



Título del documento:	PROTOCOLO PRIMERA VISITA RECIÉN NACIDO
Tipo de documento:	protocolo
Elaborado por:	Comisión de lactancia materna
Código del documento:	

Gestión de aprobación y de modificaciones

Aprobación/ revisión	Fecha realización	Fecha modificación	Validación por	Fecha validación	Fecha siguiente revisión
Versión núm. 1	15/10/2013		Dirección	Noviembre 2013	Octubre 2016
Versión núm 2		06/06/2017	Dirección	Septiembre 2017	Octubre 2020

Distribución del documento

Destinatarios
Profesionales EAP
Comisión Calidad
Dirección



1.INTRODUCCIÓN

La primera visita del bebé se programará en la agenda de enfermería de pediatría dentro de las 48-72 horas post-alta hospitalaria, siguiendo el "Protocolo de asignación de la primera visita".

2.OBJETIVOS:

- Acoger al recién nacido y su familia asegurando así la continuidad asistencial después del parto.
- Realizar una valoración precoz del recién nacido a fin de detectar signos de alarma o situaciones de riesgo.
- Valorar y ayudar en el establecimiento de la lactancia materna eficaz.

3.PROCEDIMIENTO

En la primera visita del recién nacido, enfermería de pediatría acoge la familia del recién nacido y valora y registra en la Historia Clínica informatizada:

- Documentación referente al embarazo y el parto. Datos del parto y del alta.
- Antecedentes familiares y valoración del entorno socio-familiar. Valoración antecedentes médicos- quirúrgicos y medicación de la madre, estado anímico y soporte pareja/entorno.
- Comprobación que se ha realizado el Diagnóstico Precoz y otoemisiones.
- Exploración física del recién nacido: peso (relación con el peso del nacimiento), deposiciones, micciones y valoración del estado general: hidratación, fontanelas, coloración (ictericia), tono (hipo o hipertonia), cabeza y cara (hematomas, tortícolis, asimetrías), y boca/lengua (retrognatia, anquiloglosia).
- Tipo de alimentación: materna (a) o leche de fórmula (b)
 - a. En el caso de **lactancia materna** preguntar cómo se está realizando (pautada, a demanda, si conoce señales de hambre...), la vivencia y si la madre tiene dolor o hay dificultades. Signos de eyección de leche.

Valorar los ítems indicadores de buena instauración de la lactancia y de los signos de alarma del siguiente cuadro e invitar a la madre a poner al niño en el pecho para observar una toma según la ficha de la Unión Europea (anexo 1).

Cuando enfermería detecta algunas señales de alerta lo derivará a pediatría en el mismo momento de la visita y conjuntamente con la familia harán un Plan de actuación. Siempre valorar el contexto, un signo aislado no significa un problema, pero sí que indica que necesita supervisión.



Taula 1:

INDICADORES DE BUEN INICIO E INSTAURACIÓN DE LM			
ESTADO GENERAL	Niño alerta, activo, interés en las tomas		
SUCCIÓN	≥ 8 tomas <u>efectivas</u> en 24 horas Signos de transferencia de leche y buen acoplamiento y agarre.		
PESO Valorar: • % pérdida de peso al nacer • Día que recupera el peso al nacer	IDEAL: Primeros 2 días: Pérdida < 4 – 6% 3º a 5º día: Empieza a recuperar. > 4º día: Curva de peso ascendente (gana □ 20-35 gr/día) ≤ 7º día: iguala o supera el peso al nacer. <u>Variabilidad:</u> Cuando el peso al nacer es alto: pérdida ≤ 14%		
DEPOSICIONES (Valoración aspecto más importante que el número)	Edad	Nombre	Aspecto
	1-2 días	1-2	Verdoso-negro, pegajoso. “Meconio”
	3-6 días	>/=3	Verdosas, cambiantes. “Transición”
	7 días- 6 semanas	>/=3	Amarillas, líquidas. “Típicas”
	>6 semanas	Variable (pueden pasar días sin deposiciones)	blandas
MICCIONES	Días	Pañales mojados llenos	Menos pañales mojados llenos de los normales por días de vida. Micción color anaranjado, rogizo, amarillo intenso (urats)>4 día.
	1-2 días	1-2	
	3-6 días	5-8	
	>6 días	5-6	



