



Guía de práctica clínica del recién nacido sano

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2013 - Guía No. 02

Centro Nacional de Investigación en Evidencia
y Tecnologías en Salud CINETS



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

Guía de práctica clínica. Del recién nacido: sano - 2013 Guía No. 02

ISBN: 978-958-8838-24-3

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Nota legal

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de los dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DECIMO TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL “En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social” y de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muños

Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General



**Departamento Administrativo
de Ciencia, Tecnología e Innovación -
Colciencias**

Carlos Fonseca Zárate

Directora General

Paula Marcela Arias Pulgarín

Subdirectora General

Arleys Cuesta Simanca

Secretario General

Alicia Rios Hurtado

Directora de Redes de Conocimiento

Carlos Caicedo Escobar

Director de Fomento a la Investigación

Vianney Motavita García

*Gestora del Programa de Salud en Ciencia,
Tecnología e Innovación*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Héctor Eduardo Castro Jaramillo

Director Ejecutivo

Aurelio Mejía Mejía

Subdirector de Evaluación

de Tecnologías en Salud

Iván Darío Flórez Gómez

Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

Diana Esperanza Rivera Rodríguez

Subdirectora de Participación y Deliberación

Raquel Sofía Amaya Arias

Subdirección de Difusión y Comunicación



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE ANTOQUIA
FACULTAD DE MEDICINA



ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

Autores y Colaboradores

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Juan Gabriel Ruiz Peláez

*Pontificia Universidad Javeriana
Hospital Universitario San Ignacio
Director General de las 6 Guías de
Atención Integral del Recién Nacido
Médico Pediatra y Magister en
Epidemiología Clínica*

Rocío Romero Pradilla

*Pontificia Universidad Javeriana
Coordinadora General
Médica Pediatra y Fellow de
Neonatología*

Adriana Buitrago López

*Pontificia Universidad Javeriana
Coordinadora General (hasta
septiembre de 2011)
Enfermera licenciada y candidata a
Maestría en Epidemiología*

Catalina Barragán Corrales

*Asistente Metodológica y Usuaría
Experta
Pontificia Universidad Javeriana
Médica General*

María Adelaida Córdoba Núñez

*Asistente Metodológica y Experta
Temática
Pontificia Universidad Javeriana
Médica Pediatra*

EQUIPO TEMÁTICO

Luis Carlos Méndez Córdoba

*Líder Temático
Universidad Nacional de Colombia
Médico Neonatólogo*

Santiago Currea Guerrero

*Experto Temático
Universidad Nacional de Colombia
Médico Neonatólogo*

Claudia Alarcón Ávila

*Experta Temática
Hospital Militar Central
Médica Neonatóloga*

Carolina Ramírez Gil

*Experta temática
Hospital Universitario San Ignacio
Médica Pediatra*

Equipo Desarrollador

EQUIPO METODOLÓGICO

Claudia Marcela Granados Rugeles

*Experto Metodológico
Pontificia Universidad Javeriana
Médica Pediatra y Magister en
Epidemiología Clínica*

Álvaro Ruiz Morales

*Experto Metodológico
Pontificia Universidad Javeriana
Médico Internista y Magister en
Epidemiología Clínica*

EQUIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Diego Rosselli Cock

Coordinador

Pontificia Universidad Javeriana

Médico Neurólogo, Magister en Educación y Magister en Políticas de Salud

Juan David Rueda Pinzón

Asistente

Pontificia Universidad Javeriana

Médico General

EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN

Natalia Sánchez Díaz

Pontificia Universidad Javeriana

Desarrollador

Médica General, Residente de Psiquiatría y Magister en Salud Pública Internacional

Andrés Duarte Osorio

Pontificia Universidad Javeriana

Desarrollador

Médico Familiar y candidato a

Maestría en Epidemiología Clínica

BIOESTADÍSTICA

Martín Rondón Sepúlveda

Pontificia Universidad Javeriana

Bioestadística

Estadístico y Magister en

Bioestadística

EQUIPO DE SOPORTE ADMINISTRATIVO

Carlos Gómez Restrepo

Pontificia Universidad Javeriana

Gerencia General

Jenny Severiche Báez

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de Gerencia

Marisol Machetá Rico

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de gerencia

EQUIPO DE COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Juan Gabriel Ruiz Peláez

Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Gómez Restrepo

Pontificia Universidad Javeriana

Juan Carlos Villar Centeno

Fundación Cardioinfantil

Ana María De la Hoz Bradford

Pontificia Universidad Javeriana

Rocío Romero Pradilla

Pontificia Universidad Javeriana

EQUIPO DE COORDINACIÓN GENERAL ALIANZA CINETS

Carlos Gómez Restrepo

Pontificia Universidad Javeriana

Rodrigo Pardo Turriago

Universidad Nacional de Colombia

Luz Helena Lugo Agudelo

Universidad de Antioquia

REVISORES EXTERNOS

Anggie Ramírez Moreira

Investigadora Asociada

Fundación IHCAI y Red Cochrane Regional de América Central y el Caribe

Contenido

- 11** **1. Introducción**
- 13** **2. Alcance y objetivos de la guía**
- 13** 2.1. Tipo de Guía y Alcance
- 13** 2.2. Propósitos
- 14** 2.3. Objetivos
- 15** 2.4. Población
- 15** 2.5. Usuarios
- 15** 2.6. Ámbito asistencial
- 16** **3. Metodología**
- 19** **4. Recomendaciones**
- 19** 4.1. Tópico 1. Detección de pacientes con factores de riesgo, anticipación y preparación materna
- 20** 4.2. Tópico 2. Atención del niño en sala de partos
- 23** 4.3. Tópico 3. Manejo materno-neonatal del posparto inmediato: separación versus no separación, contacto piel a piel temprano, vigilancia de la transición al lado de la madre
- 30** 4.4. Tópico 4. Alimentación neonatal. Iniciación y aseguramiento de la lactancia, técnicas y soporte. Alternativas. Prácticas hospitalarias adversas a la lactancia. Falsas contraindicaciones. Uso de vitaminas

38	4.5. Tópico 5. Cuidados generales del recién nacido durante la transición mediata, profilaxis específicas: enfermedad hemorrágica del recién nacido, profilaxis oftálmica
41	4.6. Tópico 6. Inmunizaciones neonatales
41	4.7. Tópico 7. Detección y manejo de problemas de la transición: Ictericia
44	4.8. Tópico 8. Tamización de displasia de caderas
45	4.9. Tópico 9. Políticas de egreso hospitalario
50	5. Referencias Bibliográficas

1. Introducción

El nacimiento es un evento vital universal en el que el feto transita desde la vida intrauterina a una existencia independiente y se debe enfrentar a una serie de acontecimientos fisiológicos que ponen a prueba su capacidad de adaptación saludable. La atención en salud del proceso del nacimiento busca vigilar y asistir la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, anticipando la aparición de problemas, implementando acciones correctivas y detectando oportunamente desviaciones de lo normal, dificultades de adaptación y enfermedades incidentales. Además se busca promover y asegurar una alimentación adecuada y óptima y un proceso sano de vinculación y apego con su madre. En el período neonatal se continúan los procesos de guía anticipatoria, promoción de la salud y prevención primaria y secundaria que idealmente habían empezado desde los cuidados prenatales.

Un 90% de los recién nacidos (RN) hace la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad, requiriendo poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular. Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia y cerca del 1% necesita una reanimación avanzada para sobrevivir. Estos porcentajes son mayores en los recién nacidos pre término.

Hay apreciable cantidad de variabilidad en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante recomendaciones basadas en evidencia y parámetros de práctica clínica.

Una adecuada atención del período de transición de la vida intrauterina a la extrauterina no se limita a la atención en sala de partos y al egreso hospitalario, debe cubrir también tópicos importantes de vigilancia, anticipación, manejo del estrés, aseguramiento de la lactancia y apoyo médico y emocional a la familia donde ha ocurrido el nacimiento. Esta atención se da en el contexto de un sistema de prestación de servicios de salud que impone restricciones a la acción de los profesionales, limita el tiempo de interacción con las familias durante la estancia hospitalaria posparto y con políticas de egreso posparto cada vez más temprano que dificultan una adecuada asistencia al período de transición mediato y tardío.

