Cuidados del Recién Nacido en la Sala de Partos

Myriam Martín Castillo (1)
Ana María Alonso Benedí (2)
Belén De Pedro Picazo (3)
Enrique Ramón Arbués (4)

(1) Bloque obstétrico, Hospital Ernest Llunch, Calatayud, Zaragoza, España
(2) Centro de Salud San Pablo Zaragoza, España
(3) Centro de Salud Actur Norte de Zaragoza, España
(4) Obstetricia, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Martín Castillo, M; Alonso Benedí, AM; De Pedro Picazo, B; Ramón Arbués, E. **Cudiados del Recién Nacido en la Sala de Partos.** ENE. Revista de Enfermería. 5(3): http://enfermeros.org

Recibido:

Aceptado:

Resumen

Objetivo principal: Conocer las prácticas y actividades sobre el binomio madre-hijo que la evidencia científica actual muestra como recomendables tras el momento del parto.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica a través de las más importantes bases de datos biomédicas: PubMed, Cochrane Database, Embase y Science Direct, entre otras.

Resultados principales: Se describen las prácticas más recomendables en lo relativo a la valoración e identificación del recién nacido, la ligadura del cordón umbilical o la profilaxis de la oftalmia neonatal y la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Conclusión principal: El seguimiento de los protocolos de actuación sobre el neonato basados en la evidencia científica más actual permite minimizar la aparición de eventos adversos tanto en la medre como en el recién nacido.

Palabras clave: Recién nacido; cuidado posnatal; oftalmia neonatal; hemorragia del recién nacido; cordón umbilical.

Abstract

NEONATAL CARE IN THE DELIVERY ROOM

Objective: Knowing the practices and activities on the mother and child that current scientific evidence shows as recommended after the time of delivery.

Methods: A review was conducted through the most important biomedical databases: PubMed, Cochrane Database, Embase and Science Direct, among others.

Results: It describes recommended practices regarding the assessment and identification of the newborn, umbilical cord ligation or prophylaxis of ophthalmia neonatorum and hemorrhagic disease of the newborn.

Conclusions: Monitoring protocols for the infant based on scientific evidence is critical in minimizing adverse events in the postpartum period.

Keywords: Infant, Newborn; Postnatal Care; Ophthalmia neonatorum; Vitamin K Deficiency Bleeding; Umbilical cord.

Introducción

Cronológicamente, el periodo neonatal abarca los primeros 28 días de vida postnatal, periodo de tiempo que se estima necesario para completar la readaptación en el paso a la vida extrauterina(1).

La situación clínica en que se encuentra un recién nacido(RN) al nacimiento, se denomina estado neonatal y viene determinado por variables tales como la edad gestacional, el peso al nacimiento y la patología presente o probable(2).

Un RN cuyo estado neonatal es considerado normal es aquel cuya edad gestacional se encuentra entre las 37 y 42 semanas, su peso es el adecuado para la edad gestacional, es decir, está comprendido entre los percentiles 10-90, carece de patología presente o probable y presenta una buena adaptación a la vida extrauterina. Aproximadamente entre un 80-85% de los RN se encuentran en esta situación, considerándose por tanto RN sanos(1,3).

Los RN sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, así como una valoración esmerada de su estado general y la puesta en marcha de medidas adicionales que garanticen la correcta transición a la vida extrauterina en caso necesario(4).

Para ello es preciso encontrar un equilibrio entre la observación cuidadosa de todo este proceso y la menor interferencia posible en el primer contacto del RN con el entorno familiar y la consiguiente puesta en marcha del proceso de vinculación.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos biomédicas; Pubmed, Embase, Cochrane Database, Science Direct, etc. Para la búsqueda de la evidencia se utilizaron descriptores como recién nacido; oftalmía neonatal; enfermedad hemorrágica del recién nacido; enfermedades del recién nacido; contacto piel con piel en neonatos, entre otros.

También se han revisado los Protocolos Neonatales de la Asociación Española de Pediatría, las Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y los Estándares de la Sociedad Española de Neonatología.

Resultados

Consideraciones generales

Los cuidados en el paritorio se basan en la coordinación entre la asistencia obstétrica y pediátrica, procurando una anticipación a las situaciones que así lo requieran.

El momento del parto es un acto íntimo que requiere un entorno que favorezca la confianza, la comodidad y la relajación de la mujer(5,6).