**** Cálculo del % pérdida de peso = (peso nacimiento – pes actual) /**
peso nacimiento x100

Ejemplo: Peso nacimiento: 3.200 gr

Peso el día 4 de vida: 3.000 gr (= peso actual)

$(3.200 - 3.000) / 3.200 \times 100 = 6,25\%$ pérdida de peso al 4º día de vida

Se realiza el Plan de Curas de Enfermería adecuado a la atención a la lactancia y Consejería en lactancia materna según el punto 3.2.

- b. En el caso de **alimentación con leche de fórmula** se pregunta cómo se preparan y se dan los biberones.

Se realiza el cálculo aproximado de necesidades de leche de fórmula según el peso y la edad gestacional del recién nacido:

Recién Nacido a término y peso adecuado la edad gestacional:

Días de vida	ml/toma (aproximada 8 tomas/día)
1	10-20ml/toma
2-8 días	Augmentar 10ml/toma cada día
>8 días	90 ml/toma



Recién nacido a término o bajo peso de edad gestacional:

Peso 2.200-2.600g Edad gestacional 36 semanas	7-8 días 60 ml/toma 2a semana 70ml/toma 3a semana 80 ml/toma 4a semana 90ml/toma
Peso <2.200 Edad gestacional < 36 semanas	Comentar a la pediatra

SIEMPRE asegurar que no toma ninguna otra cosa excepto leche.

3.1. Manejo del recién nacido que es amamantado que no aumenta bien de peso/ recién nacido de riesgo.

A partir 4-5 días, es importante distinguir entre un recién nacido que tiene un aumento de peso lento y uno que presenta problemas con insuficiente aumento de peso:

R.N. TIPO A: AUMENTO DE PESO LENTO	R.N. TIPOS B: NO AUMENTA BIÉN DE PESO (FALLO DE MEDRO)
Está alerta, apariencia saludable, activo. Buen tono muscular y piel bien hidratada. Orina clara al menos 5 micciones al día Deposiciones frecuentes, o infrecuentes pero abundantes Succión eficaz 8 o más tomas en 24h, a demanda del R.N. que es quien determina la duración. Reflejo de eyección presente Aumento de peso lento, pero consistente	Apática, llanto débil Hipotonía, deshidratación Orina concentrada, menos de 5 al día Infrecuentes o nulas deposiciones Menos de 8 tomas al día, normalmente muy breves Signos de eyección pobres o ausentes Deficiente y errático aumento de peso o nulo. Succión ineficaz



El R.N. tipo A es un bebé sano que solo requerirá el seguimiento, consejo y soporte como el resto de bebés, relativizado el aumento de peso y enseñando a los padres a identificar señales de salud y de riesgo.

Cuando se detecten signos de alarma de la tabla 1 y también correspondientes al tipo de bebé B será muy importante revisar toda la anamnesis y exploración del R.N. y de la madre (puntos 4 y 5.1) y planificar conjuntamente las acciones a seguir.

El abordaje y manejo del R.N. que aumenta mal de peso dependerá de las causas:

1. Cuando la producción de la leche de la madre es baja, pero el bebé succiona eficazmente:

- Descartar causas de hipogalactia vera (ver Protocolo lactancia) como hipotiroidismo no tratado o cirugía mamaria previa que pueden condicionar la producción láctea y ser motivo de suplementar con leche de fórmula al R.N.
- Asegurar que la posición y el agarre es correcta.
- Aumentar el número de tomas, mínimo 10-12 en 24h.
- Ofrecer un pecho hasta que el R.N. lo vacíe y ofrecer después el otro si quiere.
- Dejar suficiente tiempo para que el R.N. obtenga toda la leche «del final», al menos 20 minutos del primer pecho.
- Evitar biberones, chupetes y pezoneras.
- Alimentarse e hidratarse correctamente y descansar.
- Buscar soporte.
- Control estricto, cada 24h, del peso del R.N. hasta que la curva ascienda.