Hay variabilidad significativa en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante normas y recomendaciones basadas en evidencia. De los aspectos estructurales es necesario estandarizar niveles de atención y procesos de remisión de madre gestante o de recién nacido, estandarización del nivel profesional, el entrenamiento y el desempeño del personal de salud que atiende el parto y al recién nacido, existencia y uso de protocolos de vigilancia y conducción de la transición y de reanimación, dotación mínima de la sala de partos, políticas de no separación de madre e hijo, vigilancia y asistencia de la transición mediata y políticas de egreso hospitalario.

Los procesos asistenciales específicos también necesitan ser estandarizados mediante la formulación de recomendaciones específicas basadas en evidencia: atención del niño en sala de partos, historia clínica y examen físico neonatal inmediato, promoción de salud y prevención primaria (profilaxis e inmunizaciones), vigilancia de la transición (hipoglicemia, hipotermia, ictericia, hidratación, tolerancia a la alimentación, movimiento intestinal, diuresis, etc.), facilitación de proceso de vínculo y apego (“attachment” y “bonding”), y puericultura.

2. Alcance y objetivos de la guía

2.1. Tipo de Guía y Alcance

Se trata de una guía de atención del recién nacido sano. Los aspectos de interés para la presente guía se enumeran en el aparte de objetivos específicos (tópicos). Las recomendaciones cubren aspectos involucrados en la atención de recién nacidos sanos que demandan servicios desde el momento del nacimiento y su cuidado en sala de partos hasta el egreso hospitalario. Cubre algunos aspectos específicos de promoción de salud y prevención primaria o pero no de rehabilitación ni atención de la madre gestante ni el proceso de atención del parto por parte del obstetra. Se trata de una guía prescriptiva (recomienda) y no normativa.

2.2. Propósitos

- Mejorar la calidad de la atención en salud y la utilización racional de recursos en el cuidado clínico de los recién nacidos con sospecha o confirmación de sepsis neonatal temprana.
- Disminuir la variabilidad injustificada en el manejo diagnóstico y terapéutico del recién nacido con sospecha o confirmación de sepsis neonatal temprana.
- Ayudar a consolidar una cultura de formulación de políticas en salud y de práctica clínica racional, basada en evidencia, susceptible de ser auditada, evaluada y mejorada.
- Generar modelos de evaluación de resultados de investigación (investigación integrativa: guías de práctica clínica) que permitan de manera pragmática medir e interpretar indicadores de impacto sencillos, válidos y útiles, que sirvan como base para el aseguramiento de la calidad de atención del recién nacido basada en evidencia.

2.3. Objetivos

Realizar un diagnóstico metodológico y de contenidos de las principales guías de manejo de recién nacido sano.

Ensamblar una fuerza de tarea integrada por expertos metodológicos y de contenido, usuarios (clínicos –médicos y no médicos- a quienes van dirigidas las recomendaciones), representantes de la población blanco (padres de niños prematuros), academia (a través de la vinculación de expertos metodológicos y temáticos vinculados a las universidades del consorcio) y sociedades científicas relevantes como las de Pediatría y Neonatología (expertos metodológicos y de contenido), para el desarrollo de la guía.

Adoptar, adaptar y/o desarrollar grupos de recomendaciones basadas en evidencia (Guías de Práctica Clínica) acerca de los siguientes tópicos relacionados con la atención integral del recién nacido sano:

- Tópico 1. Detección de pacientes con riesgo, anticipación y preparación materna
- Tópico 2. Atención del niño en sala de partos
- Tópico 3. Manejo materno-neonatal del posparto inmediato: separación versus no separación, contacto piel a piel temprano, vigilancia de la transición al lado de la madre.
- Tópico 4. Alimentación neonatal. Iniciación y aseguramiento de la lactancia, técnicas y soporte. Alternativas. Prácticas hospitalarias adversas a la lactancia. Falsas contraindicaciones. Uso de vitaminas
- Tópico 5. Cuidados generales del recién nacido durante la transición mediata, profilaxis específicas: enfermedad hemorrágica del recién nacido, profilaxis oftálmica.
- Tópico 6. Inmunizaciones neonatales
- Tópico 7. Paraclínicos en el RNS
- Tópico 8. Tamizaje de displasia de caderas
- Tópico 9. Políticas de egreso hospitalario.

2.4. Población

Las recomendaciones van dirigidas al manejo del recién nacido (RN) sano y a término o con problemas menores de transición (no incluye grupos poblacionales de pacientes prematuros, con factores de riesgo o con complicaciones) durante su transición inmediata y mediata temprana a la vida extrauterina.

2.5. Usuarios

Personal clínico asistencial que brinda cuidados al recién nacido atendido u hospitalizado en los niveles I II y III de atención. Esto incluye a médicos generales, pediatras, neonatólogos, enfermeros licenciados, y personal clínico adicional implicado en el manejo hospitalario. Las recomendaciones no van dirigidas a sub-especialistas pediatras pero si deben modelar las políticas de manejo.

2.6. Ámbito asistencial

La guía hace recomendaciones para el manejo del recién nacido sano y a término (sin factores de riesgo) en instituciones hospitalarias de nivel I II y III. En los casos de que el recién nacido nazca en una institución de nivel I y desarrolle complicaciones, debe ser remitido de forma apropiada a un nivel de complejidad superior. La complejidad de la estabilización y transporte adecuado al nivel de atención apropiado es lo suficientemente elevada como para ameritar la realización de guías específicas e independientes.

3. Metodología

La presente guía es el resultado de un proceso de investigación integradora realizada para generar recomendaciones basadas en evidencia. En su desarrollo se siguieron los pasos propuestos en el documento “Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano”(1), y se hicieron modificaciones y adaptaciones que se explican en el reporte extenso.

En esencia, cada recomendación es la respuesta a una pregunta científica relacionada con el proceso de cuidado de la salud de interés de la Guía. Las preguntas se plantean a propósito de cada punto en el proceso de atención en salud en el que el usuario de la guía y su paciente (o su familia) tienen que tomar decisiones con respecto a intervenciones específicas. Para responder cada pregunta, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica que incluye búsqueda, selección, recuperación, extracción de información, apreciación crítica y elaboración de tablas de evidencia. El producto de la revisión se usó para formular recomendaciones específicas por un panel de expertos, siguiendo fundamentalmente la metodología propuesta por el grupo GRADE(2).

Para mantener la coherencia del texto de cada guía, también se incluyeron afirmaciones sobre manejos específicos, que son ampliamente aceptadas por la comunidad científica y que no requerían de búsqueda de evidencia empírica y soporte de la recomendación. Estas afirmaciones se identificaron como “Puntos de Buena Práctica”. Los desarrolladores decidían si una afirmación aparentemente autoevidente era un Punto de Buena Práctica o era una recomendación que requería del soporte de evidencia empírica, ayudados por una prueba lógica sencilla. Se hacía el ejercicio de plantear como recomendación lo contrario de la afirmación propuesta como punto de buena práctica, y si era evidente que era no sostenible o absurda, esa apreciación ayudaba a confirmar que se trataba de un punto de buena práctica.

Por ejemplo, la vigilancia de los signos vitales y de la temperatura durante la transición mediata del prematuro estable se consideró que era un punto de buena práctica que no requería ser respaldado por evidencia empírica de su conveniencia. La afirmación “No se debe vigilar la temperatura o los signos vitales de un prematuro estable, durante la fase de transición mediata a la vida extrauterina” resulta claramente absurda e inapropiada, lo que ayudó a los desarrolladores a confirmar

que prescribir la vigilancia de la temperatura es un punto de buena práctica y no una recomendación que deba fundamentarse en evidencia empírica o en consenso de expertos.