Independientemente de que el RN sea recibido si su estado lo permite, directamente sobre el abdomen de su madre o de la utilización de una cuna térmica provista de una fuente de calor radiante, la temperatura óptima del paritorio debe ser, al menos de unos 20ºC(4).

En aquellos partos en los que no haya ningún factor de riesgo, será suficiente con una sola persona encargada del RN, con la debida formación para llevar a cabo las maniobras de reanimación neonatal inicial, y siempre habrá de estar localizable la persona capaz de realizar una reanimación completa(7,8).

Es de suma importancia la revisión del

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

material que va a ser empleado para la estabilización y cuidados iniciales del RN, y la comprobación de su correcto funcionamiento por parte del personal en todos y cada uno de los partos.

Se recomienda asimismo, que en cada paritorio haya un punto determinado para la realización de la estabilización o la reanimación del neonato(7).

Valoración en el periodo neonatal inmediato

Es necesario realizar una primera inspección para comprobar el buen estado del RN, la cual puede realizarse manteniendo el contacto piel con piel con la madre, lo que favorece que se pueda informar al mismo tiempo de la situación del RN.

La capacidad del RN de mantener una temperatura normal y una frecuencia respiratoria y cardiaca normales indica que el proceso de adaptación se está realizando en condiciones normales(7). Para la realización del test de Apgar al minuto y a los 5 minutos del nacimiento no es necesaria la separación del RN de su madre, y es un procedimiento que debe realizarse de forma universal aun cuando los RN estén vigorosos y sanos(8,9).

Contacto precoz piel con piel

Si en el momento del nacimiento, y tras un parto transcurrido con normalidad, el niño tiene un llanto vigoroso, adquiere un color sonrosado, tiene buen tono, procede de una gestación a término y el líquido amniótico es claro, puede favorecerse el contacto inmediato madre-hijo limitándonos a ofrecerle unos cuidados de rutina: evitar pérdida de calor, limpiar la vía aérea y secarle(7).

El RN, después del parto, presenta un periodo aproximado de dos horas en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila que le permite interactuar con su madre y padre, iniciando el importante proceso de vinculación(9).

Para ello se le coloca en decúbito prono sobre el abdomen materno, poniendo en relación directa la piel de madre e hijo(5).

Entre los beneficios de esta práctica, además del incuestionable efecto beneficioso en el proceso de vinculación, se ha demostrado una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna, disminuye el tiempo medio de llanto del niño, mejora los niveles de glucemia y favorece la estabilidad cardiorrespiratoria. También se ha demostrado menor grado de ingurgitación mamaria y de ansiedad en las madres que practicaron el contacto piel con piel(10).

En ningún metaanálisis, revisión ni ensayo clínico se han puesto de manifiesto efectos indeseables del contacto piel con piel. De todas formas, es recomendable que todo el proceso de contacto piel con piel esté siempre supervisado por un profesional con experiencia en valoración de recién nacidos(9).

El tiempo de contacto piel con piel debería ser de al menos 50 minutos sin ninguna interrupción, siendo deseable que se prolongue hasta 120 minutos(11,12). A pesar de la escasa información con respecto al tiempo ideal de contacto piel con piel, con este intervalo de tiempo (50-110 minutos) la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos.

La mayoría de los profesionales sanitarios se han formado para valorar al RN en una cuna de reanimación, por ello aprenderlo a valorar sobre el pecho y adjudicar el test de Apgar sin separar al niño de su madre, requiere de un esfuerzo y entrenamiento progresivo de los profesionales hasta que poco a poco vayan adquiriendo destreza en esta valoración (9).

En los casos de cesárea con anestesia locorregional, si bien no es posible poner en práctica el contacto piel con piel de manera inmediata al nacimiento, resulta de suma importancia acercar al RN a la madre con el fin de favorecer un contacto inicial lo más precoz posible, así como iniciar la lactancia materna tan pronto como su estado general o su nivel de conciencia (en los casos de anestesia general) lo permitan (8).

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

Ligadura y cuidados del cordón umbilical

El momento del pinzamiento del cordón umbilical ha sido motivo de estudios clínicos que han intentado definir cual es el mejor momento para realizarlo. Si bien ha sido práctica habitual el pinzamiento precoz, entendiendo éste por aquel que se realiza en los primeros 60 segundos tras el nacimiento(1), existe evidencia que indica que un pinzamiento tardío, es decir a los dos o tres minutos tras el nacimiento o cuando éste deja de latir, no aumenta el riesgo de hemorragia materna y además puede aumentar los depósitos de hierro en el RN, aun cuando exista un mayor riesgo de policitemia e ictericia.