2. Si el R.N. no succiona eficazmente:

Añadir a todas las acciones anteriores:

- Comprimir el pecho a la boca del R.N. durante la toma.
- Extracción de leche materna, después de cada toma del R.N., al menos 8 veces en 24h.
- Suplementar al bebé con leche materna como primera opción (si la madre tiene buena producción) o leche de fórmula (si no es posible suficiente extracción) individualizando en cada caso el sistema de administración (ver el protocolo Lactancia materna).
- Después de dar el suplemento, mejor volver a poner al R.N. al pecho para que relacione el bienestar y la satisfacción en el pecho.
- En caso de frenillo sublingual corto que dificulte la toma eficaz, recomendar la posición de caballito o biológica y valorar la frenotomía.



Si la pérdida de peso del bebé es excesiva y la madre no consigue una extracción suficiente de leche para suplementar adecuadamente, será necesario dar leche de fórmula. Cuando esto ocurra se dará toda la cantidad que sea necesaria. Se repartirán los suplementos a lo largo del día, cada 3 horas. El objetivo es que el niño recupere el peso y aumente fuerza y capacidad de mamar eficazmente lo antes posible. Siempre que se suplemente con leche de fórmula es muy importante mantener la extracción de leche para proteger la producción (al menos 6-8 veces en 24h). Hay que registrarlo en la Historia Clínica del R.N.

3.2. Contenido de la información sobre lactancia materna que se dará a todas las madres que amamantan y aconsejará:

Se darán los folletos informativos pertinentes que no se les haya entregado anteriormente: *“Guía para las madres que amamantan”*, *Recursos del CAP y grupos de ayuda* de la zona, el *Sueño del R.N* y *Normativa de Lactancia*. I se explicará:

- Importancia de una postura adecuada y agarre y como conseguirlo.
- Importancia de la lactancia materna a demanda, como entender señales precoces de hambre.
- Importancia de la piel a piel y contacto próximo.
- No dar nada más que leche.
- Importancia de las tomas nocturnas. Colecho y normas de seguridad para practicarlo.
- Como reconocer los signos de una lactancia adecuada: cuantas tomas tiene que hacer, como mínimo en 24h, cantidad de micciones i coloración y olor de la orina, nº de deposiciones/día y aspecto, presencia o no de ictericia.
- Riesgo de la utilización de biberones de leche de fórmula cuando no está indicado, pezoneras y chupetes en el establecimiento de una buena lactancia y producción de leche.
- Qué hacer y con quien contactar si se sospecha que el bebé no está mamando bien. Dar hojas de recursos del CAP y de la comunidad si no los tienen.
- Invitación a participar en el Taller de Lactancia Materna del CAP.

3.3. Contenido de la información que es dará a todas las madres que no amamantan y aconsejará:

- Se dará el folleto *“Recomendaciones para la madre que alimenta con leche de fórmula”* que incluye la preparación segura de la leche de fórmula.



- Explicar la técnica de dar el biberón pautado para el R.N. o Método Kassing, ofrecer el biberón muy horizontalmente, acercando la tetina a la boca y dejando que sea el R.N. quién se agarre. Hacer paradas retirando un poco la tetina i dejando que sea el R.N. quién vuelva a agarrarse según sus necesidades.
- Siempre se aconseja dar el biberón con el bebé en brazos, alternando de lado.
- No dar otra cosa que no sea leche.
- Importancia del contacto piel con piel y contacto próximo, para una buena vinculación con el R.N.