El equipo desarrollador de la guía es un grupo multidisciplinario integrado por 4 subgrupos: a) expertos metodológicos, b) expertos de contenido (académicos de las universidades participantes y especialistas miembros de las sociedades científicas pertinentes -Pediatría y Neonatología-), c) representantes de los usuarios y d) representantes de los pacientes. Cada subgrupo desarrolló tareas específicas de acuerdo con su área de conocimiento o experiencia.

Los integrantes del equipo recibieron capacitación básica en la elaboración de guías, y estandarización de definiciones, conceptos y métodos de generación de recomendaciones, por parte de los expertos metodológicos vinculados al proyecto.

A continuación se procedió a refinar y validar las preguntas clínicas objeto de la guía. El núcleo de expertos metodológicos hizo revisiones sistemáticas de la evidencia disponible. Para cada pregunta se seguía un proceso jerarquizado de búsqueda de evidencia. En primer lugar se buscaban Guías basadas en evidencia que contestaran adecuadamente la pregunta de interés. Si no había guías directamente relevantes o si no satisfacían los requisitos mínimos de calidad, se procedía a buscar revisiones sistemáticas. En caso de ser insatisfactorias, se pasaba a estudios individuales con el mejor diseño posible de acuerdo a cada tipo de pregunta. En ausencia de investigación primaria se recurría a raciocinio fisiopatológico y opiniones de expertos.

En el caso de identificarse guías potencialmente útiles, se contemplaba realizar una adaptación estandarizada (metodología ADAPTE(3) modificada de acuerdo con la propuesta del grupo de Nueva Zelanda(4)). De lo contrario, se procedía a generar recomendaciones de novo. Para cada recomendación de novo se realizó una síntesis de la evidencia, se elaboraron perfiles y resúmenes de evidencia según la metodología GRADE(5;6) y se formularon las recomendaciones basadas en evidencia.

Los resultados de cada etapa (formulación de preguntas y generación de recomendaciones), se sometieron a procesos de socialización y legitimación por pares y la comunidad.

En la etapa de formulación de preguntas, el resultado del trabajo del grupo desarrollador fue debatido en un foro público al que asistieron representantes del ente gestor (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias), de la Academia (programas de formación de pregrado y posgrado de Medicina y otras ciencias de la salud), de las asociaciones profesionales, y de agremiaciones y grupos de soporte

de pacientes. Previo al debate se publicó el texto de las preguntas en la página web del Ministerio de Salud y se recibieron preguntas y sugerencias.

En paralelo se desarrollaron grupos focales integrados por los miembros del equipo desarrollador que actuaban en representación de usuarios (médicos, enfermeras y otras profesiones de la salud) y por pacientes (padres de recién nacidos hospitalizados, asociaciones de pacientes pediátricos con problemas específicos). Se les pidió su opinión acerca de la relevancia y claridad de las preguntas y se exploró hasta donde coincidían con las expectativas y valores de usuarios y pacientes. El proceso se documentó (videgrabaciones, grabaciones de voz, apuntes de campo) y se transcribió rigurosamente y las actas finales fueron aprobadas por los participantes. Además se les solicitó que, utilizando la metodología de GRADE para priorización de los desenlaces, realizaran un ordenamiento y priorización en tres categorías: desenlaces críticos, importantes y no críticos no importantes. Se utilizó una técnica formal de consenso llamada grupos nominales que reduce el riesgo de sesgos.

En la etapa de generación de recomendaciones se cumplieron tres pasos para asegurar la participación apropiada de todos los actores: a) generación de recomendación basada en evidencia, formulada por los expertos metodológicos y de contenidos, b) debate amplio en foro abierto (participaron todas las partes interesadas, aún con conflictos de interés), precedida por una publicación en la página web del Ministerio de Salud y usando los lineamientos metodológicos de las Conferencias de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud de los EUA; y c) Talleres de validación de las versiones finales de las recomendaciones, adelantados con grupos extensos de usuarios (más de 30 participantes), asociaciones profesionales y grupos asistenciales de la salud no médicos, padres de pacientes, agremiaciones y grupos de soporte de pacientes y público en general.

Todos los integrantes formales del grupo desarrollador hicieron una declaración explícita de potenciales conflictos de interés, que fue utilizada para decidir el alcance de su participación: plena en todas las recomendaciones, o restringida según el conflicto específico. En conflictos parciales o indirectos, el participante podía opinar pero no contribuir al consenso y en conflictos directos se abstenía de participar en cualquier aspecto de la generación de la recomendación afectada.

4. Recomendaciones

4.1. Tópico 1. Detección de pacientes con factores de riesgo, anticipación y preparación materna

4.1.1. Pregunta 1

4.1.1.1. Pregunta

¿Cuáles antecedentes deben explorarse en la historia antenatal para anticipar e identificar condiciones de riesgo para el recién nacido?

4.1.1.2. Respuesta basada en la evidencia

Algunas guías de práctica clínica proponen un listado de antecedentes que debe incluir la historia antenatal. El GDG propone una lista de chequeo utilizando como insumo dichas guías de práctica clínica.

Calidad de la Evidencia:
Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.1.1.3. Recomendación

1. Se recomienda realizar una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo en el recién nacido.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.1.1.4. Punto de buena práctica

1.A. La historia clínica se debe realizar antes del nacimiento del recién nacido con el fin identificar factores y antecedentes que permitan preparar el equipo e insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos.

4.2. Tópico 2. Atención del niño en sala de partos

4.2.1. Pregunta 2

4.2.1.1. Pregunta

En el recién nacido sano sin factores de riesgo y que cursa con una adaptación espontánea durante su transición inmediata a la vida extrauterina, ¿a qué altura con respecto al introito materno debe mantenerse durante el lapso de espera hasta ligar el cordón umbilical, con el fin de facilitar una transfusión placentaria adecuada y prevenir anemia?

4.2.1.2. Respuesta basada en la evidencia

No se encontró evidencia sobre cuál debe ser la posición del recién nacido antes del pinzamiento del cordón umbilical.

4.2.1.3. Recomendación

2. Ante la ausencia de evidencia el grupo de expertos decide no hacer una recomendación.

4.2.2. Pregunta 3

4.2.2.1. Pregunta

¿Cuál es el mejor momento para realizar el pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos sin factores de riesgo?

4.2.2.2. Respuesta basada en la evidencia

Se encontró evidencia que muestra que el pinzamiento tardío reduce la incidencia de anemia en el recién nacido pero aumenta la necesidad de administrar fototerapia.

Calidad de la evidencia:
Muy baja

4.2.2.3. Recomendación

3. En recién nacidos a término y sin factores de riesgo se recomienda pinzamiento tardío del cordón umbilical. El pinzamiento tardío debe hacerse después del segundo o tercer minuto de vida o hasta cuando el cordón umbilical deje de pulsar.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.2.3. Pregunta 4

4.2.3.1. Pregunta

¿Cuál es la secuencia de atención del recién nacido sin factores de riesgo?

