estar capacitado para iniciar la reanimación cardiopulmonar neonatal (en adelante RCP). Preparar el equipo necesario para realizarla de manera inmediata. Para muchos RN la reanimación no puede ser anticipada, por lo tanto, donde se atienden nacimientos debe disponerse de un kit y medicamentos para la RCP.
- Corroborar que la temperatura (T°) ambiental en sala de parto, quirófanos, se encuentre entre 23° – 25° C (no < 25°C), si existe climatización.
- Disponer de una cuna térmica; en caso de no tener, se puede utilizar una fuente de calor (ejemplo: lámpara cuello de cisne), a una distancia de 40 cm, para evitar accidentes (quemaduras, deshidratación, entre otras) en el recién nacido.
- Se deberá utilizar guantes limpios al manipular a los/as RN, sobre todo si están en contacto con líquido amniótico, sangre, meconio, etc.

Puntos importantes: Para la prevención de infección y antes del nacimiento, el personal que atiende al neonato, deberá cumplir con las condiciones de asepsia y antisepsia, haciendo uso de los equipos de protección personal (en adelante EPP): batas, guantes, mascarillas, protección facial (ej. máscaras y protección para los ojos, caretas o máscaras con visor acoplado), según normativas vigentes.

Normativa 003 Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 255)

2. Cuidado del/la Recién Nacido

2.1 Humanización del proceso de atención del recién nacido

- (1) Realizar el contacto piel a piel, sin ninguna manta que separe el cuerpo del RN (estable) del de su progenitora, inmediatamente al nacer, ya sea por parto vaginal o cesárea, este debe tener una duración de al menos 1 hora. Esta práctica favorece el agarre del pezón y la lactancia materna inmediata.
- (2) En caso de alguna dificultad con la madre, el padre o familiar puede establecer este contacto, teniendo en cuenta que debe ser piel con piel sin ninguna manta que los separe de la piel. Si el acompañante es el padre del/la recién nacido/a ofrézcale la posibilidad de que haga el contacto con su bebé, en caso de que así lo deseen (Método Canguro).

2.2 Procedimientos para el momento del nacimiento

- (1) Identificación de la necesidad de Reanimación Neonatal

Estar preparados en cualquier momento para responder a las necesidades de los cuidados inmediatos de los RN según su condición al nacer es vital, se puede tener previsto que el parto es de bajo riesgo, sin embargo, pueden ocurrir eventualidades que se deben atender sin retraso como la asfixia, o el RN pretérmino y convertirse en un RN de alto riesgo y necesitar manejo con intervenciones como la reanimación neonatal avanzada descrita en el *capítulo 6 de la Guía de Atención al Neonato (Normativa 108)*.

Al nacer el RN debe ser sostenido unos segundos a nivel del pubis materno, mientras se hace una evaluación rápida en los primeros 30 segundos. Lo fundamental, es determinar la necesidad de reanimación mediante **tres aspectos claves** para proceder inmediatamente al aseguramiento de los cuidados según las recomendaciones de esta guía:

-¿Es de término?

-¿Está llorando o respirando?

-¿Tiene buen tono muscular?

Si la respuesta es **SI**, a todas las preguntas anteriores, es **una evaluación normal**, por lo que se continúa el proceso de atención a un RN sin asfixia:

- a) **Proporcionar calor.** Colocarlo de en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre.

- b) **Despejar y limpiar vías aéreas.** Retirar de boca y nariz las secreciones o el líquido amniótico claro con una gasa o toalla limpia y se aspira sólo si es necesario. No se recomienda la aspiración de la boca y nariz en neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer.
- c) **Secar al/la recién nacido/a** (cabeza y cara), inmediatamente después de la expulsión de la cabeza y mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez que se completa el nacimiento, continúe el secado general con un paño o toalla limpia, seca suave y tibia. Recuerde cambiar la toalla húmeda por toallas secas.
- d) **Apego precoz.** Se debe mantener a los/as RN sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia independientemente de la vía del parto (ver Foto 1).



- e) **Lactancia materna.** Todos los/as recién nacidos/as, incluso los bebés con bajo peso al nacer (en adelante BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos (ver Foto 2).



Los recién nacidos dependen de la ayuda externa para mantener la temperatura, en particular en las primeras 12 horas de vida. Para los recién nacidos vulnerables prematuros o de bajo peso al nacer, la temperatura corporal anormalmente baja (hipotermia) es un problema global en todos los climas y se ha vinculado con diversas complicaciones, incluida la muerte.

- Se cubre con la misma sábana seca de la madre.
- Continuar realizando la valoración del Apgar al minuto y al quinto minuto.

En el/la RN normal:

- La frecuencia respiratoria (en adelante FR) es de 40-60 x minuto.
- La frecuencia cardíaca (en adelante FC en reposo es de 120 -160 lpm, el color al nacer es con cianosis (saturación 60-65 %, igual a la saturación intrauterina).
- A medida que aumenta la oxigenación, la piel del bebé cambia de gris azulada a rosada.

NO REQUIERE SUPLEMENTACIÓN DE OXÍGENO

El/la RN con evaluación rápida normal **requiere solo cuidados de rutina (calor, limpieza de las vías aéreas solo si es necesario, y secado).**

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 57)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 255-257)

(2) Evaluación de los/las RN con el puntaje Apgar al primer minuto

Se utilizará el sistema de puntuación de Apgar para evaluar al minuto. Ver Tabla 3.

- *El Apgar no se usa para valorar la necesidad de reanimación y no se debe de usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal. Su mayor utilidad es como pronóstico de función neurológica.*
- *Para la intervención debemos utilizar: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca.*
- *Aplicar la estrategia Ayudando al BB a Respirar (en adelante ABR) en cualquier momento de la atención inmediata de un RN, si no mejora o se observa ausencia, disminución o dificultad de los movimientos respiratorios, cianosis generalizada o central o FC menor de 100 lpm. Debe procederse a la Reanimación Neonatal.*

Tabla 3. Sistema de puntuación de Apgar

Sistema de puntuación de Apgar			
Puntuación	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menor de 100 lpm	Más de 100 lpm
Respiración	X	Lenta, irregular, llanto débil	Buena, llanto fuerte
Tono Muscular	Flacidez	Cierta flexión de brazos y piernas	Movimiento activo
Reflejo	Ausente	Muecas	Mueca y tos o estornudo
Color	Cianosis generalizada, Palidez	Cuerpo rosado, manos y pies azulados (acrocianosis)	Completamente rosado

*Imp: Latidos por minuto

Fuente: Adaptado de *Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5, 6th Edition* (Copyright © 2015 American Academy of Pediatrics). 2017

Interpretación del Puntaje del Apgar:

- 8-10 es normal.
- 4-7 depresión leve–moderada.
- 3 depresión severa.

Entre más baja la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad neonatal.

- Si la puntuación es > 8 se mantiene junto a la madre. Se continúa con el Apego Precoz.
- Si la puntuación es < 8 se ingresa a observación para su seguimiento.
- Al evaluar el Apgar al quinto minuto se aprovecha para medir la Temperatura y permeabilidad rectal.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 57-58)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 258)

Continuar trabajo en cuidados esenciales de los RN.

(3) Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical

1) Beneficios inmediatos del retraso del pinzamiento del cordón umbilical

- **En el/la recién nacido/a de bajo peso o prematuro:** Disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular, sepsis neonatal, reduce la necesidad de

transfusión sanguínea, surfactante y ventilación mecánica, así como también favorece al incremento del hematocrito, hemoglobina, presión sanguínea y oxigenación cerebral.

- **En recién nacidos a término:** Brinda un volumen adecuado de sangre y de reservas de hierro al nacimiento.

OMS: No se recomienda el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical (menos de un minuto después del nacimiento), salvo que el RN sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación.

2) El cordón debe pinzarse y cortar a una distancia de 3 a 5 cm de la inserción en el abdomen (base). Luego colocar la ligadura con cinta reata o clamp a 23 cm, de la base con tijera estéril, 1 cm por arriba de la ligadura. Debe dejarse al descubierto para que se seque al aire libre. Usualmente el cordón se desprende del abdomen entre los 6 y 14 días del nacimiento.