3.4. Cierre de la visita y programación de la visita siguiente:

- Consejo sobre curas del R.N.: higiene, sueño, cura del ombligo. Consejo sobre alimentación tal y como ha quedado especificado en los puntos 3.2 y 3.3.
- Si no hay ningún factor de riesgo del R.N. y la valoración es correcta, se citará para la próxima visita conjunta de pediatría y enfermería, para realizar toda la exploración completa según el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica de la Generalitat de Catalunya. Esta visita debe ser en los primeros 14 días de vida del R.N., **preferentemente en menos de una semana después de la primera visita. (3-4 días).**
- Si en la primera visita se detecta algún problema o riesgo, se avisará al/la pediatra para que le visite lo antes posible.
- Dependiendo de la valoración de la lactancia, si esta precisa más apoyo, se citará de nuevo con enfermería en 24-48 horas y posteriores días hasta que la lactancia esté bien estabilizada y el peso ascienda.
- Ver algoritmo en el anexo 2.

4. REGISTRO

Los datos de esta visita se registraran en la historia clínica informatizada del R.N., en lo siguientes apartados:



4.1. **Datos generales:** icona “chupete” se abrirán los apartados descritos a continuación.

Datos generales de la familia: antecedentes médicos, situación laboral, vivienda, hábitos...



Datos sobre el embarazo:

ECAP 10.0.0 - Connexió: CAP TORDERA ANNA POL PONS P62EUAPP

prstg456 - Programa de les dades personals
GONZALEZ FLORES, AXEL (HOME, 21 DIES)

GOFL017052200

Embaràs

Embaràs

Acceptació:

Control:

Visita prenatal / pediàtrica:

Observacions:

Dabeta gestacional

Anterior Reavament Guardar Sortir sense guardar

inici ECAP GIRONA Weblog... CALENDARS FORMAC... DOCUMENTS EN FOR... Portal d'Aplicacions [L... Protoco_Nado.docx - ... ECAP 10.0.0 - Connex... CA | A | 09:23

Datos sobre el nacimiento:

ECAP 10.0.0 - Connexió: CAP TORDERA ANNA POL PONS P62EUAPP

prstg456 - Programa de les dades personals
GONZALEZ FLORES, AXEL (HOME, 21 DIES)

GOFL017052200

Naixement

Naixement

Lloc: Hospital:

Setmanes de gestació:

Tipus part: Presentació:

Appar: 1' -> 0.10 9
5' -> 0.10 10
10' -> 0.10 10

Pes: Talla: Perímetre cranial:

Críticatge precop neonatal: Críticatge hipoxèmia neonatal:

Observacions:

rac: infecció per diabeta gestacional. Taquipnea transitoria d'adaptació.
bifa a sala 7,7mg/dl

Anterior Alimentació Guardar Sortir sense guardar

inici ECAP GIRONA Weblog... CALENDARS FORMAC... DOCUMENTS EN FOR... Portal d'Aplicacions [L... Protoco_Nado.docx - ... ECAP 10.0.0 - Connex... CA | A | 09:23