4.2.3.2. Respuesta basada en la evidencia

No hay evidencia proveniente de estudios clínicos comparativos. Hay consensos de expertos (AAP, CPS, NICE) que coinciden en aspectos básicos

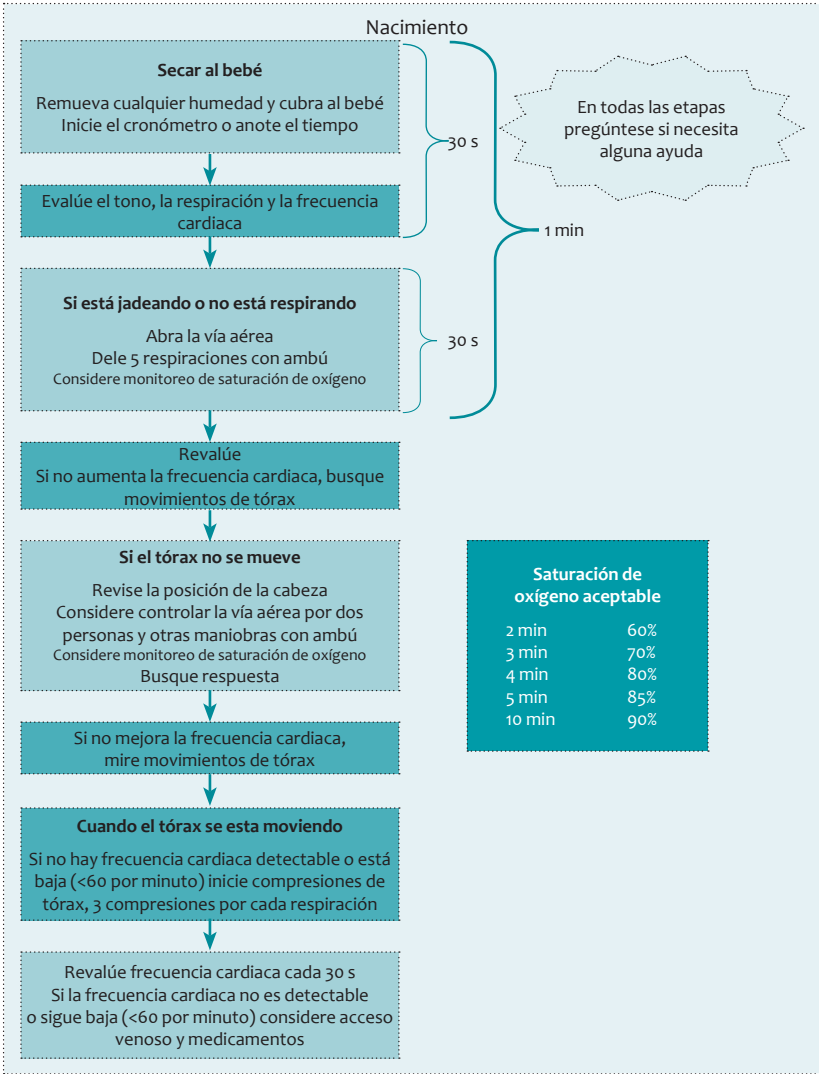
Calidad de la Evidencia: Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.2.3.3. Recomendación

4. En recién nacidos sanos, sin factores de riesgo, se recomienda la siguiente secuencia de apoyo de atención.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4. Recomendaciones



4.2.4. Pregunta 5

4.2.4.1. Pregunta

¿Está indicado el uso de succión nasal en recién nacidos sin factores de riesgo y con adaptación espontánea?

4.2.4.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia de que el uso de succión de la vía aérea en recién nacidos sin factores de riesgo no presenta beneficios.

**Calidad de la evidencia:
Moderada**

4.2.4.3. Recomendación

5. En recién nacidos sin factores de riesgo, vigorosos quienes tengan la vía aérea permeable se recomienda NO hacer succión de la vía aérea superior, en particular no hacer succión nasal.

**Recomendación fuerte en
contra de la intervención**

4.3. Tópico 3. Manejo materno-neonatal del posparto inmediato: separación versus no separación, contacto piel a piel temprano, vigilancia de la transición al lado de la madre

4.3.1. Pregunta 6

4.3.1.1. Pregunta

¿Cuándo y cómo se valora la reactividad del recién nacido?

4.3.1.2. Respuesta basada en la evidencia

No hay evidencia adecuada que valide la escala de Apgar como factor pronóstico para los recién nacidos. No hay evidencia de buena calidad que evidencie la relación entre el puntaje de Apgar y los desenlaces a largo plazo. Sin embargo no existe ningún riesgo potencial para los recién

**Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación
basada en opinión de
expertos**

nacidos que sean sometidos a esta escala y es de gran utilidad para la toma de decisiones clínicas a corto plazo. Los consensos de expertos sobre reanimación neonatal son claros en especificar que el clínico que atiende la adaptación neonatal no debe esperar hasta la valoración de los criterios de la escala de Apgar al primer minuto para guiar las actividades de reanimación.

Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.3.1.3. Recomendación

6. Se recomienda valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido a término con la escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos, para describir de forma estandarizada la vitalidad del recién nacido. La escala de Apgar no se emplea para guiar la reanimación (ver recomendación 4).

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.3.2. Pregunta 7

4.3.2.1. Pregunta

¿Cómo y cuándo se valora si hay dificultad respiratoria?

4.3.2.2. Respuesta basada en la evidencia

No hay evidencia que evalúe la validez de la escala de Silverman-Anderson para la valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos. No hay evidencia disponible que refleje la asociación entre la escala de Silverman-Anderson y consecuencias a corto o largo plazo en recién nacidos.

Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.3.2.3. Recomendación

7. Se recomienda realizar valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos sin factores de riesgo a los 10 minutos utilizando los criterios de la escala de Silverman-Anderson.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.3.3. Pregunta 8

4.3.3.1. Pregunta

¿Cómo y cuándo se realiza el examen del recién nacido?

4.3.3.2. Respuesta basada en evidencia y recomendación

8. Se recomienda realizar un examen físico exhaustivo a todo recién nacido antes del egreso de la institución siguiendo una lista de chequeo. Este examen incluye los elementos del examen físico estandarizado para búsqueda de anomalía congénita (EFIS) según se describe en la GAI para detección de anomalía congénita.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

Nota: La siguiente descripción se refiere a aspectos prácticos y logísticos del examen físico neonatal:

Se debe iniciar la recolección de información sobre los antecedentes maternos idealmente antes del parto y completar la información pendiente después del nacimiento del recién nacido.

La realización del examen físico inicial (breve) se debe hacer durante los primeros minutos de vida (idealmente en los primeros 50 minutos de vida) y durante el contacto piel a piel con la madre. Este examen busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el género, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres.

Respecto al examen físico detallado:

El examen físico detallado se debe realizar después de las primeras 24 horas de vida o antes del egreso (lo que ocurra primero) y considerar el uso de una lista de chequeo en todos los casos para asegurar una evaluación exhaustiva por sistemas. La idea de realizar el examen detallado después de las 24 horas es para asegurar tiempo suficiente que permita evaluar si el recién nacido ha orinado, pasado meconio y si está tolerando la alimentación y poder realizar la búsqueda sistemática de anomalía congénita (herramienta EFIS de la GAI de anomalía congénita).

El lugar en donde se realice el examen físico detallado debe tener una temperatura adecuada y ofrecer privacidad a la madre y al recién nacido. Antes de proceder con el examen se debe verificar que el recién nacido esté adecuadamente identificado.

El médico encargado de evaluar al recién nacido debe estar debidamente entrenado, capaz de reconocer los signos físicos normales en el RN sano, reconocer las variantes de lo normal y remitir oportunamente al recién nacido que requiera atención especializada.

El médico debe preparar el equipo necesario antes de realizar el examen (lámpara de calor radiante, estetoscopio, oftalmoscopio, infantómetro, cinta métrica y balanza para recién nacidos).

Se recomienda revisar primero los antecedentes maternos y del recién nacido, así como los signos vitales y medidas antropométricas antes de iniciar el examen físico del recién nacido.

Durante la realización del examen físico detallado se debe realizar de forma sistemática para evitar olvidar revisar algún sistema (se recomienda empezar de la cabeza a los pies y de adelante hacia atrás).

Se deben incluir a los padres del recién nacido y comentar con ellos los hallazgos durante el examen del recién nacido. Durante este periodo de tiempo se puede además identificar preguntas que ellos tengan, realizar consejería del cuidado del recién nacido, enseñarles sobre signos de alarma e identificar si existe suficiente apoyo familiar o problemas sociales que puedan intervenir con el adecuado cuidado del recién nacido.

Se debe además ofrecer información a los padres de lugares a donde acudir en caso que la madre requiera ayuda debido a depresión post-parto o evidencia de abuso intrafamiliar.

Así mismo ofrecer a los padres indicaciones sobre la visita de seguimiento, tamizaciones y en caso que se requiera evaluación por especialista referir oportunamente.

4.3.4. Pregunta 9

4.3.4.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo está indicado el contacto piel a piel apenas nacen?