(4) Higiene del cordón umbilical

- Se recomienda la limpieza del cordón umbilical con agua y jabón, secado, y mantener el cordón seco y limpio **(grado de recomendación fuerte)**.
- La cura en seco del cordón umbilical (agua tibia y jabón neutro y mantener seco) continúa siendo la estrategia más adecuada en entornos en los que la tasa de onfalitis es baja **(grado de recomendación B)**.
- El uso rutinario de clorhexidina está indicado en entornos con tasas elevadas de onfalitis y de muertes neonatales relacionadas **(grado de recomendación A)**.

(5) Identificación del/la recién nacido/a

Esto es una norma legal nacional. El brazalete de identificación debe contener: Nombre de la madre según expediente clínico, el número de expediente, sexo, fecha, hora de nacimiento y el peso. Permitir el registro fotográfico del neonato, si es solicitado por la familia.

(6) Valoración del Apgar al quinto minuto

Utilizando el sistema de puntuación. (ver tabla 3, página 12)

(7) Administración de vitamina K1

Se debe administrar a todos los RN 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el neonato debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).

Todos los procedimientos dolorosos deberán posponerse hasta no haberse establecido el apego precoz dentro de la primera hora de vida.

(8) Profilaxis ocular

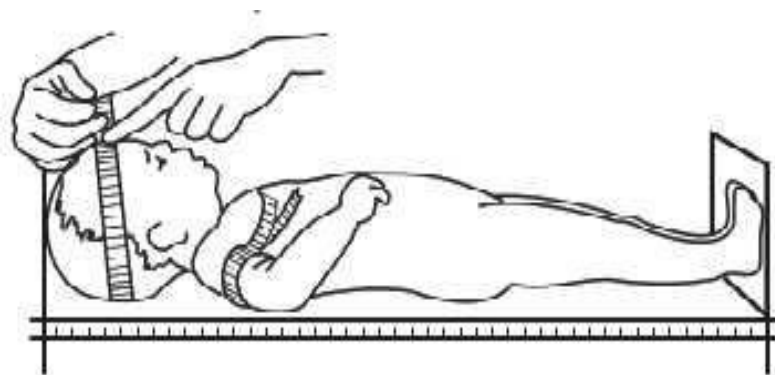
Para prevenir infecciones oculares que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se administra oxitetraciclina oftálmica para prevenir la oftalmia gonocócica. Aplicar en ambos ojos entre la 1era y 2da hora del nacimiento, en gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior.

(9) Somatometría

A todo/a RN debe pesarse desnudo (ver Foto 3), en la primera hora de vida, medir la talla y el perímetro cefálico (en la parte más prominente del occipucio y la glabella), y el largo del pie (ver Figura 1). Esto permite evaluar el estado nutricional, tomando en cuenta el peso, talla y perímetro cefálico y registrar en la historia clínica del recién nacido y en la HCP utilizando las técnicas recomendadas. La somatometría debe retrasarse una hora después del apego precoz.



Figura 1. Técnicas de medida: perímetro craneano, perímetro del brazo y longitud



Deben realizarse de rutina en todos los recién nacidos. **Estos datos deben registrarse en la historia clínica.**

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 58-59)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 259-260)

1) Procedimiento de medición del perímetro cefálico

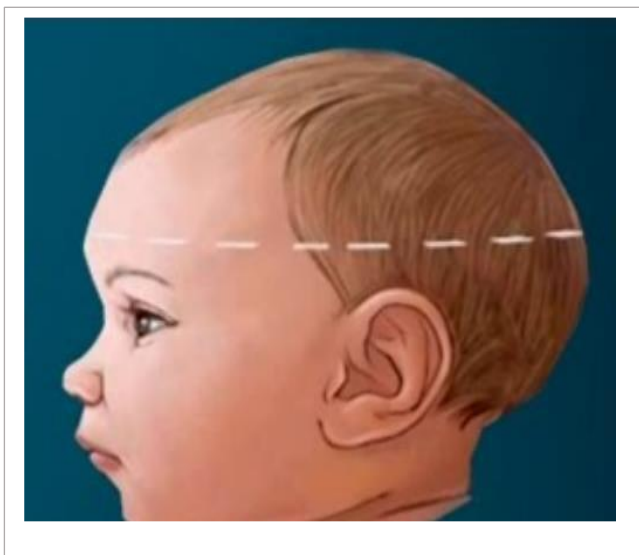
- ① El perímetro cefálico es la medida del contorno de la cabeza en su parte más grande. Se reporta en centímetros y milímetros.

- ② La cinta se coloca sobre la protuberancia frontal o glabella (sobre las cejas y debajo de la línea del pelo) Foto 4 y por detrás por la parte más prominente del occipucio o protuberancia occipital (no debe cubrir las orejas), Foto 5.



- ③ La cinta es entonces ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo (Figura 2).

Figura 2



- ④ No se realizarán ajustes o modificaciones por la mayor o menor cantidad de pelo de cada niño.
⑤ Una sola medición del perímetro cefálico tiene sólo un valor relativo.
⑥ Registrar los datos con los decimales en la HCP.

(N-144. Manual de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) de Niños y Niñas Menores de 6 Años, página 16-17)

2) Procedimiento de medición del perímetro del brazo

- ① Utilice la cinta de medición y ubique el lugar donde se encuentra la marca de cero cm.
- ② Esta medida se realiza en el brazo no dominante y sin ropa.
- ③ El brazo debe estar con: el codo flexionado 90° con los dedos apuntando hacia el frente, con la palma de la mano hacia arriba.
- ④ El niño/a estará acostado(a).
- ⑤ Marque con una línea en dónde sienta el hueso prominente (olecranon) de la parte más externa del hombro.
- ⑥ Sobre el punto coloque la cinta en cero cm.
- ⑦ Extienda la cinta de medición hasta llegar por debajo del codo y calcule la distancia y ubique el punto medio (Figura 1).

(N-144. Manual de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) de Niños y Niñas Menores de 6 Años, página 31)

3) Procedimiento de medición del peso

- ① Controlar la **calibración** de la balanza: Antes de ubicar al niño/a, colocar el fiel en 0. Si se utiliza algún paño, debe calibrarse en 0 una vez colocado el mismo.
- ② El niño/a debe estar desnudo y sin zapatos.
- ③ Establecer el peso primero en kilogramos y luego en gramos. (registrando hasta dos decimales)
- ④ Registrar los datos en la HCP.

(Normas de Atención Integral a la Niñez Curso Clínico AIEPI, Capítulo III, página 176)

4) Procedimiento de medición de longitud

- ① Colocar al niño/a acostado boca arriba, con la cabeza hacia el extremo fijo del infantómetro, presionando suavemente el cabello.
- ② Rápidamente coloque la cabeza de tal forma que una línea vertical imaginaria pase por el conducto auditivo externo hacia el borde inferior de la órbita del ojo, siendo una línea perpendicular a la tabla horizontal. (El ojo del niño debe estar viendo hacia arriba, Ver Figura 1).
- ③ Verifique que el niño/a esté bien acostado y que no cambie de posición.
- ④ Los hombros deben tocar la base del infantómetro, y su espalda no debe estar arqueada.

- ⑤ Presione las rodillas del niño para bajar por completo las piernas y ponerlas rectas. La presión a aplicar debe ser suave para no causarle daño, principalmente si es muy pequeño.
- ⑥ Continúe presionando las rodillas y coloque el extremo movable en los pies del menor. Asegúrese que las plantas de los pies estén sobre el extremo movable y que los dedos pulgares estén hacia arriba.
- ⑦ Lea la medida del último centímetro y el último milímetro (0.1 centímetro, décima). Esto se refiere a la última línea que usted puede ver.
- ⑧ Registrar los datos en la historia clínica perinatal.

(Normas de Atención Integral a la Niñez Curso Clínico AIEPI, Capítulo III, páginas 177-178)

Continuar evaluación inmediatamente posterior al nacimiento.

(10) Determinación de la edad gestacional

A través de la Escala de Ballard o de Capurro determinar la edad gestacional.

1) **Método de Capurro:** Valora la edad gestacional mediante exploración de parámetros somáticos y neurológicos. Es aplicable para recién nacidos de 29 semanas o más, y utiliza características físicas. Cada una de ellas tiene varias opciones y cada opción, un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios. La suma de esos puntajes es la que determina la edad gestacional. Existen dos variantes de este método.

Capurro A: es aplicable a todo RN que no haya sufrido agresión que afecte su respuesta neuromuscular (anestesia, trauma, infección), y consta de 4 parámetros somáticos y 2 neurológicos.

Capurro B: es aplicable a todo niño/a de 1,500 g o más que no se pueda explorar adecuadamente (intubado, venoclisis) o en los que por cualquier otra causa esté afectada su respuesta neuromuscular.

Se valoran los siguientes parámetros:

① **Forma de la oreja.**

- Observar (no tocar) la incurvación que hace hacia fuera el pabellón de la oreja.
- Frente al niño(a), determinar si el borde superior del pabellón forma un techo hacia los lados.
- Luego, se evalúa el grado de incurvación de cada pabellón volteando la cara del niño(a) hacia uno y otro lado.

- Si por la posición al nacimiento mantiene aplanada una oreja, no la valore.
 - Si no tiene ninguna oreja aplanada, valore ambas.
 - Asigne los valores de 0, 8, 16 o 24 dependiendo de la incurvación.
- ② **Tamaño de la glándula mamaria.**
- Antes de palpar la zona del nódulo mamario pellizque suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente que permita valorar si lo que se mide es o no tejido mamario.
 - Utilice una cinta métrica y con la otra mano palpe el tejido que se encuentra por debajo y alrededor del pezón tratando de especificar si se palpa o no tejido y si el diámetro es <5, de 5 a 10 o >10 ms.
- ③ **Formación del pezón. Evalúe ambos pezones y con una cinta métrica mida si el diámetro:**
- <7.5 mm es apenas visible.
 - >7.5 mm, pero con el borde no levantado.
 - >7.5 mm, pero con areola punteada y bordes levantados.
- ④ **Textura de la piel.**
- Palpe y examine la piel de los antebrazos, manos, piernas y pies.
 - Observe si en el dorso de las manos y pies hay líneas de descamación o grietas.
 - Dependiendo de la profundidad de las grietas o la presencia de descamación.
 - Valore en 0, 5, 10, 15 o 20.
- ⑤ **Pliegues plantares.**
- Observar la planta de ambos pies y luego hiperextender ambas de manera que se mantenga tensa la piel.
 - La diferencia entre los pliegues y los surcos plantares estriba en que los primeros tienden a desaparecer al extender la piel, mientras que los segundos se continúan marcando con claridad.
 - Dependiendo de la cantidad de surcos se valora en 0, 5, 10, 15 o 20.
- ⑥ **Maniobra de la bufanda:**
- Colocar al niño/a en decúbito dorsal y en posición simétrica frente al explorador.

- Con la mano izquierda mantener el miembro superior izquierdo del niño/a fijo al costado del mismo lado, con la mano derecha del explorador se toma la mano derecha del niño/a y se trata de cruzar el brazo hacia el lado opuesto hasta donde haya resistencia.
- Observar si el codo llega o no a la línea media luego se efectúa la misma maniobra con el miembro contralateral.
- Cuando no haya concordancia entre uno y otro lado deberá investigarse patología osteomuscular o neurológica.

⑦ **Posición de la cabeza:**

- Con el niño/a en decúbito dorsal en posición simétrica y frente al explorador tomar los dos miembros superiores a nivel de las manos y antebrazos, paralelamente y al mismo tiempo hacer tracción hacia adelante tratando de sentar al niño/a.
- Al practicar esta maniobra se observará si la cabeza sigue la misma dirección que el tronco procurando al efectuar la calificación que el tronco del RN guarde un ángulo de 45 grados con el plano horizontal:
 - El primero la cabeza totalmente reflexionada con el ángulo cérvico torácico de 270°.
 - El segundo el ángulo es entre 180 y 270 grados.
 - El tercero cuando el ángulo es igual a 180 grados.
 - El cuarto menos de 180°

Cálculo:

CAPURRO A: se suman los puntos de las respuestas y se le agregan 200 puntos obteniéndose así la edad gestacional en días. Ver figura 3

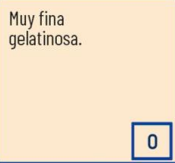

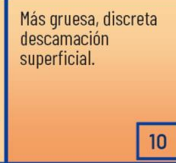
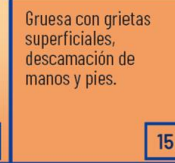
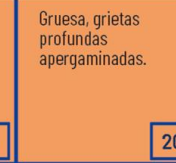















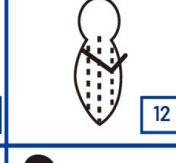





CAPURRO B: se suman los puntajes totales de las 5 características. A ese total, se le suman 208 (que es una constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días). Ver figura 4

Figura 3 Capro A

CAPURRO "A"

Fecha:

Hora:

Textura de la Piel (T. P.)	Muy fina gelatinosa.  0	Fina y lisa.  5	Más gruesa, discreta descamación superficial.  10	Gruesa con grietas superficiales, descamación de manos y pies.  15	Gruesa, grietas profundas apergaminadas.  20
Forma de la Oreja (F. O.)	Aplanada, sin forma incurvación escasa o nula del pabellón.  0	Incurvación de una parte del borde del pabellón (superior).  8	Pabellón parcialmente incurvado en todo el borde superior.  16	Pabellón totalmente incurvado.  24	
Tamaño de Glándula Mamaria (T. G. M.)	No palpable.  0	Palpable menor de 5 mm. de diámetro.  5	Diámetro entre 5 y 10 mm.  10	Diámetro mayor de 10 mm.  15	
Pliegues Plantares (P. P.)	Sin pliegues.  0	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior.  5	Pliegues bien definidos sobre la 1/2 anterior y surcos en 1/3 anterior.  10	Surcos en la mitad anterior.  15	Surcos en más de la mitad anterior.  20
Maniobra de la Bufanda (M. B.)	 0	 6	 12	 18	
Posición de la Cabeza (P. C.)	 0	 4	 8	 12	

- 1.- Si la valoración resulta entre dos cifras, tomar el promedio.
- 2.- Añadase a la suma total 200 y se obtiene en días la edad gestacional.
(Fórmula ES-200 + TP+ FO + TGM + PP+ MB + PC)
- 3.- Rango entre 208 y 302 días.

Resultado:

Médico que valoró: _____

Firma: _____

Figura 4 Capurro B

CAPURRO "B"

Fecha:

Hora:

Forma de la Oreja (F. O.)	Aplanada, sin forma incurvación en cascá o nula en los pabellóns.	Incurvación (a una parte del borde del pabellón) (1 mesar).	Pabellón parcialmente incurvado en todo el borde superior.	Pabellón totalmente incurvado.	
Tamaño de Glándula Mamaria (T. G. M.)	No palpable.	Palpable menor de 5 mm de diámetro.	Diámetro entre 5 y 12 mm.	Diámetro mayor de 10 mm.	
Formación del Pezón	Pezón apenas visible sin areola.	Pezón más definido. Areola lisa y chata. Diámetro menor de 75 mm.	Pezón bien definido. Areola punteada. Diámetro menor de 75 mm.	Pezón bien definido. Areola punteada. Diámetro mayor de 75 mm.	
Textura de la Piel (T. P.)	Muy fina gelatinosa.	Fina y lisa.	Más gruesa, discreta descamación superficial.	Gruesa con grietas superficiales, descamación de manos y pies.	Gruesa, grietas profundas apergamizadas.
Pliegues Plantares (P. P.)	Se pliegan.	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior.	Pliegues bien definidos sobre la 1/2 anterior y surcos en 1/3 anterior.	Secos en la mitad anterior.	Secos en más de la mitad anterior.

1.- Si la valoración resulta entre dos cifras, tomar el promedio.
 2.- Añádase a la suma total 208 y se obtiene en días la edad gestacional.
 3.- Rango entre 200 y 208 días.

Médico que valoró: _____

Resultado:

Firma: _____

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 59-62)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 260-263)

2) Nuevo Score de Ballard

- Se realiza en RN prematuros, **en caso de edad gestacional dudosa**. A pesar de mejorar la precisión de la edad gestacional en edades menores a 28 semanas, tiene una variabilidad importante, con errores de estimación de hasta 4 o 5 semanas respecto a una edad gestacional obstétrica confiable y un promedio de sobreestimación de 1.5 semanas. Sobre las 30 semanas el error es de +2 semanas. Ver figura 5.

- ✓ Evalúa la madurez neuromuscular y física. La edad gestacional resulta de la sumatoria de la puntuación de madurez neuromuscular y la puntuación de madurez física.
- ✓ Puede valorar desde las 20 hasta las 44 semanas de EG, de aplicación fácil, se puede utilizar en RN: <28 semanas, RN en ventilador, tiene mayor exactitud. Preferible hacerlo en las primeras 12 horas en <28 semanas.
- ✓ Madurez neuromuscular: A medida que avanza la EG, hay un reemplazo del tono extensor por el flexor, con una progresión cefalocaudal.
- **Postura:** Observar al RN que esté libremente en posición supina (boca arriba).
- **Ángulo muñeca-antebrazo:** Flexione la muñeca y mida el ángulo mínimo entre la superficie ventral del antebrazo y la palma de la mano.
- **Regreso en flexión:** Con el RN en posición supina, se sostiene el antebrazo sobre el brazo por 5 segundos, luego se extiende totalmente y se suelta. Nótese el tiempo que tarda en reasumir la posición flexionada y se mide el ángulo brazo-antebrazo.
- **Ángulo poplíteo:** Flexione la cadera, con el muslo sobre el abdomen, entonces sin levantar la cadera de la superficie de la cama se extiende la rodilla todo lo posible, se mide el ángulo poplíteo (entre muslo y pierna).
- **Signo de la bufanda:** Manteniendo la cabeza en la línea media, halar la mano alrededor del cuello, como una bufanda, observando la posición del codo en relación con la línea media.
- **Talón-oreja:** En posición supina, la pelvis en contacto con la superficie de la cuna, se halan los pies hacia la cabeza, permitiendo que la rodilla se coloque al lado del abdomen. La madurez física se explica con claridad en la prueba de Ballard.

Figura 5 Score de Ballard

Madurez neuromuscular	PUNTUACIÓN						
	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muteca)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Regreso de brazo		180	140 -180°	110 -140°	90 -110°	<90°	
Angulo popliteo	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
Signo de la bufanda							
Talón oreja							

Lavarse las manos antes y después de examinar al recién nacido

Madurez Física	PUNTUACIÓN						
	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Resbaladiza, friable transparente.	Gelatinosa, roja, translúcida.	Lisa, rosada, vetas visibles.	Descamación Superficial y/o rash algunas venas.	Quebradiza, áreas de palidez, muy pocas venas.	Huellas profundas, quebradiza, no hay vasos.	Apergaminada, quebradiza, arrugada.
Lanugo	Ninguno.	Esparcido.	Abundante.	Fino	Áreas calvas.	La mayoría calvo.	
Pliegues Plantares	Talón-pulgar 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm sin pliegues	Marcas rojas, borrosas	Pliegues transversos sólo anteriores.	Pliegues anteriores 2/3.	Pliegues en toda la planta.	
Mama	Imperceptible.	Poco perceptible	Areola plana, no pezón	Areola punteada 1-2 mm de pezón.	Areola levantada, 34 mm de pezón.	Areola completa, 5-10 mm de pezón.	
Ojo/Oreja	Párpados fusionados: Completo: -1 Parcial: -2	Párpados abiertos, pabellón plano, permanece doblado.	Pabellón incurvado; suave y regresa lentamente.	Pabellón bien incurvado; suave pero regresa rápido.	Formado y me, regresa lentamente.	Cartilago marcado, oreja rígida.	
Genitales masculinos	Escroto plano, liso.	Escroto vacío, sin arrugas.	Testículos en canal superior arrugas muy raras.	Testículos descendiendo, algunas arrugas.	Testículos descendidos, arrugas.	Testículos péndulos, arrugas profundas.	
Genitales femeninos	Clítoris prominente, labios planos.	Clítoris prominente, labios menores pequeños.	Clítoris prominente, labios menores alargados.	Labios mayores y menores igualmente prominentes.	Labios mayores grandes y menores pequeños.	Labios mayores cubren el clítoris y labios menores.	

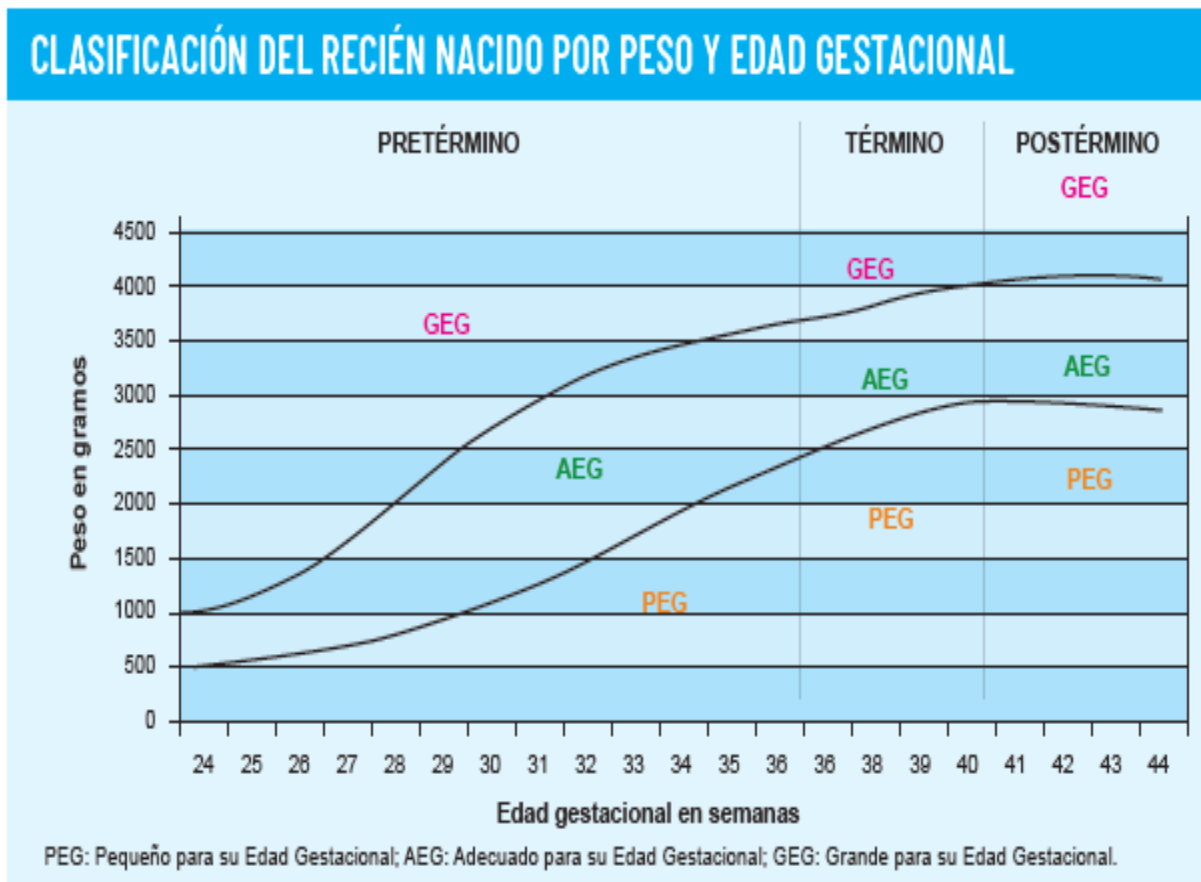
CÁLCULO	
PUNTOS	SEMANAS
-10	20
-2	24
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 63-64)

(11) Clasificación del/la recién nacido por peso y edad gestacional

La clasificación del/la RN por peso y edad gestacional puede realizarse utilizando el gráfico de crecimiento intrauterino es muy importante ya que indica el grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, a menor peso o edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad. Ver figura 6.