Según un metaanálisis en el que se comparó el pinzamiento precoz frente al tardío sobre un total de 15 estudios aleatorizados, a los 2-6 meses del nacimiento se observó un mayor hematocrito, una mayor concentración de ferritina y depósitos de hierro así como la consiguiente reducción del riesgo de anemia del neonato en el grupo de pinzamiento tardío (13,14).

El cordón umbilical representa tras el nacimiento una vía de riesgo de colonización e infección para el RN, tanto en el momento de su pinzamiento y sección como posteriormente hasta su caída y cicatrización final. Habrá de ser por tanto seccionado en condiciones de asepsia y pinzado con un sistema seguro de cierre con el fin de evitar el riesgo de hemorragia (4,15).

Identificación del recién nacido

Los RN tienen el derecho a ser debidamente identificados desde el momento del nacimiento.

Este derecho está recogido en el artículo 8 de la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Nueva York, 20/11/1989) ratificada por España el 30/11/1990 (16).

La identificación debe garantizar la posibilidad de confirmar la relación de cada RN con su madre biológica durante la estancia en el centro hospitalario en que se produzca el nacimiento; la custodia hace referencia al empleo por parte del hospital de sistemas y protocolos que aseguren el mantenimiento del binomio madre-RN (17).

Los objetivos de los distintos procedimientos para la adecuada identificación y custodia del recién nacido son:

1. Evitar intercambios de RN en la Sala de partos, nidos o salas de hospitalización de obstetricia.

2. Permitir la verificación de forma rápida de la identidad del RN.

3. Permitir la comprobación de la identidad del RN y su madre al alta.

4. Evitar consecuencias legales al personal ante posibles intercambios.

Así pues, la correcta identificación del RN tras el nacimiento, no sólo es un derecho sino que confiere una garantía de seguridad para éste y su familia, así como para el personal que le asiste durante su estancia hospitalaria.

La Comisión de la Asociación Española de Pediatría para la identificación del RN(17) recomienda que, dada la ineficacia de la huella plantar por sí sola para garantizar la correcta identificación del binomio madre-hijo, en las maternidades deben existir varios procedimientos para la adecuada identificación de los recién nacidos; entre los mismos destacan(4):

- Propiciar la unión madre-hijo desde la sala de partos hasta el alta hospitalaria, no debiendo existir separaciones salvo que la salud de alguno de ellos así lo requiera.

- Toma de sangre de cordón umbilical, previo consentimiento informado de los padres, para la eventual identificación genética del RN, en caso de duda, mediante el análisis de los fragmentos STR de los cromosomas. No obstante, los sistemas biológicos no aseguran per se la custodia del neonato y deben siempre acompañarse de sistemas eficaces que salvaguarden esta custodia. Puede haber un cambio de niños y si no se detecta, el hecho de haber recogido sangre para ADN o la huella dactilar en un papel habrá sido inútil

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

y se mantendrá el error.

- Incorporar sistemas novedosos de identificación que demuestren científicamente su validez como la huella dactilar digitalizada (18).

- Identificar al RN en la misma sala de partos, mediante la colocación de una pulsera en el tobillo o muñeca del niño provista de un código y un determinado color, una pulsera con el mismo código y color que se colocará en la muñeca de la madre, una pinza de cordón provista de una etiqueta con el código de las pulseras y una pegatina con igual numeración que se colocará en el partograma.

Profilaxis de la oftalmía neonatal

Las enfermedades de transmisión sexual por Neisseria gonorrhoeae y por Chlamydia trachomatis, que en un porcentaje elevado son asintomáticas en la mujer, tienen un elevado riesgo de trasmisión vertical a los RN en el momento del parto, con independencia de la vía de éste (19). En el caso de la Clamydia, el riesgo de transmisión vertical es del 50-75% de los RN de madres portadoras de infección genital (20,21).

Como consecuencia de la infección por los citados microorganimos el RN puede desarrollar una oftalmía neonatal, definida como una conjuntivitis con secreción que se desarrolla durante las cuatro primeras semanas de vida, cuya evolución en caso de lesión corneal sin un tratamiento adecuado, puede progresar a ulceración, panoftalmitis, sinequia e incluso ceguera (22).