4.3.4.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia de que el contacto piel a piel inmediato ofrece beneficios como el aumento en la probabilidad de éxito temprano (hasta los 3 meses) en la lactancia materna y mejor y más temprano establecimiento del vínculo madre-hijo. Si el procedimiento es adecuadamente realizado no hay riesgo de distermia. Hay reportes de muerte de neonatos a término mantenidos en contacto piel a piel en el postparto mediato (primeros minutos a primeras horas), pero no hay comparación con el riesgo basal de muerte súbita en el período neonatal inmediato con prácticas de cuidado que no incluyen el contacto piel a piel postparto. Las muertes reportadas ocurrieron siempre en sitios donde no había supervisión por parte de personal de salud mientras la madre y el hijo estaban en piel a piel en sala de partos o de recuperación.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.3.4.3. Recomendación

9. En recién nacido a término sin factores de riesgo y nacido por parto vaginal se recomienda el contacto piel a piel temprano iniciado como parte de la atención en sala de partos del recién nacido en adaptación espontánea, con el fin de iniciar un proceso de vinculación extrauterina temprano y adecuado y favorecer el establecimiento de la lactancia materna. Se debe seguir un protocolo estricto y detallado y asegurar la vigilancia adecuada por parte de personal de salud debidamente entrenado de la diada madre hijo durante la posición piel a piel en sala de recuperación para evitar eventos que pongan en riesgo la vida del recién nacido (muerte súbita y eventos agudos cercanos a muerte súbita).

Recomendación débil a
favor de la intervención

4.3.5. Pregunta 10

4.3.5.1. Pregunta

¿El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida y antes de terminar los procedimientos obstétricos favorece el éxito de la lactancia humana y disminuye la morbilidad neonatal?

4.3.5.2. Respuesta basada en evidencia

No hay evidencia clínica o epidemiológica de buena calidad que asocie la iniciación de la lactancia materna en la primera hora y cambios en la morbilidad neonatal. El raciocinio fisiológico, los estudios de casos, observaciones antropológicas y estudios de otras especies de mamíferos incluidos primates sugieren que la iniciación de la lactancia materna en el postparto inmediato es una conducta habitual de los mamíferos (incluido el hombre) y que está en la cadena de eventos que llevan a una vinculación adecuada y al establecimiento de lactancia materna exitosa.

Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.3.5.3. Recomendación

10. Se recomienda iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.3.6. Pregunta 11

4.3.6.1. Pregunta

¿Se debe suspender el contacto piel a piel para realizar la secuencia de apoyo de adaptación espontánea, la aplicación de vitamina K1 y el antibiótico oftálmico?

4.3.6.2. Respuesta basada en evidencia

No hay evidencia científica que sustente la necesidad de administrar profilaxis oftálmica o vitamina K en el postparto inmediato o que diferir su admi-

nistración hasta después de las primeras horas postparto implique riesgos para el recién nacido o disminución de la efectividad de cualquiera de estas intervenciones. No hay evidencia científica que apoye la necesidad de administrar baños (de hecho aumentan riesgos de hipotermia) u otras prácticas que interrumpan el contacto temprano piel a piel entre la madre y su recién nacido.

Calidad de la evidencia (en favor de interrumpir el contacto piel a piel): Muy baja

4.3.6.3. Recomendación

11. Se recomienda que los procedimientos de rutina en el recién nacido que interrumpen el contacto piel a piel (aplicación de vitamina K, peso, talla, examen físico inicial, profilaxis oftálmica) se aplacen entre 60 y 90 minutos, de forma que no interrumpan el período temprano de contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido a término y aparentemente sano.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.3.7. Pregunta 12

4.3.7.1. Pregunta

¿Con qué instrumento se debe identificar a un recién nacido, que información debe incluir y en qué momento se debe colocar la identificación?

4.3.7.2. Respuesta basada en evidencia

No aplica. Hay razones de sentido común y razones legales por las cuales debe identificarse correctamente a todo recién nacido inmediatamente después del nacimiento.

4.3.7.3. Punto de buena práctica

12. Se recomienda colocar a todo recién nacido lo más temprano posible después del nacimiento una marquilla debidamente asegurada, colocada en un lugar visible escrita con tinta indeleble, sin tachaduras o enmendaduras, con la siguiente información de identificación:

NOMBRE DE LA MADRE: FECHA Y HORA DE NACIMIENTO:

GEMELO NO. (EN CASO DE GESTACIONES MÚLTIPLES)

SEXO:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE:

Nota: Las siguientes anotaciones aclaran puntos específicos del proceso de identificación del RN en sala de partos.

La marquilla debe colocarse en presencia de la madre y con tinta indeleble y la información en la misma debe verificarse con la madre o familiar

El instrumento debe ser una manilla o pulsera que debe tener las siguientes características:

- El diseño de la pulsera o manilla debe permitir que haya suficiente espacio para incluir toda la información necesaria.
- El cierre debe ser irreversible, solo extraíble e intercambiable al cortar y dañar el instrumento.
- Debe ser de un material, suave, blando y deformable pero resistente, inerte y que no genere reacción local ni heridas en la piel.

4.4. Tópico 4. Alimentación neonatal. Iniciación y aseguramiento de la lactancia, técnicas y soporte. Alternativas. Prácticas hospitalarias adversas a la lactancia. Falsas contraindicaciones. Uso de vitaminas

4.4.1. Pregunta 13

4.4.1.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo cuáles son los beneficios de la alimentación con leche humana?

4.4.1.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia clara y contundente sobre los beneficios de la lactancia materna en el recién nacido como la disminución en la incidencia de mortalidad por enfermedad diarreica aguda y por otras causas infecciosas, igualmente disminución en la incidencia de otitis media aguda, enfermedad diarreica aguda, dermatitis atópica, obesidad, hospitalización por infecciones respiratorias y asma. En la madre se ha demostrado que la lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer de seno, cáncer de ovario y diabetes tipo II.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.4.1.3. Recomendación

13. Se recomienda que el recién nacido reciba lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, después de la introducción de alimentos complementarios, la alimentación con leche materna debe continuar hasta terminar el primer año de vida y más adelante, si la madre así lo desea.

Recomendación fuerte a
favor de la intervención

4.4.2. Pregunta 14

4.4.2.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo cuáles son las contraindicaciones reales para lactancia materna?

4.4.2.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia observacional sobre casos especiales que representan condiciones riesgosas durante la lactancia materna y en estos casos debe suspenderse temporal o definitivamente la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud preparó un documento (lactancia y medicación materna, ver anexo) que lista las precauciones y

Calidad de la evidencia:
Muy baja

contraindicaciones para la lactancia relacionadas con la administración de medicamentos a la madre lactante.

4.4.2.3. Recomendación

14.A. Se recomienda suspender la lactancia materna en los siguientes casos:

Recomendación fuerte a favor de la intervención (suspensión de la lactancia materna en las situaciones especiales descritas)

- Tratamiento de la madre lactante con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas. Una lista de las medicaciones que obligan a suspender la lactancia incluye: Amiodarona, quimioterapéuticos, drogas sicoactivas, ergotamina, bromocriptina, dosis altas de povidona y soluciones yodadas, metotrexate, litio, radioisótopos y tetraciclinas.
- Madre con infección por VIH, sarampión, parotiditis, rubeola, TBC o varicela.
- Sospecha de galactosemia en el recién nacido.

14.B. Se recomienda NO SUSPENDER la lactancia materna cuando se usan los siguientes medicamentos a dosis habituales pero debe observarse siempre al recién nacido:

Recomendación fuerte en contra de la intervención (suspensión de la lactancia materna)

- Analgésicos: acetaminofén, ácido acetyl salicílico e Ibuprofeno y dosis ocasionales morfina.
- Antibióticos: Ampicilina, Amoxicilina, oxacilina y otras penicilina, Eritromicina. Medicamentos Antituberculosos y anti leprosos. Medicamentos antipalúdicos (excepto mefloquina y en Fansidar). Antihelmínticos y antifúngicos
- Broncodilatadores como el salbutamol, corticoides, antihistamínicos, Antiácidos.
- Medicamentos para la diabetes y antihipertensivos
- Suplementos nutricionales de Yodo, hierro y vitaminas

4.4.3. Pregunta 15

4.4.3.1. Pregunta

¿En recién nacidos con antecedentes familiares de alergias, la administración de análogos de la leche (fórmulas lácteas) previene el desarrollo de alergias?