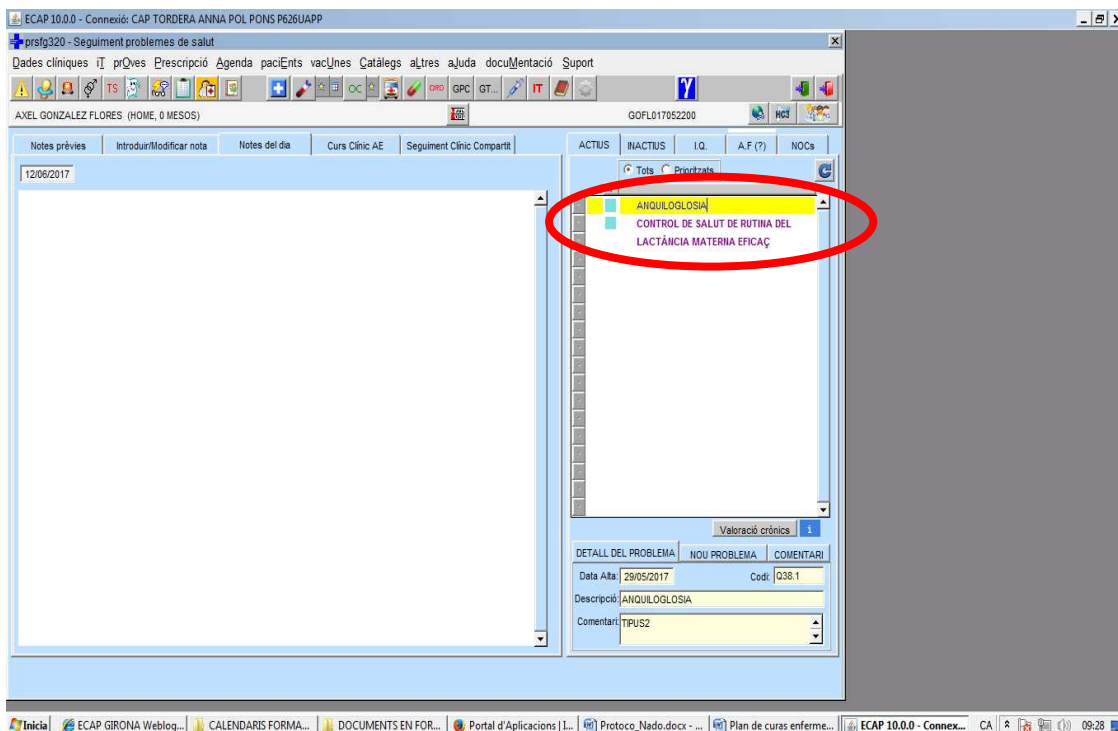
Registro de la primera visita conjunta pediatría+enfermería pediátrica:

4.2.Diagnósticos:

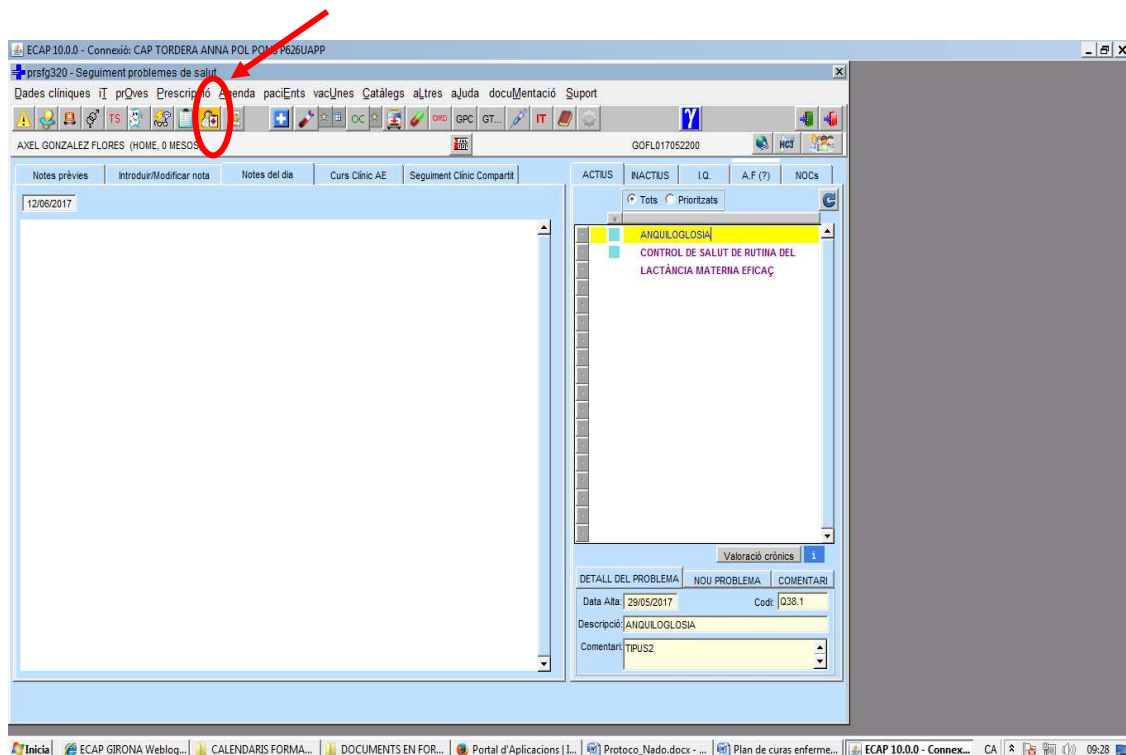
En toda primera visita se codificará el diagnóstico “Z00.1- Control de salud de rutina del niño”, desde donde colgarán todas las visitas preventivas.