Inicialmente la profilaxis se basó en la prevención de aquellas infecciones adquiridas durante el nacimiento, pero hay que aclarar que hoy día no todas las infecciones que se consideran en la definición de oftalmía neonatal son adquiridas en el parto.

Si bien el diagnóstico y tratamiento de la infección por gonococo y Chlamydia en la gestante es la mejor forma de prevención de infección neonatal por estos microorganismos, la conjuntivitis neonatal puede evitarse mediante la administración de soluciones antisépticas o antibióticas administradas en la conjuntiva del RN inmediatamente después del parto, tanto si es vaginal como por cesárea.

De forma tradicional han sido empleadas a tal efecto povidona yodada al 2,5% y solución de nitrato de plata al 1% si bien en el caso concreto del nitrato de plata, produce conjuntivitis química a las 6 horas de su administración hasta en el 90% de los casos. La povidona yodada podría provocar efectos adversos a nivel tiroideo, por lo que son necesarios más estudios que demuestren su adecuación a este particular (24).

Por todo lo expuesto, la administración de pomadas antibióticas a todos los RN en la primera hora de vida ha demostrado ser la forma más segura y eficaz de prevenir la transmisión vertical por estos patógenos (23,24). En concreto se emplean para este uso la pomada oftálmica de tetraciclina al 1% y la pomada oftálmica de eritromicina 0,5% ambas en formato de unidosis para aumentar la seguridad. Si bien se recomienda su administración lo más precozmente posible, podría retrasarse la misma hasta la finalización del período de contacto piel con piel, esto es, pasados los 50-120 minutos primeros de vida, sin que este lapso de tiempo implique merma alguna en cuanto a su eficacia (4,5,9).

En el caso concreto de madres que hayan sido sometidas a un cribado para la detección de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo y aquellas con parto por cesárea con bolsa amniótica íntegra se podría ofrecer la no realización de profilaxis ocular al RN siempre y cuando se mantenga un estrecho seguimiento que detectara y tratara precozmente el desarrollo de una infección (25).

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica en el recién nacido por déficit de vitamina K

Los depósitos de vitamina K, vitamina implicada en la síntesis de factores de coagulación (II, VII, IX y X) son escasos en el RN. Por ello, existe una menor actividad de ciertos factores de la coagulación, una función plaquetaria alterada y un

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

mecanismo defensivo subóptimo frente a la formación del coágulo.

Debido a esto y a la escasa vida media de esta vitamina, el RN tiene un riesgo potencial de desarrollar un cuadro hemorrágico, circunstancia que se verá acentuada en los casos en los que el RN sea alimentado con lactancia materna exclusiva, alimentación parenteral o la administración de ciertos fármacos durante el embarazo (fenitoína, fenobarbital, salicilatos, cumarínicos...)(26).

La enfermedad hemorrágica del RN(EHRN) se refiere al sangrado que se produce en las primeras semanas de vida en relación con el déficit de vitamina k. Existen tres presentaciones del cuadro hemorrágico: la precoz, que ocurre en las primeras 24 horas de vida y no puede prevenirse con la profilaxis de vitamina k postparto, la presentación clásica, en la primera semana de vida(entre el primer y tercer día principalmente), conocida como enfermedad hemorrágica en el RN, y por último una modalidad tardía en neonatos mayores de dos semanas de vida caracterizada por la hemorragia intracraneal (27).

La administración de 1 mg de vitamina k vía intramuscular al nacimiento y en forma de dosis única a todos los RN independientemente de su peso, ha demostrado ser la forma más eficaz y segura para la prevención de la EHRN clásica (28). Revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados demuestran una reducción del riesgo de desarrollo de la forma clásica y tardía de la enfermedad hemorrágica a menos de 0,2 casos por cada 100000 RN, además de una mejora sustancial en cuanto a los marcadores bioquímicos del estado de coagulación (29).

La vitamina k se administra por vía intramuscular profunda, en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo, con una técnica rápida de introducción e inoculación, sin ser preciso el aspirado previo.