4.4.3.2. Respuesta basada en la evidencia

La evidencia muestra que no existe disminución del riesgo de alergias (asma, alergia a la leche de vaca, rinitis) en recién nacidos con antecedentes familiares de alergia quienes reciben alimentación con leches hidrolizadas, igualmente no se encontró beneficio con el uso de la leche de soya.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.4.3.3. Recomendación

15.A. Se recomienda alimentación con leche materna en recién nacidos a término y con antecedentes de alergia en familiares en primer grado, para garantizar una nutrición adecuada sin incrementar el riesgo de desarrollo de alergias.

Recomendación fuerte en favor de la intervención

15.B. Se recomienda NO administrar fórmulas (lácteas, hidrolizados de proteína de origen animal) extensamente hidrolizadas ni parcialmente hidrolizadas ni análogos de la leche a base de soya en recién nacidos a término y con antecedentes de alergia en familiares en primer grado, como sustitución o suplementación de la lactancia materna exclusiva, para prevenir la aparición de alergias.

Recomendación fuerte en contra de la intervención (uso de leches hidrolizadas para la prevención de alergias)

4.4.4. Pregunta 16

4.4.4.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo, administrar leche materna a libre demanda tiene ventajas comparado con la administración por horario?

4.4.4.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia que sugiere que la lactancia materna a libre demanda es beneficiosa tanto para la madre como para el recién nacido.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.4.4.3. Recomendación

16. En el recién nacido a término y sano se recomienda lactancia materna a libre demanda, sin horario y sin restricción. Si esta es llevada a cabo adecuadamente, debe haber entre 8 y 12 amamantadas al día (24 horas).

Recomendación fuerte a
favor de la intervención

4.4.5. Pregunta 17

4.4.5.1. Pregunta

¿En recién nacido sin factores de riesgo, cómo se verifica que la técnica de amamantamiento está siendo efectiva?

4.4.5.2. Respuesta basada en la evidencia

Hay guías de práctica clínica que recomiendan el uso de listado de chequeo para verificar la técnica de amamantamiento.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.4.5.3. Recomendación

17. Se recomienda verificar la técnica de amamantamiento antes del egreso de la madre y el hijo por medio de una persona experta en lactancia que evalúe el proceso de forma presencial (observando un episodio de amamantamiento) y que incluya

Recomendación fuerte a
favor de la intervención

en una lista de chequeo: educación a la madre, técnica de lactancia y seguimiento por consulta externa. Cada institución debe tener un protocolo detallado y estandarizado de verificación y aseguramiento de amamantamiento.

Nota: A continuación se describen los contenidos y algunos aspectos prácticos de un proceso estandarizado de verificación de lactancia materna que pueden usarse como base para hacer protocolos institucionales específicos.

La educación sobre lactancia materna a la madre y a sus acompañantes debe iniciarse antes del nacimiento del niño. La educación incluye los beneficios, técnica de amamantamiento adecuada y cómo prevenir complicaciones.

Técnica de lactancia:

La madre debe tener una posición cómoda donde tenga dónde apoyar sus brazos, codos y piernas, que no tenga que doblar su espalda para recibir este apoyo.

La posición del recién nacido debe ser inclinada, con el abdomen contra el abdomen de la madre y la cabeza alineada con el tronco. Los indicadores de un buen agarre son: Boca bien abierta, la boca cubre menor porción de la areola debajo de la barbilla y mayor porción de areola arriba del pezón, la barbilla debe tocar el pecho, el labio inferior debe quedar evertido, la nariz del recién nacido debe quedar libre (la madre puede estimular la succión tocando los labios del recién nacido con el pezón)

Los indicadores de la alimentación con éxito en los recién nacidos son: ver y oír cuando el recién nacido deglute, una succión rítmica y sostenida, brazos y manos relajados, boca húmeda, pañales empapados / pesados (debe orinar mínimo 4 veces al día) .

Indicadores de lactancia materna exitosa en las madres: Seno blando, Al final de la alimentación no se siente compresión del pezón, la madre se siente relajada y somnolienta.

Qué hacer si hay baja producción de leche: Evaluar la técnica y la salud del recién nacido, tranquilizar y dar confianza a la madre sobre su capacidad para producir suficiente leche para hijo.

Las madres que recibieron anestesia general, o cesárea o que no pudieron tener contacto piel a piel durante la primera hora, deben recibir acompañamiento adicional.

4.4.6. Pregunta 18

4.4.6.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo se debe restringir el uso de chupo de entretención?

4.4.6.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia que el uso del chupo de entretención se asocia con un efecto negativo en la duración de la lactancia materna, cuando el chupo se introduce de manera temprana. La evidencia sugiere que el uso de chupo en recién nacidos con lactancia materna instaurada y bien establecida no parece tener impacto en la duración de la lactancia materna a los 4 meses de edad.

Calidad de la evidencia:
Alta

4.4.6.3. Recomendación

18. Se recomienda NO usar chupo de entretención mientras no se haya consolidado la lactancia materna.

Recomendación fuerte en
contra de la intervención

4.4.7. Pregunta 19

4.4.7.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo está indicada la administración de Vitamina D y de hierro?

4.4.7.2. Respuesta basada en la evidencia

No hay evidencia de buena calidad que evalúe el efecto del uso suplementario de Vitamina D en nuestro medio. Existe evidencia indirecta de que el uso suplementario de hierro en menores de 2 meses que reciben leche materna exclusiva puede tener beneficios.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.4.7.3. Recomendación

19.A. Se recomienda NO administrar rutinariamente vitamina D a los recién nacidos sanos.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

19.A.1. En caso de que el recién nacido a término sano no pueda ser expuesto a la luz solar al menos durante una hora a la semana, se recomienda la suplementación con 400UI día de vitamina D.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

Todo recién nacido sano y a término debe recibir desde el nacimiento un aporte de hierro elemental suficiente para satisfacer sus requerimientos, que son de alrededor de 1 mg/Kg/día. Esto se consigue con diferentes estrategias, de acuerdo con circunstancias específicas, según se explica en las siguientes recomendaciones:

19.B. En el caso de madres con estado nutricional subóptimo durante el embarazo y la lactancia, que planean ofrecer al recién nacido lactancia materna exclusiva o predominante, se recomienda administrar al niño, desde el nacimiento, un suplemento que aporte 1 mg/Kg/día de hierro elemental hasta que se introduzca alimentación complementaria adecuada.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

19.B.1. En el caso de madres con estado nutricional óptimo durante el embarazo y la lactancia, que planean ofrecer al recién nacido lactancia materna exclusiva o predominante, se recomienda administrar un suplemento que aporte 1 mg/Kg/día de hierro elemental a partir de los dos meses de edad hasta que se introduzca alimentación complementaria adecuada.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

Nota aclaratoria: La lactancia materna exclusiva en un recién nacido sano y a término e hijo de una madre bien nutrida satisface los requerimientos diarios de hierro durante los dos primeros meses.

19.B.2. En el recién nacido a término alimentado desde el nacimiento con fórmula láctea para recién nacidos, se recomienda NO administrar suplemento de hierro ya que la fórmula láctea satisface los requerimientos de un niño sano.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

4.5. Tópico 5. Cuidados generales del recién nacido durante la transición mediata, profilaxis específicas: enfermedad hemorrágica del recién nacido, profilaxis oftálmica

4.5.1. Pregunta 20

4.5.1.1. Pregunta

¿En recién nacidos sin factores de riesgo cuál es el método más seguro para ligar el cordón umbilical?

4.5.1.2. Respuesta basada en la evidencia

No existe evidencia clínica o epidemiológica comparativa que evalúe los beneficios o desventajas de los distintos métodos para ligar el cordón umbilical. Hay estudios observacionales y de factibilidad y descripciones y estandarizaciones de diferentes técnicas y sistemas (tecnologías) realizadas por los desarrolladores y adoptadas por consensos de expertos.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.5.1.3. Recomendación

20.A. Se recomienda siempre ligar el cordón umbilical para prevenir el sangrado. La ligadura del cordón debe ser aséptica, y fácil de utilizar.

Recomendación débil a favor de la intervención

20.B. Se recomienda como primera opción la ligadura de caucho, seguida de la pinza plástica y de las cintas umbilicales.

Recomendación débil a favor de la intervención

4.5.2. Preguntas 21 y 22

4.5.2.1. Pregunta 21

¿En recién nacidos sin factores de riesgo, el uso sistemático de vitamina K1 comparado con no usarla disminuye el riesgo de enfermedad hemorrágica neonatal?
¿Cuándo se debe aplicar?

4.5.2.2. Pregunta 22

¿En recién nacidos sin factores de riesgo administrar vitamina K1 oral comparado con la administración muscular disminuye la morbilidad neonatal?

4.5.2.3. Respuesta basada en la evidencia (Preguntas 21 y 22)

Existe evidencia que el uso profiláctico de vitamina K tanto intramuscular como oral mejora los índices bioquímicos de la coagulación. Hay evidencia observacional de buena calidad de que disminuye el riesgo de enfermedad hemorrágica temprana del recién nacido.

Calidad de la evidencia:
Alta

4.5.2.4. Recomendación Preguntas 21 y 22

21. Se recomienda en recién nacidos a término y sin factores de riesgo la aplicación sistemática de 1mg de vitamina K una vez se termine el periodo neonatal inmediato de contacto piel a piel con la madre. La efectividad de la administración oral o IM es equivalente.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.5.3. Preguntas 23 y 24

4.5.3.1. Pregunta 23

¿Está indicado el uso rutinario de profilaxis oftálmica?

4.5.3.2. Pregunta 24

En caso de estar indicada la profilaxis oftálmica, ¿Cuál es el medicamento indicado?

4.5.3.3. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia de buena calidad que muestra el beneficio del uso de profilaxis oftálmica para la conjuntivitis neonatal en medios en los que hay probabilidad de transmisión de gérmenes del in-troito materno durante el paso del niño a través del canal del parto.

Calidad de la evidencia:
Alta

Existe evidencia que la profilaxis con nitrato de plata 1%, eritromicina 0.5% y povidona yodada 2.5% son igualmente efectivos contra la oftalmia neonatal, sin embargo hay mayor beneficio contra la oftalmia por *Chlamydia Trachomatis* con el uso de la povidona yodada al 2.5%.

4.5.3.4. Recomendación

23.A. Se recomienda para la prevención de la oftalmía neonatal la aplicación de profilaxis oftálmica en todos los recién nacidos tan pronto como sea posible después del parto sin interrumpir el contacto piel a piel, con solución oftálmica de povidona yodada 2.5%, una gota en cada ojo.

Recomendación fuerte en
favor de la intervención

23.B. Para la prevención de oftalmía por gono-coco, las efectividades de la aplicación tópica de solución de pomada de eritromicina al 0,5%, de la pomada de tetraciclina al 1% o de povidona yodada al 2,5% o de nitrato de plata al 1%, son equivalentes, por lo que se recomienda el uso de cualquiera de ellas. Con nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes. Debido a la existencia de evidencia local de efectividad y a que por su color, la yodopovidona permite saber si al recién nacido se le administró profilaxis, se sugiere utilizar yodopovidona al 2.5% como primera opción.

Recomendación fuerte en
favor de la intervención

4.6. Tópico 6. Inmunizaciones neonatales

4.6.1. Pregunta 25

4.6.1.1. Pregunta

¿Cuál es el esquema recomendado de vacunación en recién nacidos sin factores de riesgo?

4.6.1.2. Punto de buena práctica

25. La normatividad vigente en Colombia prescribe la vacunación neonatal de todo recién nacido sano y a término. Se administra durante las primeras 12 horas de vida y antes del egreso hospitalario la primera dosis de vacuna inactivada (subunidad viral) para hepatitis B y una dosis única de vacuna BCG (Bacilo de Calmete y Guerin) para la tuberculosis.

4.7. Tópico 7. Detección y manejo de problemas de la transición: Ictericia

4.7.1. Pregunta 26

4.7.1.1. Pregunta

¿En recién nacidos a término y aparentemente sanos, cuáles son las indicaciones de tomar hemoclasificación al nacer?

4.7.1.2. Respuesta basada en la evidencia

No existe evidencia que evalúe el beneficio de conocer la hemoclasificación de un recién nacido sin factores de riesgo. Por lógica fisiopatológica sólo se justifica hemoclasificar a un niño asintomático que pudiera tener incompatibilidad con la sangre materna. Las madres del grupo sanguíneo O tiene aglutininas antiA y antiB. Las madres Rh negativas (D negativas) en caso de isoimmunizarse producen anticuerpos antiRh (antiD). En estos casos podría ser de utilidad conocer rutinariamente la hemoclasificación del niño.

**Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación
basada en opinión de
expertos**

4.7.1.3. Recomendación

26. Se recomienda tomar una muestra sanguínea de cordón (vena umbilical, por punción, evitando contaminación con sangre materna) para hemoclasificación a recién nacidos cuyas madres tengan grupo sanguíneo O o Rh negativo.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.7.2. Pregunta 27

En recién nacidos a término, aparentemente sanos y sin factores de riesgo y con ictericia neonatal, ¿la aparición temprana de ictericia (antes de las 24 horas) se asocia con un riesgo mayor de toxicidad por bilirrubina, necesidad de estudio o tratamiento, que la ictericia de aparición posterior a las 24 horas de vida?

4.7.2.1. Respuesta basada en evidencia

Existe evidencia de que la ictericia de aparición temprana (antes de las 24 horas de vida) requiere de intervención médica.

Calidad de la evidencia: Moderada

4.7.2.2. Recomendación

27. Se recomienda vigilar clínicamente a todo recién nacido sano y a término y sin factores de riesgo para detectar ictericia de aparición temprana (antes de las 24 horas de vida). En caso de detectarse ictericia temprana, se deben realizar valoraciones paraclínicas y si hay hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina indirecta (que será el hallazgo más frecuente) se debe iniciar fototerapia.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.7.3. Pregunta 28

4.7.3.1. Pregunta

En recién nacidos sin factores de riesgo, ¿cuál es la presentación clínica (áreas del cuerpo con ictericia, intensidad de la ictericia) que se asocia con mayor riesgo de

necesidad de tratamiento, niveles patológicos de bilirrubina y niveles tóxicos de bilirrubina?

4.7.3.2. Respuesta basada en la evidencia

La evidencia muestra que no hay una buena correlación entre la distribución e intensidad de la ictericia y en piel y mucosas visibles en el examen físico del recién nacido y los niveles sanguíneos de bilirrubina. La ausencia de ictericia suele asociarse con valores bajos o normales de bilirrubinas séricas.

Calidad de la evidencia:
Muy baja

4.7.3.3. Recomendación

28.A. Se recomienda evaluar la presencia de tinte icterico en todos los encuentros con el personal médico durante el período neonatal. Si se encuentra ictericia se debe documentar su intensidad y extensión. Cuando hay ictericia después de las 24 horas, se debe investigar la presencia de factores de riesgo. Se debe considerar la cuantificación de los niveles de bilirrubina sérica.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

28.B. Se recomienda hacer búsqueda activa bajo una luz natural y anotar la extensión de la ictericia en piel, escleras y encías.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

4.7.4. Pregunta 29

4.7.4.1. Pregunta

¿En recién nacidos a término sin factores de riesgo, la exposición a la luz solar directa por 15 a 30 minutos dos veces al día durante las primeras dos semanas de vida, disminuye la incidencia de ictericia patológica?

4.7.4.2. Respuesta basada en la evidencia

No existe evidencia que apoye el uso de exposición sola por cortos períodos para disminuir el riesgo de aparición de ictericia patológica. Se han

Calidad de la evidencia:
Muy baja

reportado riesgos con la exposición solar como quemaduras y posibilidad lejana de cáncer de piel.

4.7.4.3. Recomendación

29. Se recomienda NO hacer exposición a luz solar directa por períodos de 15 a 30 minutos o más prolongados como método preventivo para la aparición de ictericia patológica en recién nacidos, ya que no hay evidencia de que prevenga o atenúe la ictericia patológica y si presenta riesgos para el recién nacido (quemaduras por luz solar).

Recomendación fuerte en contra de la intervención

4.8. Tópico 8. Tamización de displasia de caderas

4.8.1. Pregunta 30

4.8.1.1. Pregunta

¿Está indicado tamizar para displasia de caderas con radiografía simple de cadera en recién nacidos y lactantes sin factores de riesgo ni hallazgos en el examen físico?

4.8.1.2 Respuesta basada en la evidencia

No existe evidencia que muestre los beneficios de hacer tamizaje universal para displasia de caderas en recién nacidos sin factores de riesgo.

**Calidad de la evidencia:
Muy baja**

4.8.1.3. Recomendación

30. Se recomienda NO realizar tamización con radiografía de cadera o con ecografía dinámica de la cadera en recién nacidos y lactantes sin factores de riesgo ni hallazgos al examen físico de la cadera adecuadamente realizado.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

4.9. Tópico 9. Políticas de egreso hospitalario

4.9.1. Pregunta 31

4.9.1.1. Pregunta

¿Bajo qué condiciones se les puede dar salida a los recién nacidos sin factores de riesgo?

4.9.1.2. Respuesta basada en la evidencia

La evidencia disponible no reporta diferencias entre la salida a las 24 horas y después de las 24 horas; o entre 48 horas y después de 48 horas en cuanto a complicaciones del recién nacido o de la madre. Sin embargo no se encontró literatura que considere o que evalúe la salida del recién nacido y de la madre a las 6 horas, o incluso antes de las 24 horas. Las buenas prácticas clínicas habituales en la mayor parte de los sistemas de salud no contemplan el egreso hospitalario del recién nacido aparentemente sano y sin factores de riesgo antes de las 24 horas de edad. Hay necesidad de observar su transición durante al menos las primeras 24 horas para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar pruebas de tamización para errores innatos del metabolismo y cardiopatía congénita (ver GAI de detección de anomalía congénita), reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, entre otras cosas.

Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.9.1.3. Punto de buena práctica

31. No se debe dar salida al recién nacido aparentemente sano y sin factores de riesgo antes de las 24 horas de vida, para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar pruebas de tamización para errores innatos del metabolismo y cardiopatía congénita (ver GAI de detección de anomalía congénita), reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, entre otras cosas.

4.9.1.4. Recomendación

31.A. Se recomienda dar salida al recién nacido y a la madre después de 24 horas postparto siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios:

Recomendación fuerte a favor de la intervención

- Parto vaginal
- Recién nacido a término con examen clínico normal
- Adecuada succión y deglución del recién nacido
- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por médico o enfermera
- Acceso a acompañamiento para la lactancia (un médico o asesor de lactancia que responda las llamadas)
- Evidencia de como mínimo una micción y una deposición del recién nacido
- Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido si la madre tiene grupo sanguíneo O ó un Rh negativo; y aplicación de gammaglobulina anti-D si es el caso.
- Conocimiento de la prueba materna de VIH y sífilis
- Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B)
- Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo.
- Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento.
- Condiciones maternas aptas para la salida presentadas por el servicio de ginecoobstetricia.
- Tener cita de control asignada en tres días por la madre y el recién nacido por el equipo médico.
- Facilidad de acceso a las citas de control

- Facilidad en la oportunidad de consulta
- Asegurar que no haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa y que la hora de salida sea adecuada para la seguridad y confort de la familia.

4.9.2. Pregunta 32

4.9.2.1. Pregunta

¿Qué recomendaciones y de qué manera deben recibir los padres antes del egreso hospitalario del recién nacido a término y aparentemente sano?

4.9.2.2. Respuesta basada en evidencia

No hay evidencia observacional ni experimental sobre contenidos de recomendaciones. Hay consensos de expertos y documentos prácticos elaborados por sistemas e instituciones de salud.

**Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación
basada en opinión de
expertos**

4.9.2.3. Recomendación

32. Se debe entregar material escrito adecuado que sirva como guía de los cuidados y manejo del recién nacido, para reforzar las actividades de educación y promoción realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido. Cada institución debe tener material escrito adecuado disponible para entregar a los padres al egreso. Consultar documento anexo “Recomendaciones de salida para padres de recién nacidos sanos sin factores de riesgo”, que sirve como referente para adoptar, adaptar o producir documentos institucionales para padres en cada institución que atiende recién nacidos.

**Recomendación fuerte a
favor de la intervención**

4.9.3. Pregunta 33

4.9.3.1. Pregunta

En recién nacidos sin factores de riesgo ¿con qué se debe limpiar el muñón del cordón umbilical?

4.9.3.2. Respuesta basada en la evidencia

En países de ingresos medios o altos, hay evidencia de que el uso de soluciones antisépticas y/o antibióticos tópicos para el cuidado del muñón umbilical no cambian el riesgo de infección o muerte por onfalitis. La evidencia sugiere que mantener el muñón seco es suficiente.

Calidad de la evidencia:
Alta

4.9.3.3. Recomendación

33. Se recomienda que el muñón umbilical del recién nacido sano se mantenga limpio y seco hasta que se momifique y caiga (manejo “seco”) sin aplicar antisépticos o antibióticos tópicos al muñón umbilical.

Recomendación fuerte a
favor de la intervención

4.9.4. Pregunta 34

4.9.4.1. Pregunta

¿Cuáles son las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita en recién nacidos sin factores de riesgo?

4.9.4.2. Respuesta basada en la evidencia

Existe evidencia que identifica factores de riesgo modificables para el síndrome de muerte súbita del recién nacido y el lactante: posición al dormir, obstrucción de la cara y vía aérea por cobijas, temperatura ambiental alta, tabaquismo materno durante el embarazo y exposición pasiva a humo de tabaco y el colecho para el sueño nocturno.

Calidad de la evidencia:
Baja

4.9.4.3. Recomendación

34. Se debe cumplir con las siguientes recomendaciones para disminuir el riesgo de muerte súbita del recién nacido y del lactante:

Recomendación fuerte a favor de la intervención

- 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.

4.9.5. Pregunta 35

4.9.5.1. Pregunta

En recién nacidos sin factores de riesgo ¿cuándo se debe hacer el primer control médico ambulatorio?

4.9.5.2. Respuesta basada en la evidencia

La evidencia indirecta muestra que el control a los 3 días puede detectar cercanamente pacientes en riesgo en los momentos críticos.

**Calidad de la evidencia:
Baja**

4.9.5.3. Recomendación

35. Se recomienda hacer una consulta control por un médico, preferiblemente un pediatra, a las 72 horas después del nacimiento.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

5. Referencias Bibliográficas

- (1) Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Ministerio de la Protección Social de Colombia 2009 November 23; Available from: URL: www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOLÓGICA%2023%2011%2009-1.pdf
- (2) Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011 April;64(4):383-94.
- (3) The ADAPTE Collaboration. Resource toolkit for guideline adaptation . 1 ed. 2007.
- (4) New Zealand Guidelines Group. Notes on the adaptation / Synthesis of guidelines. www.nzgg.org.nz 2007; Available from: URL: www.nzgg.org.nz
- (5) Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines 11-making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012 April 27.
- (6) Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R et al. GRADE guidelines 12. Preparing Summary of Findings tables-binary outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012 May 18.