Si sigue lactancia materna se etiquetará el diagnóstico de enfermería NANDA “lactancia materna eficaz” o “lactancia materna ineficaz”, según sea pertinente y se desarrollará el Plan de Curas.

Si hay otros diagnósticos también se codificarán (ictericia neonatal, anquiloglosia...)



4.3. Plan de curas de enfermería en lactancia materna: Nos servirá para hacer el registro de la observación de la toma y el seguimiento de la lactancia materna.





El Plan de Cures para la lactancia materna eficaz está estandarizado:

ECAP 10.0.0 - Connexió: CAP TORDERA ANNA POL PONS P626UAPP
prsfq255 - Pla de cures d'infermeria
ONIA SUÑE TEIXIDO (DONA, 0 MESOS) SUTE114011600

Problemes de Salut
20/01/14 100106 - LACTÀNCIA MATERNA EFICAÇ

Criteris de Resultats Esperats (HOC)
ESTABLIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA: LACTANT
ESTABLIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA: MARE

Classificació d'Intervencions d'Infermeria (NIC)
ASSESSORAMENT EN LA LACTÀNCIA
5244 - UTILITZACIÓ D'UN PROCÉS INTERACTIU D'ASSISTÈNCIA PER AJUDAR EN EL MANTENIMENT D'UNA ALIMENTACIÓ DE PIT SATISFACTORI

Activitats
ENSENYAR TÈCNICA CORRECTA ALLETAMENT
EXPLICAR BENEFICIS LACTÀNCIA MATERNA
TÈCNICA DEL BUIDAT I CONSERVACIÓ LLET
EVITAR CLIVELLES ALS MUGRONS
CONTROL PONDERAT PERIÒDICAMENT

1000 - UNIÓ I SUCCIÓ DEL LACTANT AL PIT DE LA MARE PER A LA SEVA ALIMENTACIÓ DURANT LES PRIMERES 3 SETMANES DE LACTÀNCIA
I = Inicial
F = Final
M = Manteniment

100106 - LACTÀNCIA MATERNA EFICAÇ
-(NOC) ESTABLIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA: LACTANT
-(NIC) ASSESSORAMENT EN LA LACTÀNCIA
-(ACT) ENSENYAR TÈCNICA CORRECTA ALLETAMENT
-(ACT) EXPLICAR BENEFICIS LACTÀNCIA MATERNA
-(ACT) TÈCNICA DEL BUIDAT I CONSERVACIÓ LLET
-(ACT) EVITAR CLIVELLES ALS MUGRONS
-(ACT) CONTROL PONDERAT PERIÒDICAMENT
-(ACT) AVALUAR LA SUCCIÓ/DEGLUCIÓ DEL NADÓ
-(ACT) ENSENYAR PATRONS D'EVAACUACIÓ URINÀRIA
-(ACT) ENSENYAR A LA MARE CREIXEMENT NADÓ
-(ACT) CORREGIR CONCEPTES ERRONIS
-(ACT) DIFERENCIAR ERROR ALLETAMENT INSUFICIENT
-(ACT) FOMENTAR UNA LACTÀNCIA CONTINUA
-(NOC) ESTABLIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA: MARE
-(NIC) AJUDA EN L'ALLETAMENT MATERN
-(NIC) ASSESSORAMENT EN LA LACTÀNCIA
-(ACT) ENSENYAR TÈCNICA CORRECTA ALLETAMENT
-(ACT) EXPLICAR BENEFICIS LACTÀNCIA MATERNA
-(ACT) TÈCNICA DEL BUIDAT I CONSERVACIÓ LLET
-(ACT) CONTROL PONDERAT PERIÒDICAMENT
-(ACT) AVALUAR LA SUCCIÓ/DEGLUCIÓ DEL NADÓ
-(ACT) ENSENYAR A LA MARE CREIXEMENT NADÓ
-(ACT) CORREGIR CONCEPTES ERRONIS
-(ACT) AVALUAR COMPRESIÓ PAUTES ALIMENTACIÓ

Mostrar arbre NADA Verificar Pla de Cures

ECAP 10.0.0 - Connexió: CAP TORDERA ANNA POL PONS P626UAPP
prsfq255 - Seguiment pla de Cures
ONIA SUÑE TEIXIDO (DONA, 0 MESOS) SUTE114011600

PLA DE CURES | ACTIVITATS | INTERVENCIONS

Problemes de Salut
LACTÀNCIA MATERNA EFICAÇ

Metas
A (NOC) ESTABLIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA: LACTANT 5 11/02/14
A (NIC) ASSESSORAMENT EN LA LACTÀNCIA 5 11/02/14
A (NOC) ESTABLIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA: MARE 5 11/02/14
A (NIC) AJUDA EN L'ALLETAMENT MATERN 5 11/02/14
A (NIC) ASSESSORAMENT EN LA LACTÀNCIA 5 11/02/14

Seguiment clínic
04/02/14 29/01/14 28/01/14 Darrer Valor
FET* 3 3*
FET* 3 4 3*
FET* FET* FET*

Anàlisi Valoració Infermeria de la visita actual
Pla definit per un altre professional Estàndard NIC amb activitats i/o variables

Seguiment clínic



5.ANEXOS:

ANEXO 1: FICHA OBSERVACIÓN DE UNA TOMA DE LACTANCIA MATERNA (UNION EUROPEA)

ANEXO 1. OBSERVACIÓN DE LA TOMA

Signos de que la lactancia va bien	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del bebé	
• Madre relajada y cómoda • Bebé en estrecho contacto con su madre • Cabeza y cuerpo del bebé alineados • La barbilla del bebé toca el pecho • Cuerpo del bebé bien sujeto • El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón • Contacto visual entre la madre y el bebé	• Hombros tensos, inclinados hacia el bebé • Bebé lejos del cuerpo de la madre • Cabeza y cuello del bebé girados • La barbilla del bebé no toca el pecho • Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé • El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón • No hay contacto visual madre-bebé
Lactante	
• Boca bien abierta • Labios superior e inferior evertidos • La lengua rodea el pezón y la areola* • Mejillas llenas y redondeadas al mamar • Más areola por encima del labio superior • Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas • Puede verse u oírse tragar al bebé	• Boca poco abierta • Labios apretados o invertidos • No se ve la lengua* • Mejillas hundidas al mamar • Más areola por debajo del labio inferior • Movimientos de succión superficiales y rápidos • Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
• Humedad alrededor de la boca del bebé • El bebé relaja progresivamente brazos y piernas • El pecho se ablanda progresivamente • Sale leche del otro pecho • La madre nota el reflejo de eyección** • El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma	• Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente • La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón • El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido • La madre no refiere reflejo de eyección** • La madre ha de retirar al bebé del pecho

*Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.

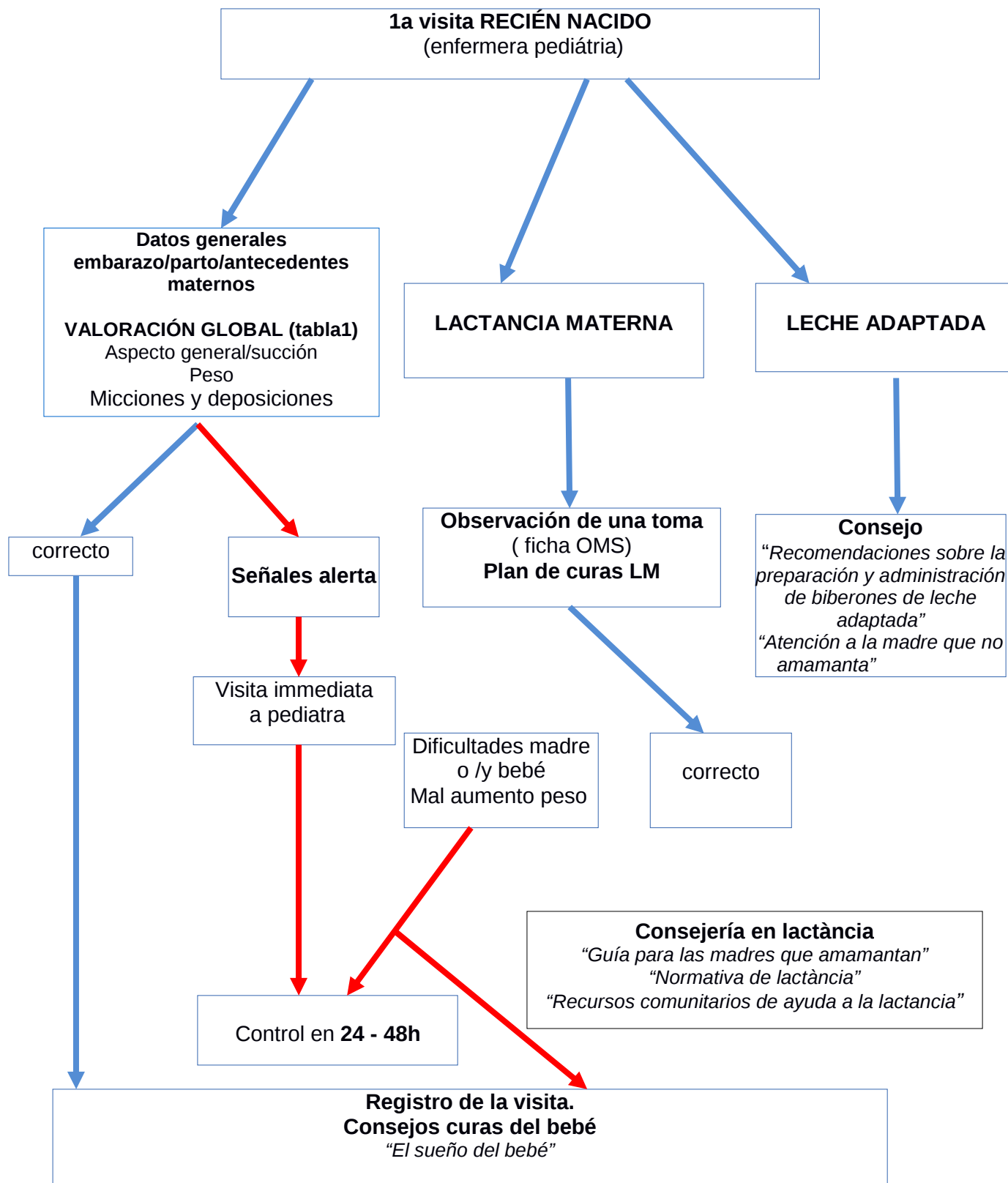
**La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuerzos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

Fuente: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños:

Normas recomendadas por la Unión Europea. 2006.



ANNEXO 2: ALGORITMO PRIMERA VISITA RECIÉN NACIDO.



Programación próxima visita en **< 7 días**, mejor a los 3-4 días (bebé <de 14 días de vida)
Infermera+ pediatra