Figura 6



1) Según la edad gestacional, se clasifica de la siguiente manera:

- Pretérmino: Se ubica en la curva desde la 24 hasta 36 semanas de gestación.
- Término: Se ubica entre la 37 y 41 semanas de gestación.
- Postérmino: Se ubica después de la semana 41 de gestación.

2) Peso al nacer:

- Bajo peso al nacer (BPN), -0 y el peso -2499 g.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN), peso -1000 g y el peso -1499 g.
- Extremado bajo peso al nacer (EBPN), peso -0 g y el peso -999 g.

3) Clasificación del RN según peso al nacer y edad gestacional:

Edad gestacional calculada en semanas, se pueden obtener las siguientes categorías utilizando las siglas correspondientes:

- RNPR-GEG: RN Pretérmino grande para la edad gestacional.
- RNPR-AEC: RN Pretérmino adecuado para la edad gestacional.
- RNPR-PEG: RN Pretérmino pequeño para la edad gestacional.
- RNT-GEG: RN a término grande para la edad gestacional.
- RNT-AEG: RN a término adecuado para la edad gestacional.
- RNT-PEG: RN a término pequeño para la edad gestacional.
- RNPT-GEG: RN Posttérmino grande para la edad gestacional.
- RNPT-AEG: Posttérmino adecuado para la edad gestacional.
- RNPT-PEG: Posttérmino pequeño para la edad gestacional.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 65-66)

4) Dependiendo de su edad y peso:

se clasifica de la manera siguiente:

- RN Grande para la Edad Gestacional (GEG): cuando el peso se ubica arriba del percentil 90 para su edad gestacional. o RN Adecuados para la Edad Gestacional (AEG): el peso se ubica entre los percentiles 10 y 90 para su edad gestacional.
- RN Pequeños para la Edad Gestacional (PEG): peso y talla por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. o Bajo peso para la edad gestacional: peso por debajo y talla por encima del percentil 10.

LOS/AS RECIÉN NACIDOS/AS PREMATUROS Y/O CON PESO BAJO AL NACER, SERAN LOS PROTAGONISTAS DEL METODO FAMILIA CANGURO, CONSULTAR LA NORMATIVA 142 GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO FAMILIA CANGURO.

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 265)

(12) Higiene corporal

En la atención inmediata del/la RN independientemente del peso o la edad, **no se debe de bañar por el riesgo de Hipotermia**, se seca cuidadosamente comenzando por la cabeza y pone gorro con el propósito de disminuir las pérdidas insensibles.

- Evite quitar el vórnix (unto sebáceo en la piel del RN) ya que favorece la conservación de la temperatura).
- Si el/la RN en su evaluación inmediata resulta con alteraciones cardiorrespiratoria dar atención según el algoritmo de ABR o si lo requiere Reanimación Neonatal (ver Anexo No.1).
- Si el/la RN no tuvo ninguna complicación se deben de realizar los cuidados de rutina a las dos horas de haber iniciado el apego precoz.

El primer baño se deberá realizar después de haber confirmado que el recién nacido encuentra normo térmico (T° corporal entre 36,5-37° C) y de preferencia después de las 24 horas de nacido. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 66)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 266)

(13) Tamizaje neonatal

¿Qué es el Tamiz Neonatal?

Es un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos. Su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.

El Tamiz Neonatal Básico es un procedimiento que ha sido efectivo para el diagnóstico precoz de enfermedades que cursan con retraso mental (hipotiroidismo) y otras manifestaciones graves: Sífilis Congénita, Enfermedad hemolítica del recién nacido. Ver Tabla 4

Uno de cada mil RN aparentemente normales tienen en forma latente una enfermedad de consecuencias graves e irreversibles (como el hipotiroidismo, o la fenilcetonuria, que no se manifiestan en el nacimiento sino más tardíamente y que son causantes de trastornos del neurodesarrollo, a veces de epilepsia, ceguera u otros trastornos graves), que se manifestarán semanas o meses después.

El objetivo es detectar y tratar oportunamente estas afecciones. La

muestra puede tomarse del cordón umbilical, del talón o por venopunción, dependiendo de la disponibilidad.

El Tamiz Neonatal Básico es un procedimiento que ha sido efectivo para el diagnóstico precoz de enfermedades como hipotiroidismo, sífilis congénita, VIH, enfermedad hemolítica del RN y otras.

Tabla 4 Tamizaje Neonatal

Tamizaje Neonatal	
Enfermedad	Objetivo del Tamizaje
Hipotiroidismo congénito	Proteger el neurodesarrollo.
Sífilis congénita	Proteger neurodesarrollo y la salud integral del RN, la niña y el niño.
Enfermedad hemolítica	Prevenir daño neurológico por hiperbilirrubinemia.
VIH	PTMI y tratar al RN que no ha sido detectado en su etapa antenatal.
Otros tipos de tamizaje neonatal (registrar en HCP)	
Auditivas	Detección de trastornos de la audición (hipoacusia)
Chagas	Detección precoz de enfermedad Chagas
Toxo Ig. M	Detección y tratamiento de toxoplasmosis congénita.
Cardiovascular	Cribado de cardiopatías congénitas a través de medición de saturación de oxígeno con oxímetro a las 24 horas de vida.
Retinopatía del prematuro.	Ver Capítulo 17.2, Retinopatía del prematuro. Pág. 227

Fuente: Elaboración propia

* La prueba para enfermedad de Chagas se indicará a las mujeres embarazadas con sospecha, sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región, de acuerdo con comportamiento epidemiológico, o en recién nacidos hijos de madre con la enfermedad.

Tabla 5 Tamizaje de Hipotiroidismo Congénito (HC)

Tamizaje de Hipotiroidismo Congénito (HC).	
Índice Clínico de Letarte-Período neonatal	
- Problemas de alimentación	(1 punto)
- Estreñimiento	(1 punto)
- Inactividad	(1 punto)
- Hernia umbilical	(1 punto)
- Macroglosia	(1 punto)
- Piel moteada	(1 punto)
- Piel seca	(1.5 puntos)
- Fontanela posterior >5 cm ²	(1.5 puntos)
- Facies típica	(3 puntos)

- Puntaje menor de 4 puntos: Se descarta HC.

- De 4 a 7 puntos: Sospecha.

- Mayor de 7 puntos: Certeza.

Ver Cap. 24.5,

Hipotiroidismo Congénito.

Pag. 450

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 66-67)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 266-267)

(14) Procedimiento para la ligadura o clamp del cordón umbilical

- ① Colocar la ligadura evitando la perdida de la sangre contenida en el cordón.
- ② Cortar el extremo proximal del cordón ya ligado y pincelo junto con el extremo distal del cordón formando un asa.
- ③ Formar un asa umbilical con los extremos proximal y distal pinzados.
- ④ Limpiar con una gasa el cordón y con una jeringa extraiga 2 a 3 cm de sangre antes de aplicar la muestra llene la información solicitada en la papeleta.
- ⑤ Retirar la aguja de la jeringa y localice la jeringa a 5 mm de cada círculo.
- ⑥ Aplicar en cada círculo una gota de sangre.
- ⑦ Evitar tocar el papel de filtro con la mano o con cualquier solución.
- ⑧ Verificar que el reverso del papel quede impregnado con la muestra.
- ⑨ Dejar secar la muestra por 3 horas.
- ⑩ No apilar las muestras.
- ⑪ Almacenar las muestras en un recipiente apropiado protegiéndolas de la humedad y de la luz directa del sol hasta el momento de enviar al laboratorio.
- ⑫ Evitar exponer al sol para secar.
- ⑬ No colocar las papeletas una encima de otra hasta no estar completamente secas. Las papeletas se deben secar a temperatura ambiente por 3 horas, en el soporte específico.

(15) Completar el examen físico

La inspección aporta aproximadamente el 70% de la información.

- ◆ **Actitud general:** Flexión activa y simétrica (salvo presentación podálica y cara).

- ◆ **Piel:** Unto, color, descamación, lanugo, hemangiomas planos, mancha mongólica, eritema tóxico, piel marmorata, arlequín.
- ◆ **Ombigo y cordón:** Hernias, color, número de vasos.
- ◆ **Genitales:**
 - Masculinos: Escroto, tamaño y aspecto variable, hidrocele, hipospadias, fimosis.
 - Femeninos: Variabilidad, secreción vaginal, pseudomenstruación, hipertrofia del clítoris.
 - Región anal: Fístulas, verificar esfínter, foseta sacro-coccígea (fístula pilonidal).
- ◆ **Extremidades:**
 - Superiores: Parálisis, polidactilia, sindactilia, clinodactilia.
 - Inferiores: Caderas, simetría (Ortolani), deformidades posturales de los pies.
 - Columna: Deformaciones y disrafias.
- ◆ **Examen segmentario:** Es un examen más detallado en la sala de hospitalización.
 - **Cráneo:** Deformación, cefalohematoma subperióstica, subaponeurótica, fontanelas, suturas, bolsa serosanguínea, micro o macrocefalia con la medición del perímetro cefálico (PC), utilizando las tablas de PC de OMS/OPS en RNT y de los estándares de Intergrowth-21ST en prematuros.
 - **Cara:** Asimetría postural, parálisis.
 - **Ojos:** Hemorragia conjuntival, reflejo rojo pupilar, pliegues epicánticos, hendidura palpebral.
 - **Nariz:** Estridor, millium, atresia de coanas, silla de montar.
 - **Boca:** Dientes, frenillos, perlas de Ebstein, micrognatia, paladar ojival, paladar hendido.
 - **Orejas:** Apéndices preauriculares, fístulas auriculares, hipotrofia, implantación de las orejas.
 - **Pabellón auricular:** Posición, pliegues, ausencia de un pabellón, verificar permeabilidad del oído u otra anomalía. La presencia de apéndices preauriculares con o sin oligoamnios se ha asociado con malformaciones renales.

- **Permeabilidad de las coanas**, se tapa una narina y la boca. Si la narina está libre, debe haber aleteo; si no se observa aleteo, debe interpretarse que la coana está cerrada. Luego realizarlo en el lado opuesto.
- **Cuello:** Tortícolis, cuello corto exagerado, quiste tirogloso, fístulas branquiales, hematoma del esternocleidomastoideo.
- **Tórax:** Cilíndrico y blando, retracción. FR 40-60 x. A la auscultación: Estertores húmedos la primera hora, tonos cardiacos, soplos variables. Presión arterial media 60 mmHg.
- **Clavículas:** Fracturas.
- **Mamas:** Tumefacción en ambos sexos, pezones supernumerarios.
- **Cardiovascular:** Localización del corazón, FC (normal 120-160 lpm), ritmo (buscar arritmias). Los soplos son habitualmente funcionales y transitorios (no patológicos). En RNPr puede estar permeable el conducto arterioso. Palpar los pulsos periféricos, su ausencia es patológica. Pulsos pedios y femorales para descartar coartación de la aorta.
- **Abdomen:** Globoso, diástasis de los rectos, hígado palpable.
- **Digestivo:** Atresia de esófago en polihidramnios y/o excesiva salivación después de nacer.
- **Cordón umbilical:** Verificar una vena y dos arterias, se han asociado a agenesia renal.

◆ **Examen neurológico:**

- Actitud y tono.
- Exploración de todos los reflejos arcaicos: Moro, palmar y plantar, búsqueda, succión, marcha, Babinsky, entre otros.
- Exploración de pares craneales: Reflejo rojo, para detectar trastornos visuales como cataratas u opacidad de la córnea. Antes del alta, en un lugar oscuro y con los ojos del RN abiertos preferentemente en forma voluntaria. Incluye exámenes complementarios.

- ◆ **Detectar anomalías congénitas:** Describa de forma ordenada las que pueda observar e investigue otras que puedan estar asociadas. Para el diagnóstico, debe apoyarse con exámenes complementarios y genética. En estos casos debe dar

asesoramiento genético a la madre para los cuidados, abordaje integral al RN y de prevención, previo al alta, con apoyo del equipo multidisciplinario.

- ◆ **Continuar con la atención de rutina:** Casi el 90% de los RN enérgicos nacidos a término sin factores de riesgo deben permanecer con sus madres para promover el vínculo, lactancia materna y recibir la atención de rutina. De manera similar, un RN con ciertos factores de riesgo prenatales o durante el parto, que respondió bien a los pasos iniciales de la atención, tal vez solamente necesite una estrecha observación, pero no es necesario separarlo de su madre. Continuar los cuidados en alojamiento conjunto, con observación constante de la respiración, termorregulación, alimentación y determinar si se requieren intervenciones adicionales. Si la condición es estable, vigilar cada media hora las primeras 4 horas y luego cada 6 horas, hasta el alta.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 67-69)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 268-270)

2.3 Cuidado a la madre y bebe en alojamiento conjunto

- Observe: respiración, actividad y coloración. Esto determinará la necesidad de intervención adicional.
- Continuar apego (contacto piel con piel), lactancia materna y apoyo a la madre.
- Vigilancia integral: respiratoria, hemodinámica (signos vitales, diuresis, control térmico).
- Aplicación de BCG, peso y perímetro cefálico registrado en el expediente clínico y HCP.
- Consejería en signos de alarma del RN, prevención de infecciones y de Covid-19.
- Verifique la historia clínica de la madre y administre profilaxis con antibióticos a los neonatos que han estado expuestos a factores de riesgo de infección (es decir, rotura prematura de membranas pretérmino, membranas rotas más de 18 horas antes del nacimiento; fiebre de la madre por encima de 38°C

antes del trabajo de parto o durante el mismo; líquido amniótico fétido o purulento; o madre con colonización documentada por estreptococo del grupo B).

- Verifique la historia clínica de la madre y administre toda profilaxis que esté indicada cuando el recién nacido ha estado expuesto a la tuberculosis o VIH.
- **El RN debe ser valorado por el personal de salud durante toda su estancia en alojamiento conjunto y previo al alta.**

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 69)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 271)

3 Educación, Promoción y Prevención

3.1 Los cuidados y manejo de recién nacido

Previa alta, se debe brindar orientación (oral o escrita) a los padres sobre los cuidados y manejo del recién nacido, para reforzar las actividades de educación y promoción realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido.

- ① Favorecer el vínculo: el proceso se inicia durante la gestación y el contacto piel a piel es la primera acción a realizar una vez nacido el niño, lo más prolongada posible, obteniéndose innumerables ventajas a corto mediano y largo plazo.
- ② Lactancia materna a libre demanda.
- ③ Explicar la técnica de extracción de leche para las madres que trabajan.
- ④ Si él bebe con bajo peso al nacer egresa con el Método Familia Canguro, debe darse continuidad en el primero nivel de atención o casas maternas (Ver Normativa 142 Método Familia Canguro).
- ⑤ Empoderamiento, corresponsabilidad y compromiso de los padres para fomentar el binomio bebé-progenitores.
- ⑥ Se recomienda la limpieza del muñón umbilical del recién nacido sano y que se mantenga limpio y seco hasta que se momifique y caiga (manejo "seco") sin aplicar antisépticos o antibióticos tópicos al muñón umbilical (por ejemplo, clorhexidina).
- ⑦ Prevención de la muerte súbita del RN: Los recién nacidos y lactantes deben dormir siempre sobre su espalda (boca arriba), deben dormir solos

en una cuna/cama de superficie plana y firme. No dormir con la cabeza cubierta por cobijas, telas bufandas o similares. Debe evitarse la exposición al humo de cigarrillo antes y después del nacimiento.

- ⑧ Comportamiento y reflejos: el recién nacido presenta comportamientos como la orientación, la capacidad auto tranquilizadora, respuesta a las caricias, respuesta a estímulos visuales o auditivos, actividad motora, que es necesario explicar a los padres, para que conozcan a su hijo y se familiaricen con estos comportamientos, e incentivarlos a que interactúen con el recién nacido, como hablarles, cantarles u otros.
- ⑨ Dar cita de seguimiento temprano, a las 48 horas posterior a su egreso, con personal con experiencia en manejo de recién nacidos.
- ⑩ Prevención de accidentes en el hogar:
 - Prevenir traumas en el RN (por colocarlo en espacios inseguros como: superficies angostas o sobre la cama) sin vigilancia.
 - Evitar acercar líquidos u objetos calientes a un recién nacido porque producen quemaduras de extrema gravedad.
 - No exponer al humo ya que existe riesgo de asfixia (fogón u otros).
- ⑪ Detección de signos de alarma (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Signos de alarma del Recién Nacido

Signos de alarma del recién nacido	
Generales	Falta de movimientos uni o bilaterales, ausencia de llanto o débil, falta de respuesta a estímulos, rigidez, hipotonía, cambios de peso, hipertermia o hipotermia, edemas.
Color	Ictericia, cianosis, palidez, gris terroso.
Respiratorios	Quejido, aleteo nasal, tiraje, taquipnea (+60 rpm), apnea, respiración irregular.
Cardiovasculares	Soplos, taquicardia, arritmia, falta de pulso femoral, mala perfusión periférica.
Gastrointestinales	Rechazo al alimento, dificultad en la succión, deglución, regurgitación por nariz, vómitos abundantes y/o amarillentos, o verdosos, no eliminación de meconio luego de 48 horas, abdomen excavado o distendido, diarrea, sangre en heces.
Urinarios	Falta de micción en 48 horas, chorro fino, débil, entrecortado, hematuria (los cristales de uratos dan coloración rosada normal).
Neurológicos	Lengua que protruye. Moro asimétrico incompleto o ausente, temblores exagerados, llanto agudo, convulsiones, sueño excesivo.

Musculoesqueléticos y de pie	Flacidez o hipotonía, tumefacción caliente, posiciones anormales de miembros o inmovilidad, dolor a la movilización. Pústulas, petequias, hematomas, denudación de la piel, onfalitis.
Vínculo madre-padre-hijo	Problemas físicos, psíquicos o factores socioeconómicos de la madre o padre que pueden afectar este vínculo. Madre que elude el contacto físico con el RN y/o rechaza dar lactancia. Madre o padre que no participa, o no acude a la visita.

Fuente: Elaboración propia basada en bibliografía de revisión.

(N-108, Edición Febrero 2022, *Guía Clínica de Atención Integral al Neonato*, página 69-70)

(N-011, Tercera edición, *Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*, página 273)

3.2 Nivel hospitalario o del establecimiento donde ocurre el parto

(1) Criterios de egreso, o de alta:

- ① Edad al egreso y Estancia mínima de 24 horas.
- ② Test de oximetría de pulso: Cribado de cardiopatía congénita y registro en expediente y HCP (el test positivo se define como una saturación inferior al 90% en una de las 2 extremidades superiores o inferiores, o entre 90% y 94% en ambas a la vez, o una diferencia entre ambas saturaciones mayor del 3%, en 3 ocasiones, realizadas con una hora de diferencia entre ellas, antes de la valoración clínica al alta del recién nacido).
- ③ Alimentación por succión (oral, lactancia materna): Buena tolerancia oral.
- ④ Adecuado control térmico: Normotérmico (36.5°C a 37°C).
- ⑤ Signos vitales en parámetros normales para su edad, sin signos de dificultad respiratoria.
- ⑥ Ha defecado meconio y ha miccionado.
- ⑦ Vacunación con BCG para todo RN a partir de los 2000 g de peso al nacimiento
- ⑧ Registro del peso al nacimiento; peso y perímetro cefálico a las 24 horas (egreso)
- ⑨ Cita y lugar de seguimiento en 72 horas, registrado en el expediente, HCP y tarjeta AIN.

Todo RN de bajo riesgo debe ser dado de alta después de las 24 horas de vida, para asegurar la vigilancia de signos o trastornos en ese primer período, y ser atendidos de forma oportuna, promover el apego, la lactancia materna exclusiva y consejería sobre cuidados en el hogar y signos de peligro.

(2) 3.2.2 Criterios de traslado a la unidad de salud de mayor resolución

- ① RN con alguna complicación que requiere ser atendido en una unidad de mayor resolución.
- ② RN que requiere evaluación en una unidad de mayor resolución.
- ③ Cumplimiento de las normas de traslado neonatal.

(3) 3.2.3 Acción de Primer nivel de atención

- Seguimiento cumpliendo las Normativas de AIEPI y VPCD.
- Seguimiento en las primeras 72 horas después del alta.

Todo RN de bajo riesgo, que es dado de alta, debe asegurarse el seguimiento en las primeras 72 horas de vida (primeros 3 días para apoyar la lactancia materna, evaluación integral, vigilar la higiene umbilical y cualquier signo de peligro o trastorno que ponga en peligro su salud y sobrevivencia.

(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 70-71)

(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 271-272)

4 Registro de los datos del Recién Nacido

4.1 Registro de los datos del RN

Registrar los datos del RN en los siguientes formatos:

(1) **Boleta del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales:** En la sección del “Parto”:

- **Fecha (del parto):** en esta casilla se anota la fecha (día y mes) de término del embarazo, si este es “a término” se registra en tinta azul y cuando sucede “antes o después” del periodo de término, se anota en tinta roja (**Aborto, Pretérmino o Postérmino**).
- **Recién nacido/a:** colocar “**V**” en azul si nació **Vivo**, y en rojo; **AB** aborto, **MF** Muerte Fetal (lo que antes era conocido como óbito), **MNP** (Muerte Neonatal Precoz) si falleció en los primeros 7 días de nacido y **MNT** (Muerte Neonatal Tardía) si falleció **después de los 7 días y antes de los 28 días** de nacidos
- **Vía:** Colocar “**V**” vaginal (en azul) y “**C**” si fue **Cesárea** (en rojo).
- **Lugar (de ocurrencia del parto):** Se anota “**H**” si aconteció en el **Hospital**. “**CS**” si fue en el **Centro de Salud**. “**PS**” **Puesto de Salud**, “**D**” **Domicilio**, “**O**” en **Otro** lugar, como vehículo, vía pública, etc. Se anotará “**OI**” en los casos en que el nacimiento haya ocurrido en **Otra Institución** diferente al MINSA (CMP, IPSS, Hospitales Privados), cuyo personal esté debidamente calificado para la atención de parto. Los partos atendidos en las instituciones (**H, CS, PS, OI**) se anotan en azul. **El parto domiciliar** y “**otros**” en tinta roja.

Si el parto fue domiciliar se anota en tinta roja la letra “D”, y cuando se le entrega a la madre la constancia de nacimiento del RN, encerrar en un círculo la “D”, ejemplo **ⓓ** no se debe encerrar en el círculo cuando el Bebé nace muerto, pero deben garantizar el llenado de la Ficha de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal.

(Norma-No.101 Manual Metodológico del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, página 27)

- **Si el RN es llevado con su madre a la Casa Materna, deberá registrarse en el Libro de Registro de las Casas Maternas**, anotando la condición del Niño y si este fue Niño Prematuro.
- (2) **Sistema de Información Perinatal** (en adelante SIP): Ingresar toda la información recolectada en la HCP en tiempo real. El SIP alimenta la base de datos a nivel nacional de las atenciones prenatales, parto, puerperio y seguimiento neonatal inicial.
 - (3) **Programa Amor para los Más Chiquitos y Chiquitas (PAMOR)**: a través de las Cartillas de Educación Temprana "Amor para los más Chiquitos", se dará seguimiento a los recién nacido entre las edades de 0 día hasta los 6 años, brindando las orientaciones y consejos para su cuidado y educación.
(N-011, Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 274)
 - (4) **En la HCP**: En el "segmento de Recién nacido" se registrará todos los datos solicitados, tanto al nacer niño como al egreso del RN (sexo, peso al nacer, canguro, Perímetro Cefálico, Longitud, Edad gestacional, Peso para edad gestacional, Apgar, Reanimación, si fallece en la sala de parto, Referido, quién atendió (parto/neonato), Anomalías congénitas, Patologías del recién nacido, VIH en RN, tratamiento (Tto), Tamizaje neonatal, Sífilis (RPR/VDRL), Auditivas, Chagas, Bilirrubina (Bilirryb), Toxoplasmosis neonatal IgM, (Toxo IgM), Hemoglobinopatía (Hbpatía), Cardiovasculares, Metabólicas, Egreso del Recién nacido, Edad al egreso, Edad al egreso, Alimento al alta, boca arriba, BCG aplicada, Inmunización hepatitis B, Meconio, Peso al egreso, Fecha de cita de seguimiento, Identificación del RN (Id), Nombre de RN, Responsable) y marcar adecuadamente en los círculos según corresponda tanto para recién nacidos vivos o fallecidos. ver Figura 6.

(N-106, Manual para el registro de la atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la HCP (página 37-42)

Figura 6. Segmento de Recién nacido, HCP

RECIÉN NACIDO				P. CEFÁLICO cm		EDAD GESTACIONAL sem. días		PESO E.G. adec. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		REANIMACIÓN				ATENCIÓN												
SEXO f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>	PESO AL NACER no <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>		CANGURO RN <input type="radio"/> ≤ 2000 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	LONGITUD cm		ESTIMADA <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		APGAR 1* <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	APGAR 5* <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	calor <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	desp. vía aérea <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	estimulación <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	máscara <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	intubación <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	oxígeno <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	masaje <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	medicación <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Parto <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Neonato <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	medico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> pediatra <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. <input type="radio"/> empir. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	Nombre					
CUIDADOS ESENCIALES										PUERPERIO INMEDIATO																
Apego precoz <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Lactancia materna: 1ra. hora <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Cura umbilical <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Profundidad otológica <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Vitamina K <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Fallece en Sala de parto Madre <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Referido neonat. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		aloc. cong. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		fisiol. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		hosp. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		tiempo hora min	Temp °C	P.A.	FC	involución uterina	loquios	Responsable
ANOMALÍAS CONGENITAS <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		PATOLOGÍAS RN <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		VIH EN RN <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		SIFILIS Tlo. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Audic. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Chagas <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Bili. rub. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Toxo IgM <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Hb patia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Cantiov <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>								
EGRESO RN <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/>		trastado <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		EDAD AL EGRESO días completos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		ALIMENTO AL ALTA <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Boga ambr. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Meconio 1° día <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		PESO AL EGRESO <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		y globulina anti D <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>								
Fecha de día de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento		

(N-106, Manual para el registro de la atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), página 37)

Además, en este texto se anexan los siguientes instrumentos:

1. Anexo No. 2 (Atención Inmediata del Recién Nacido: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA)
2. Anexo No. 3 (Cuidados de Rutina del Recién Nacido: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA.)

NORMATIVAS UTILIZADAS:

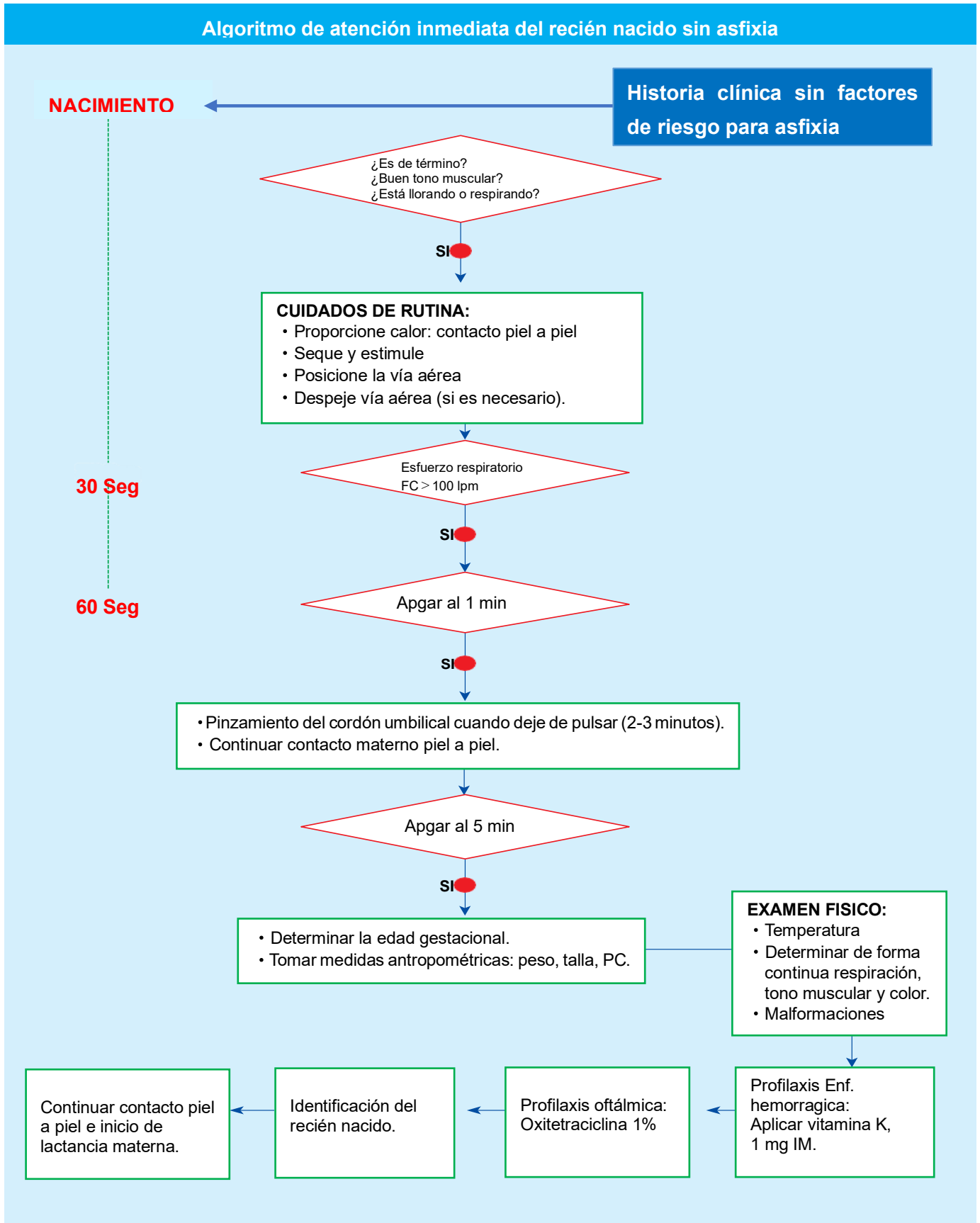
1. Normativa "011" Tercera edición, Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo, 2020.
2. Normativa "108" Guía Clínica para la Atención del Neonato, 2013.
3. Normativa "108" Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, 2022.
4. Normativa No.144. Manual de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) de Niños y Niñas de 0-9 años, 2022
5. Normativa No.144. Manual de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) de Niños y Niñas Menores de 6 años, 2017
6. Normativa No.101 Manual Metodológico del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, 2018
7. Normativa No. 106, Manual para el Registro de la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Neonato en la Historia Clínica Perinatal (HCP), 2020
8. Normas de Atención Integral a la Niñez Curso Clínico AIEPI, capítulo III

5. Anexos

- Anexo N° 1 Algoritmo de Atención Inmediata del Recién Nacido sin Asfixia
- Anexo N° 2 Atención Inmediata del Recién Nacido: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA
- Anexo N° 3 Cuidados de Rutina del Recién Nacido: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA.



Anexo N° 1 Algoritmo de Atención Inmediata del Recién Nacido sin Asfixia



(N-108, Edición Febrero 2022, Guía Clínica de Atención Integral al Neonato, página 70-72)

El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil en SILAIS Chontales y Zelaya Central en el marco del proyecto SAMANI (2015 - 2019) y ha sido revisado y actualizado con el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil de La Dirección General de Servicios de Salud basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud mediante el
Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
Proyecto Vida, Salud y Fuerza

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

