

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

### I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la morbilidad neonatal, detectando y tratando oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. Garantizando condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, implementado prácticas clínicas que favorezcan esta transición. Con un enfoque humanitario y personalizado integrando a los padres y familia en los procesos

### II. OBJETIVO

Uniformizar los procedimientos para la atención del RN en el momento del nacimiento, que asegure la adecuada transición de la vida intrauterina a la extrauterina.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Instituto Nacional Materno Perinatal – Departamento de Neonatología - Servicio de Atención Inmediata y Emergencias Neonatales.

Recién nacido, que nace en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

### IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Atención inmediata del Recién nacido con código CPMS: 99436 Atención del recién nacido inmediatamente después del parto

### V. DISPOSICIONES GENERALES

#### 5.1. DEFINICIÓN

Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido, que se inicia inmediatamente al nacimiento, y en los momentos posteriores, durante la adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo y el inicio de la alimentación con lactancia materna, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.<sup>6</sup>

#### 5.2. FISIOPATOLOGÍA

##### **Circulación transicional**

Se producen una serie de cambios fisiológicos luego del parto que culmina en una transición exitosa de la circulación fetal a la neonatal. Cuando el bebé respira y se pinza el cordón umbilical, el RN utiliza sus pulmones para el intercambio gaseoso. El líquido de los alvéolos se absorbe rápidamente y los pulmones se llenan de aire. Los vasos sanguíneos

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

pulmonares previamente contraídos comienzan a dilatarse para que la sangre pueda llegar a los alvéolos, donde se absorberá el oxígeno y se eliminará el CO<sub>2</sub>. (Tabla 1)

Tabla 1. TRANSICIÓN DE LA RESPIRACIÓN FETAL A LA NEONATAL.

Cambio en el parto	Resultado
El bebé respira Liga el cordón umbilical Separación de la placenta	El recién nacido utiliza sus pulmones en lugar de la placenta, para el intercambio de gaseoso.
Se absorbe el líquido de los alvéolos	El aire reemplaza el líquido en los alvéolos. El O <sub>2</sub> pasa de los alvéolos hacia los vasos sanguíneos del pulmón y el CO <sub>2</sub> pasa a los alvéolos para ser exhalado.
El aire en los alvéolos hace que los vasos sanguíneos de los pulmones se dilaten.	Aumenta el flujo sanguíneo pulmonar y el conducto arterioso se contrae gradualmente

El llanto inicial y las respiraciones profundas del bebé ayudan a mover el líquido de la vía aérea. En la mayoría de las circunstancias, la distensión con aire de los pulmones proporciona suficiente O<sub>2</sub> (21%) para iniciar la relajación de los vasos sanguíneos pulmonares. A medida que aumentan los niveles de O<sub>2</sub> el conducto arterioso comienza a estrecharse. La sangre inicialmente desviada a través del agujero oval y el conducto arterioso, ahora fluye desde el lado derecho del corazón hacia los pulmones y la derivación de derecha a izquierda del feto se resuelve gradualmente. La sangre oxigenada que vuelve de los pulmones llega al lado izquierdo del corazón, para seguir por la aorta hacia los tejidos en todo el cuerpo.<sup>1</sup>

#### a. CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Si bien la mayoría de los recién nacidos realizan la transición cardiorrespiratoria a la vida extrauterina sin intervención, muchos necesitarán asistencia para comenzar a respirar y unos pocos necesitarán una intervención importante. Después del nacimiento aproximadamente del 4 al 10% de los recién nacidos a término y prematuros tardíos recibirán ventilación a presión positiva, mientras que 1 a 3 de cada 1000 recibirán compresiones torácicas o medicamentos de emergencia.

Debido a que la necesidad no siempre se puede predecir, los equipos deben estar preparados para proporcionar la intervención adecuada.<sup>1</sup>

#### b. INDICACIONES

Todo recién nacido en el momento de su nacimiento en los Servicios de Atención Inmediata de Centro Obstétrico, Sala de Operaciones y Servicio de Emergencia.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Antes del nacimiento debe estar disponible la historia clínica materna con los antecedentes de riesgo médico y obstétrico. Se deberá conocer la edad gestacional por fecha de última menstruación o por ecografía del primer trimestre, estudios ecográficos fetales, grupo

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

sanguíneo materno, estudios serológicos de infección por sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B.<sup>2</sup>

## 6.2. CONTRAINDICACIONES

Ninguna

## 6.3. RECURSOS

### 6.3.1. RECURSO HUMANO

#### El equipo responsable de la atención inmediata:

Está conformado por el médico Neonatólogo o Pediatra y Enfermera especializada en Neonatología con competencia en Atención Inmediata del RN y Técnica de Enfermería entrenada en reanimación básica.

En cada parto debe estar presente al menos una persona capacitada en iniciar la reanimación neonatal (RCP) que incluya la ventilación a presión positiva (VPP) y compresiones torácicas, otro profesional estará al llamado para realizar RCP avanzado que incluye intubación endotraqueal, cateterismo umbilical y administración de medicamentos.

Si se anticipa la necesidad de reanimación deben estar presentes al menos dos o tres personas con destreza en RCP avanzado.

### 6.3.2. RECURSOS MATERIALES

- Fuente de calor (Servocuna) necesaria para lograr los 24° – 26°C de las salas de parto y de atención del recién nacido
- Toallas y campos precalentados estériles
- Termómetro ambiental, reloj con segundero
- Fuente de oxígeno y aire
- Mezclador de aire y oxígeno
- Humidificador y calentador de aire
- Aspirador de secreciones
- Balanza para lactantes
- Tallímetro
- Cinta métrica neonatal
- Estetoscopio neonatal
- Bolsa autoinflable o Neopuff
- Oxímetro de pulso
- Monitor multiparámetro y electrodos
- Solución oftálmica antibiótica
- Vitamina K ampolla de 10 mg /1 ml.

#### Equipo de reanimación:

- Bolsa de reanimación o Neopuff
- Mascarillas para RNT y RNPT

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- Sistema de aspiración de secreciones
- Laringoscopio neonatal con hoja recta N° 00, 0 y 1
- Tubos endotraqueales sin caff N° 2.5, 3.0, 3.5
- Sondas de aspiración N° 6F, 8F, 10F, 12F, 14F
- Adrenalina ampolla
- Solución salina fisiológica (9‰)
- Agua destilada
- Jeringas de 20cc (2) 10 cc (2) 1 cc (4)
- Equipo de cateterismo de vena umbilical (Tijera y pinza mosquito)
- Seda o hilo para ligadura de cordón umbilical
- Catéter venoso umbilical N° 3.5 – 4 F / sonda de alimentación N° 4F, 6F
- Llave de triple vía
- Campos estériles
- Bata, gorro, mascarilla
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica para limpieza del cordón umbilical.
- Gasa, alcohol

## 6.4. PROCEDIMIENTOS

### 6.4.1. PROCEDIMIENTOS GENERALES ANTES DEL NACIMIENTO:

- **Identificar factores de riesgo perinatal.** Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna a la llegada de esta al Centro Obstétrico/Sala de Operaciones, identificando los factores de riesgo (Anexo 2).
- De ser necesario ampliar la anamnesis con la madre o familiar directo.
- **Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido.** Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal.
- **Prevenir la pérdida de calor:** Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C. La temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año
- Mantener ventanas y puertas cerradas.
- Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.

### 6.4.2. DURANTE EL NACIMIENTO

Realizar la valoración de la condición de recién nacido después del nacimiento inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, esto será realizado por el profesional Responsable de la atención del RN.

El reconocimiento del RN vigoroso puede ser identificado rápidamente por las siguientes 3 características:

- Gestación a término
- Llanto enérgico o respira con patrón respiratorio adecuado
- Buen tono muscular

Si el RN cumple con estas tres condiciones no requiere maniobras de reanimación se debe aplicar los cuidados de rutina sobre el vientre de la madre en contacto piel a piel.

A continuación

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- **Aspirar las secreciones de las vías aéreas** sólo en caso de que estas produzcan obstrucción de la vía aérea.
- **Colocar al RN en contacto piel a piel (CPP) y promover el inicio de la lactancia materna precoz.** Previamente se brinda información a la madre sobre los beneficios del procedimiento y pedirá su consentimiento.
  - **En sala de partos:** El procedimiento se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado, consiste en colocar al RN sobre el abdomen o entre los senos de la madre en posición prono, secar el dorso con una toalla precalentada, sin tocar la cara ni secar las manos. Es preferible solo secar las partes del cuerpo del bebé que no están en contacto con la piel de la madre; luego de la adaptación inicial brindar facilidades para que el RN inicie la lactancia materna. El RN debe permanecer durante 60 minutos ininterrumpidos sobre el vientre y pecho materno.
  - **En sala de operaciones en el RN por cesárea:** En el parto por cesárea, luego de la extracción de la cavidad uterina el RN será colocado sobre el pecho de la madre en contacto piel con piel, deslizándose por debajo de los campos quirúrgicos en lo posible, sin comprometer la esterilidad del campo operatorio y aun conectado con el cordón umbilical; el RN será recepcionado por el personal responsable de la atención del RN por el lado de la cabeza de la madre, será acomodado entre los senos maternos y secado con toallas precalentadas, será cubierto con campos tibios. Si no es posible colocarlo sobre el pecho materno el RN será recepcionado en campos tibios e inmediatamente será acercado a la cara, cuello de la madre por el tiempo que el procedimiento quirúrgico lo permita, en promedio será de 10 – 20 minutos. De no ser posible el contacto piel a piel con la madre, puede ser realizado por el padre previamente informado y brindado su consentimiento. El inicio de la lactancia materna se facilitará tan pronto como sea posible cuando la madre pase a la sala de recuperación y la condición de ambos, madre y RN sea estable hemodinámicamente, el procedimiento será supervisado por el personal de enfermería.
- **La ligadura del cordón umbilical** se realiza entre 2 a 3 minutos después de la salida del RN del canal del parto vaginal o abdominal en el caso de cesárea
- **Identificación del recién nacido:** Colocar un brazalete de identificación en la muñeca izquierda (la derecha se reserva para colocar el sensor del pulso oxímetro) o tobillo donde se consigne el nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido. Este procedimiento se realizará en presencia de la madre durante el contacto piel a piel.

#### 6.4.3. DESPUÉS DEL NACIMIENTO

##### En la sala de Atención Inmediata:

Después de haber concluido el Contacto Piel a Piel, trasladar al recién nacido a la sala de Atención Inmediata, colocar en la cuna de calor radiante sobre una toalla o campo tibio.

- **Cortar el cordón umbilical:** realizar la ligadura del cordón umbilical a 2 - 3 centímetros de la piel, utilizado un clamp umbilical plástico, seccionando el excedente con una tijera para cordón umbilical, verifique la presencia de los tres vasos sanguíneos (dos arterias y una vena), aplique alcohol de 70° sobre la superficie cruenta. Cubrir luego con gasa estéril (opcional).

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- **Verificar la permeabilidad esofágica:** utilizando una sonda de polietileno N° 6F, 8F, 10F si hay sospecha clínica o diagnóstico prenatal de atresia de esófago.
- En el caso de encontrar meconio, sangre o líquido purulento-fétido, aspirar el contenido del estómago y realizar el lavado gástrico. (opcional)
- **Verificar la permeabilidad anal:** Se realizará mediante la introducción de una sonda de polietileno N° 6F, 8F, 10F a 1 ó 2 cm del orificio anal, que corresponde a la altura del esfínter anal interno con la finalidad de descartar malformación ano rectal (ano imperforado).
- **Prevenir infección ocular:** Usar antibiótico tópico en solución o ungüento oftálmico con sensibilidad para gérmenes responsable de la oftalmia neonatal por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. Se recomienda eritromicina al 0.5% ungüento o en solución y como alternativa tetraciclina ungüento al 1%, o ciprofloxacina 1%, aplicar una gota en cada saco conjuntival o ungüento de tetraciclina en el borde del párpado inferior <sup>8,9</sup>
- Se recomienda la presentación unidosis de los ungüentos oftálmicos por el riesgo de infección cruzada.
- Este procedimiento no es necesario en RN de parto por cesárea
- **Prevenir la enfermedad hemorrágica:** Aplicar Vitamina K, 0.5 a 1 mg vía IM al nacer; en RN con más de 1500 g, 1 mg IM dentro de las primeras 6 horas de nacido y en RN con menos de 1500g, 0.5 mg IM dentro de las 6 horas después del nacimiento. Se aplicará vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo izquierdo, reservándose el muslo derecho para la administración de la vacuna para hepatitis B (HvB).(5)
- **Test de APGAR,** se realizará durante el contacto precoz. (anexo 3), valora la vitalidad del RN al nacer se realizará de manera retrospectiva evaluando el APGAR al 1° minuto y 5 minutos de vida
- **Examen físico:** Se realizará al término del contacto piel a piel, examinar en forma sistemática al recién nacido (examen general y regional); incluye la búsqueda del reflejo rojo, para el descarte de catarata congénita, no omitir el examen visual de la región anal. La evaluación física incluye la antropometría, registrando el peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico.
- **Determinar la edad gestacional** con la aplicación del Test de Capurro (anexo 4) y calificar el estado nutricional de acuerdo al peso y edad gestacional mediante el uso de la Tabla de IMPROMI (Anexo 5).
- Después de la atención, el RN será trasladado y colocado al lado de su mamá para continuar con la lactancia materna durante el puerperio inmediato en Centro obstétrico o será hospitalizado si su condición lo requiere.
- Los neonatos de partos por cesárea pasarán a la sala de Factor de Riesgo y luego de un período de observación de 4- 6 horas serán trasladados al servicio de hospitalización materno (Alojamiento Conjunto) junto a la madre facilitando y protegiendo el amamantamiento
- Registrar los datos en la Historia Clínica neonatal, con sello y firma clara del responsable de la atención.
- Informar a la madre o familiar sobre la condición de salud de su bebé, sobre todo si existe alguna morbilidad que requiere hospitalización o seguimiento.

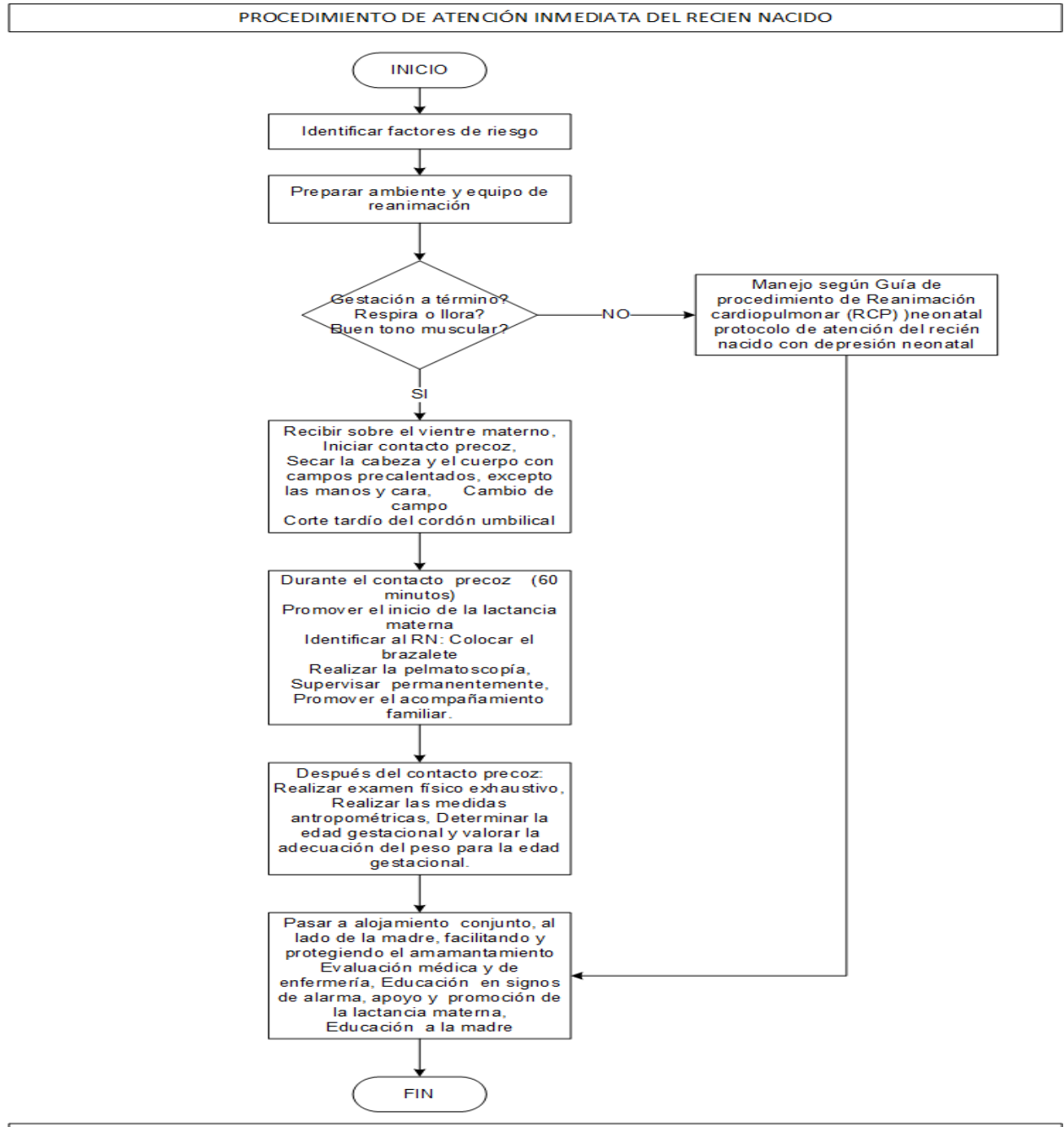
Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- El RN sano o sin criterio de hospitalización será transportado a la sala de alojamiento conjunto concluido el periodo de observación del RN o cuando la madre concluye la observación post parto.
- **Calostroterapia:** Está indicado en el RN prematuro con prioridad del menor de 1500 gr o en RN con indicación de hospitalización con otras morbilidades, incluidas las quirúrgicas. Consiste en la administración de la primera dosis de calostro extraído de la madre en la sala de parto en centro obstétrico o en la sala de recuperación posterior a la cesárea. El RN previamente debe ser estabilizado. El Médico evaluará y determinará la indicación de Calostroterapia y registrará en la historia clínica el volumen. La extracción del calostro y administración será realizado por la Enfermera responsable del RN.<sup>7</sup> (Anexo 6)

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

## VII. ANEXOS

### ANEXO 1 - FLUJOGRAMA





Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

## ANEXO 2 - FACTORES DE RIESGO NEONATAL

### FACTORES DE RIESGO MATERNO PRE PARTO

- Edad materna mayor a 35 años o menor de 16 años
- Ausencia de control prenatal
- Madre soltera o viuda
- Analfabetismo
- Infección materna, urinaria en el último mes de la gestación, vaginosis, fiebre, materna peri parto, sospecha de corioamnionitis
- Tuberculosis materna
- Infección intrauterina crónica: TORCHS, VIH
- Ruptura de membranas prolongada mayor de 18 horas
- Hipertensión arterial inducida por la gestación
- Hipertensión arterial crónica
- Parto prematuro, gestación post término ( mayor de 42 semanas)
- Embarazo múltiple
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Madre Rh negativo.
- Obesidad o desnutrición materna
- Diabetes Mellitus o gestacional
- Anemia
- Abuso de drogas: alcohol, tabaco, cocaína
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: DPP, PP
- Ecografía obstétrica anormal, perfil biofísico alterado, RCIU
- Malformación fetales, polihidramnios, oligohidramnios
- Antecedentes previos de muerte fetal o neonatal, ictericia neonatal previa.
- Enfermedad materna cardiaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica
- Tratamiento medicamentoso: carbonato de litio, magnesio, bloqueadores adrenérgicos, narcóticos etc.
- Disminución de la actividad fetal

### FACTORES DE RIESGO DEL PARTO




















- Trabajo de parto precipitado (menos de 1 hora)
- Trabajo de parto prolongado (mayor de 24 horas)
- Trabajo de parto prematuro
- Expulsivo prolongado (mayor de 2 horas)
- Presentación anormal
- Líquido amniótico meconial, purulento, fétido, sanguinolento.
- Anestesia general de la madre
- Hipertonía uterina
- Prolapso de cordón y procúbito de cordón
- Taquicardia o bradicardia fetal, desaceleración tardía o desaceleración variable
- Placenta previa o desprendimiento de placenta con sangrado durante el parto
- Parto instrumentado (fórceps, vacuo)

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

### ANEXO 3 - TEST DE APGAR

SIGNOS	0	1	2
Color de la piel	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado
Frecuencia cardíaca	Ausente	FC menor de 100 latidos por minuto	FC mayor de 100 latidos por minuto
Respuesta ante (irritabilidad refleja)	Sin respuesta a la estimulación	Mueca	Estornudos llanto vigoroso
Tono muscular (actividad)	Flácido	Alguna flexión	Movimiento activo
Respiración o llanto	Ausente	Llanto débil, respiración irregular	Llanto fuerte, respiración normal

### ANEXO 4 - TEST DE CAPURRO

FORMA DE LA OREJA	Chata - deforme Pabellón no incurvado  0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior  8	Pabellón incurvado en el borde superior  18	Pabellón totalmente incurvado  24	
TAMAÑO DE LA GLENDULA MAMARIA	No palpable  0	Palpable menor de 5 mm  5	Palpable entre 5 y 10 mm  10	Palpable mayor de 10 mm  15	
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Apenas visible sin areola  0	Diámetro de 7.5 mm areola lisa y chata  5	Diámetro mayor de 7.5 mm areola puntada borde no levantado  10	Diámetro de 7.5 mm areola puntada borde levantado  15	
TEXTURA DE PIEL	Muy fina Gelatinosa  0	Fina lisa  5	Más gruesa descamación superficial discreta  10	Gruesa grietas superficiales descamación en manos y pies  15	Gruesa grietas profundas apergamilladas  20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues  0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior  5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior surcos en el 1/3 anterior  10	Surcos en la 1/2 anterior  15	Surcos en más de la 1/2 anterior  20

LA EDAD GESTACIONAL SE CALCULA SUMANDO TODOS LOS PUNTAJES PARCIALES  
\*204/7 TIENE UN ERROR DE + 9 DIAS

Puntaje	Edad Gestional
0 - 0	29 semanas
5 - 5	30 semanas
10 - 16	31 semanas
18 - 23	32 semanas
24 - 30	33 semanas
31 - 36	34 semanas
38 - 44	35 semanas
45 - 51	36 semanas

Puntaje	Edad Gestional
53 - 58	37 semanas
59 - 65	38 semanas
66 - 71	39 semanas
73 - 79	40 semanas
84 - 86	41 semanas
89 - 89	42 semanas
94 - 94	43 semanas

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

**ANEXO 5 - TABLA DE PERCENTILES DE RECIÉN NACIDOS**  
**EDAD GESTACIONAL/PESO - IMPROMI LIMA-PERU**

EG SEM	VARON			MUJER		
	PERCENTIL			PERCENTIL		
	90	50	10	90	50	10
24		700			700	
26		860			850	
28		1070			1090	
30	1560	1290	1050	1500	1230	1000
31	1960	1480	1180	1810	1400	1090
32	2140	1660	1260	2100	1600	1120
33	2480	1900	1460	2270	1730	1240
34	2760	2100	1540	2700	2030	1460
35	3130	2420	1920	3050	2380	1820
36	3340	2710	2150	3240	2640	2060
37	3520	2970	2560	3420	2890	2410
38	3620	3160	2660	3500	3010	2560
39	3840	3370	2850	3650	3100	2730
40	3975	3420	2940	3850	3310	2780
41	3965	3500	2950	3820	3350	2730
42	3960	3480	2920	3770	3300	2820
43	3850	3320	2900	3650	3180	2780
44	3740	3270	2820	3530	3000	2730

**ANEXO 6 - PROCEDIMIENTO DE CALOSTRO TERAPIA EN ATENCIÓN INMEDIATA**

**Indicación:** El Médico Neonatólogo responsable de la atención indica y registra en la historia clínica la administración de calostro terapia.

La madre del RN tras su estabilización y la de su recién nacido, luego del parto vaginal o cesárea, será abordada en la sala de Centro obstétrico o en la sala de recuperación.

**Solicitar el consentimiento** para extracción de calostro e informar a la madre sobre el procedimiento a realizar y los beneficios que aporta el calostro a su bebe, se le enseñará la extracción. Si la madre autoriza, se procederá a la extracción.

**Preparación para la extracción del calostro:**

- La Enfermera encargada de la extracción, cuidará las medidas de bioseguridad, contará con el equipo de protección personal correspondiente: Mandil, gorro, mascarilla N95, lentes, guantes estériles, jeringa estéril de 1 cc y cubeta de acero desinfectada.
- La madre al momento de la extracción debe contar con mascarilla o tapaboca bien colocado y en buen estado.
- La madre debe lavarse las manos o se realizará limpieza con alcohol gel y la limpieza de las mamas se realizará solo con agua y una gasa.

**Extracción del calostro:**

- Previamente se realizará masajes de estímulo de oxitocina en ambas mamas, este será realizado por la madre que ha sido entrenada y si lo requiere será apoyada por la Enfermera responsable.
- Procederá a la extracción manual, colocando el pulgar y dedos índice y medio en forma de "C" a 3 a 4 cm por detrás del pezón en sentido opuesto a las agujas del reloj (de preferencia entre las 3 y las 9), luego se empuja los dedos hacia las costillas y se hace una presión suave sin deslizar los dedos tratando de que el índice y pulgar se junten, sin llegar a la punta del pezón.
- Las gotas de calostro de ambas mamas son recogidas directamente en la jeringa estéril, se pone dentro de su envase estéril y se rotula consignando nombre de la madre, hora de la extracción, la jeringa se coloca en una bandeja de acero desinfectada para ser transportada inmediatamente para su administración.
- En caso de partos múltiples y la mamá cuente con suficiente calostro se extrae en jeringas separadas para cada bebé.

**Administración del calostro:**

- Realizar la administración del calostro dentro de los 30 minutos siguientes a su extracción por bioseguridad.
- El personal de enfermería luego de realizar el lavado clínico de manos, retira la jeringa con el calostro que está dentro de su envase estéril en la bandeja de acero, procede a administrar el calostro en la mucosa orofaríngea.
- Administrará 0.2 -0.4 cc (5 a 7 gotas) en ambos carrillos. (0.2 cc en los RN menores de 1500 g o menores de 32 semanas de edad gestacional).
- Registra en la historia clínica la administración de calostro y coordina con el personal de las unidades de hospitalización y nutrición para su continuidad.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. American Heart Association and American Academy of Pediatrics. Neonatal Resuscitation Program. 7° edition. 2020
2. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal R.M. N° 828 – 2013/MINSA
3. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, et al. Early contact versus separation: effects on mother- infant interaction year later. Birth. 2009 Jun;36(2):97-109.
4. WHO and UNICEF Joint Statement. Home visits for the care of the newborn child: a complementary .- strategy to improve newborn survival. 2008
5. American Academy of Pediatrics. Helping babies breathe-The Golden minute. 2010
6. Neofax 2020 26 nov.2020
7. Guía de procedimiento para la realización de la calostro terapia en recién nacidos hospitalizados. Banco de leche humana-INMP-2021
8. Castro Ochoa KJ, Mendez MD. ophthalmia Neonatorum. 2022 Mar 15. In: Stat Pearl Publishing 2022 Jan-PMID:31855399.
9. Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE.UU: Curry SJ, Krist AH, Owens M, et al. Profilaxis ocular para gonococcal ophthalmia neonatorum: Declaración de recomendaciones de reafirmación del grupo de trabajo de servicios preventivos de EE.UU. JAMA. 2019 29 de enero;321 (4): 394-398  
DOI 10.1001/JAMA.2018.21367.PMID:30694327