Siempre se respetará el tiempo de contacto piel con piel con la madre, siendo recomendable su administración mientras el RN es amamantado, dados los efectos analgésicos demostrados de la succión, el contacto materno, así como de los componentes de la leche materna. Alternativamente, podría ser empleada a tal efecto entre 0,2-0,5 ml de solución de sacarosa al 20% dos minutos antes de la punción (9).

En el caso de niños prematuros la dosis se ajustará con el fin de evitar acumulaciones de vitamina k que excedan los niveles fisiológicos, administrando 0,5 mg a los prematuros menores de 32 semanas de más de 1000 gramos de peso y 0,3 mg en el caso de que su peso sea inferior a 1000 mg independientemente de la edad gestacional (31).

Los padres deben ser informados acerca de la conveniencia de administrar vitamina k de forma profiláctica(9). En el hipotético caso de que no aceptaran tal procedimiento se les informará de la posibilidad de administrarla en su forma oral con 2 mg de vitamina k al nacimiento, si bien en este caso ha de advertirse que deberán prolongar el tratamiento repitiendo la dosis de 1 mg oral semanalmente hasta la 12ª semana de vida, en los casos de lactancia materna exclusiva o mixta (5).

La administración de vitamina k oral no supone ninguna ventaja en cuanto a efectividad frente a su administración intramuscular en dosis única y la opción de esta vía se ha relacionado con su pobre cumplimiento y con la aparición de casos de EHRN tardía, en directa relación con lo anterior.

La asociación entre la administración intramuscular y el riesgo incrementado de tumores sólidos en la infancia se ha descartado taxativamente. La evidencia en cuanto a la asociación entre esta forma de administración y el desarrollo de leucemia en la infancia resulta muy poco convincente, existiendo poco acuerdo entre los diferentes estudios realizados a tal efecto.

Por su parte, la Academia Americana de Pediatría concluye que la profilaxis intramuscular de vitamina k es superior a la

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

administración oral, previniendo del desarrollo de la EHRN tanto en su forma clásica como tardía (27).

Conclusiones

Los profesionales encargados de la atención al RN en sus primeros momentos de vida, llevan a cabo de forma rutinaria una serie de procedimientos y prácticas que requieren ser ajustadas al conocimiento y la evidencia actual.

Durante los primeros momentos de vida postnatal tiene lugar el establecimiento del vínculo familiar y la instauración de la lactancia materna, procesos ambos determinantes en el estado de salud del binomio madre-hijo así como en lo que a su desarrollo emocional respecta.

Las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales han de adecuarse de forma que favorezcan un ambiente íntimo y un acercamiento lo más cómodo y respetuoso posible. En este sentido identificar las buenas prácticas, su correcta operativización así como la evidencia científica que las ampara, resulta de obligado cumplimiento en vista a mejorar la calidad asistencial.

A la luz de los resultados obtenidos por las investigaciones más actuales en las que se ha centrado esta revisión, podemos recomendar con alto grado de evidencia:

- Un ambiente en paritorio sereno, que preserve la intimidad y facilite el control térmico del RN.

- El contacto piel con piel precoz, siempre y cuando el estado del recién nacido y de la madre lo permita durante al menos 50 minutos, siendo deseable prolongarlo hasta los 120 primeros minutos de vida.

- El pinzamiento tardío del cordón umbilical con una técnica segura y la sección del mismo en condiciones de asepsia.

- La profilaxis de la oftalmía neonatal con colirios o pomadas antibióticas de tetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5% en formato unidosis y en la primera hora de vida, procurando interferir lo menos posible en el contacto piel con piel. Siempre se informará debidamente a los padres del fundamento de dicha práctica.

- La administración de 1 mg de vitamina k intramuscular en dosis única.

- La correcta identificación del RN en la sala de partos a ser posible con sistemas de pulsera y cordón umbilical con código de identificación para madre e hijo, propiciando la unión materno-filial desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria.

Bibliografía

1. Pérez-González J, Samper-Villagrasa MP. Asistencia al recién nacido. En Fabre E, ed. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Sección de medicina perinatal de la SEGO. Wyeth-Lederle; 1994. p. 191-92.

2. Lubchenco LO, Koops BL. Evaluación del peso y edad gestacional. In: Avery GB, ed. Fisiopatología y manejo del recién nacido, 3ª ed. Buenos aires. Panamericana; 1987. p. 251.

3. Quero J. Neonatología. En Usandizaga JA, De la Fuente P, ed. Tratado de obstetricia y ginecología. MCGraw-Hill Interamericana 2ª ed. Madrid. 2004. p 581.

4. Doménech E, Rodríguez J, González N. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos de la AEP. Madrid(España); 2008.

5. Sánchez-Luna M, Pallás-Alonso CR, Botet-Mussons F, Echaniz-Urcelay I, Castro-Conde RJ, Carbona E. (Estándares de la SEN). Recomendaciones para el cuidado y atención del RN sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009; 71 (4): 350-7.

6. Documento de consenso SEGO de asistencia al parto 2007. Disponible en http:// www.sego.es/

7. Grupo de Reanimación Cardiopulmonar de la SEN. Recomendaciones en

reanimación neonatal. An Pediatr (Barc). 2004;60:56-64.

8. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stara AR. Manual de cuidados neonatales. 4ª edición. Masson; 2005. p 67-69.

9. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. MSPS; 2010.

10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy new born infants(review). Cochrane database of systematic Reviews 2007, art. N°: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub2. Disponible en: URL:http://www.cochrane.org/ reviews/en/ab003519.html.

11. Righard L. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet.1990;336:1105-7.

12. Gómez-Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos. An Esp Pediatr.1998;48:631-633

13. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: Systematic review and meta- analysis of controlled trials. JAMA. 2007;297:1241-52.

14. Jahazi A, Kordi M, Mirbehbahani NB, Mazloom SR. The effect of early and late umbilical cord clamping on neonatal hematocrit. J Perinatol. 2008;28:523-5.

15. Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. Cuidados generales del recién nacido a término sano. De guardia en neonatología: Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales. Moro M, Vento M eds. 2ª edición ERGÓN. Madrid. 2008. p. 136-146.

16. Ortiz J, Rodríguez-Miguelez J. Identificación y custodia del recién nacido. Protocolos de la Asociación española de Pediatría. Madrid(España); 2008.

17. Doménech E, Pérez-González J, Rodríguez-Alarcón J, Garrido-Lestache A, Sánchez-Luna M. Comisión de identificación de recién nacido de la AEP. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. An Esp Pediatr. 1999;51:512-3.

18. Rodríguez-Alarcón J, Martínez de Pancorbo M, Santillana L, Castro A, Melchor JC, Linares A et al. La huella ADN en lugar de la huella plantar en la identificación neonatal. Med Clin (Barc) 1996;107:121-3.

19. Jiménez R, Figueras J, Bonet F. Neonatología. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 2ª edición. Expaxs; 1995.

20. Hammerschlag MR. Chlamydil infections. J Pediatr. 1989;114:727-34

21. Zar HJ. Neonatal chlamydial infections: prevention and treatment. Paediatr Drugs. 2005;7(2):103-10.

22. Armstrong JH, Zacarias F, Rein MF. Ophthalmia neonatorum: A chart review. Pediatrics. 1976;57:884-92.

23. Darling EK, McDonald H. A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. J Midwifery Womens Health. 2010 Jul;55(4):319-27.

24. Ali Z, Khadije D, Elahe A, Mohammad M, Fateme Z, Narges Z. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum comparison of betadine, erythromycin and no prophylaxis. J Trop Pediatr. 2007 Dec;53(6):388-92.

25. Medves JM. Three Infant Care Interventions: Reconsidering the Evidence. JOGNN. 2002;31:563-9.

26. Christensen RD. Hematologic problems of the neonato. Philadelphia: Saunders. 2000.

27. American Academy of Pediatrics, Comité on Nutrition. Vitamin K compounds and the water-soluble analogues: use in therapy and prophylaxis in pediatrics. Pediatrics. 1961;28:501-7.

28. Van Winckel M, De Bruyne R, Van de Velde S, Van Biervliet. Vitamina K, an update for the paediatrician. Eur J Pediatr. 2009;168:165-9.

29. Puckett RM, Offringa M. Uso profiláctico de vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién nacidos (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford.

30. Ipp M Taddio A, Sam J, Gladbach M, Parkin PC. Vaccine-related pain: randomised controlled trial of two injection techniques. Arch Dis Child. 2007;92:1105-8

31. Costakos DT, Greer FR, Love LA, Dahlen LR, Suttie JW. Vitamin K Prophylaxis for premature infants: 1mg vs 0,5 mg. AMJ Perinatol. 2003;20:485-490.

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista