

Según los expertos reunidos en el 67º Congreso de la Asociación Española de Pediatría

Elevar la cama de la madre en un ángulo de 45º facilita la respiración del bebé en el contacto piel con piel

- El colapso neonatal inesperado durante el contacto piel con piel y el manejo seguro de la medicación de alto riesgo, retos para la atención segura y de calidad en Pediatría
- Los beneficios del contacto piel con piel en las dos primeras horas tras el nacimiento son innumerables. Sin embargo, no debe descuidarse la vigilancia del bebé y la madre, pues se han descrito casos de colapso neonatal durante estas horas.
- La comunicación entre profesionales y familia, la formación continuada, la motivación de los profesionales y, sobre todo, la protocolización de los procesos de administración de fármacos, entre los principales hitos para un manejo seguro de la medicación.
- La variabilidad de la dosis en la edad pediátrica y la cadena de profesionales que interviene desde que se prescribe la medicación hasta que se administra, puntos de mejora en favor de un manejo seguro.

Madrid, 17 de junio de 2019.- Según un estudio multicéntrico, llevado a cabo en 10 hospitales españoles, Coordinado desde el Hospital 12 de Octubre por la Dra. Carmen Pallás, la frecuencia de episodios de saturación de oxígeno inferior a 90%, en las dos primeras horas de vida del recién nacido, se reduce en un tercio en los niños cuyas madres están incorporadas a 45º sobre el plano horizontal de la cama en comparación con los niños cuyas madres están incorporadas a 15º. *“Una intervención simple como aumentar el ángulo de inclinación de la cama de la madre mientras realiza el contacto piel con piel con su hijo recién nacido, durante las primeras 1- 2 horas de vida tras el parto, podría favorecer la estabilidad hemodinámica y respiratoria del recién nacido contribuyendo así a reducir la aparición los colapsos neonatales súbitos e inesperados durante este procedimiento”* asegura la **doctora Isabel Izquierdo**, portavoz de muerte súbita del Comité de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Pediatría.

“Al menos el 80% de los recién nacidos, por parto vaginal o cesárea sin anestesia general, son colocados en contacto piel con piel inmediato o en los primeros 5 minutos tras el parto. Los beneficios descritos de este primer contacto entre madre e hijo son innumerables, por lo que se debe estimular su práctica de manera segura y supervisada: favorece la adaptación a la vida extrauterina, disminuye el estrés, facilita la regulación térmica, la glucemia y la estabilidad cardiorrespiratoria, disminuye el tiempo de llanto, fomenta el

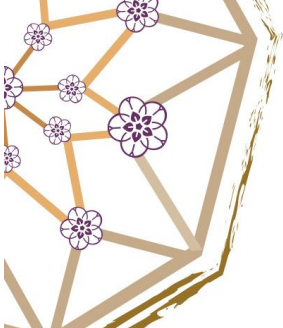
*Para más información. Gabinete de prensa de la AEP

Ainhoa Fernández- afernandez@plannermedia.com – 687 71 82 50

Vanessa Barrio – vbarrio@plannermedia.com – 663 11 77 02

[#67CongresoAEP](https://twitter.com/67CongresoAEP)





establecimiento del vínculo, beneficia el agarre al pecho, disminuye la ansiedad materna y aumenta la frecuencia y la duración de la lactancia materna, entre otros”.

Sin embargo, la implantación del contacto piel con piel como práctica habitual en los paritorios y maternidades, ha puesto de manifiesto la aparición de episodios de colapso postnatal súbito e inesperado que, aunque continúan siendo un fenómeno muy poco frecuente, puede tener consecuencias graves. Los datos sobre la incidencia, tendencia, evolución y pronóstico son variables debido a la falta de consenso en su diagnóstico, considerándose actualmente una infraestimación de los casos.

“Las horas más críticas son especialmente las dos primeras horas de vida del bebé, aunque podríamos extender este tiempo hasta las 24 horas. De ahí la necesidad de protocolizar el contacto piel con piel”, asegura la experta, que explica cómo debe realizarse esta beneficiosa práctica en los recién nacidos a término sanos: “En primer lugar es fundamental informar correctamente a los padres y contar con su consentimiento y colaboración”, asegura la doctora Izquierdo. El secado y estabilización del bebé se realizará sobre el vientre materno, se comprobará el llanto, la respiración, el tono el color del bebe y se realizará el test de Apgar al 1 y 5 minutos de vida, se realizará el pinzamiento del cordón umbilical. “Es fundamental, llegado a este punto colocar a la madre y al recién nacido en una posición correcta que evite la obstrucción de las vías respiratorias del bebé”, concluye la experta.

POSICIÓN DE SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL CONTACTO PIEL CON PIEL:

- Cara del recién nacido visible, nariz y boca descubiertos.
- Cabeza del recién nacido inclinada y girada hacia un lado
- Cuello recto, no doblado
- Hombros del recién nacido rectos contra la madre
- El recién nacido se encuentra pecho con pecho con la madre
- Se pueden sentir los movimientos torácicos y la respiración
- Cubrir la espalda del recién nacido con una manta
- La piel del recién nacido está sonrosada y caliente
- Madre reclinada, No tumbada
- Supervisión de ambos si se quedan dormidos en contacto piel con piel

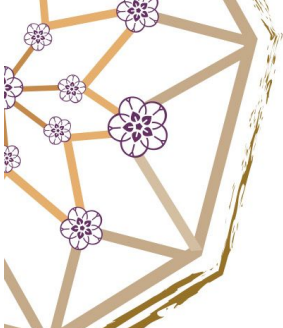
***Para más información. Gabinete de prensa de la AEP**

Ainhoa Fernández— afernandez@plannermedia.com — 687 71 82 50

Vanessa Barrio— vbarrio@plannermedia.com — 663 11 77 02

[#67CongresoAEP](https://twitter.com/#67CongresoAEP)





“Atender a los más pequeños es una enorme responsabilidad, no solo clínicamente hablando, sino también socialmente. Estamos tratando a las futuras generaciones y del pediatra, como médico experto en su cuidado, depende que dicha atención se enmarque en unos parámetros excelentes de seguridad y calidad”, asegura la doctora Josefa Rivera, presidente del Comité Científico de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Por este motivo, en el 67º Congreso de la AEP celebrado en Burgos, se abordaron estos dos aspectos desde la perspectiva de cómo el pediatra ha de responsabilizarse de que la atención que ofrece sea segura desde el momento mismo del nacimiento del niño.

Manejo seguro de la medicación de alto riesgo

En la misma línea de fomentar una práctica clínica y asistencial segura y de calidad que redunde en la salud de los más pequeños, cabe destacar la intervención del **doctor Enrique Villalobos**, responsable de Seguridad del Paciente del Servicio de Pediatría del Hospital Niño Jesús (Madrid) y vicepresidente Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO), quien ha abordado de manera práctica la necesidad de protocolizar el manejo seguro de la medicación de alto riesgo. En este sentido, el doctor ha puesto de manifiesto la importancia de formar de manera continuada a los profesionales implicados en la prescripción y administración de fármacos en Pediatría. *“Existen medicamentos que, a simple vista, podría parecer que su administración no ha de conllevar riesgo, sin embargo, conviene recordar que hablamos de fármacos pediátricos, cuya posología depende mucho de la talla y peso del paciente”*, indica el doctor.

En este sentido, asegura el doctor, *“existen diversas herramientas que pueden ayudar al profesional médico a ofrecer una atención segura. En primer lugar, sería ideal que el profesional que prescribe el fármaco recibiera una respuesta sobre la pauta prescrita por parte de otro profesional: farmacia hospitalaria, enfermería pediátrica o incluso los propios padres en casos de pacientes crónicos, lo que conocemos como un ‘doble check’ que puede ser triple o cuádruple. Cuantos más filtros se pongan entre la prescripción y la administración, mejor”*.

La prescripción en monodosis, perfectamente identificadas y preparadas directamente por el servicio de farmacia hospitalaria, sería otra medida a tener en cuenta. *“El pediatra envía la pauta al servicio de farmacia hospitalaria que, tras darle respuesta y corroborar que todo es correcto, prepara la dosis exacta y la etiqueta. En este punto, el equipo de enfermería no ha de pararse a preparar la dosis y puede limitarse a administrarla al paciente comprobando que está ofreciendo la dosis prescrita al paciente correcto”*, explica el doctor Villalobos. Este procedimiento es igualmente válido para aquellos fármacos que no pueden darse en monodosis, puesto que al reducirse el número de personas que intervienen, se reduce también el riesgo de errores.

El doctor Villalobos concluye que *“el protocolizar de manera exhaustiva el manejo de la medicación en el entorno pediátrico de manera que se incentive la comunicación entre profesionales y de estos con los padres - siempre importante, pero si cabe aun más en el caso de los niños con enfermedad crónica-, o el realizar*

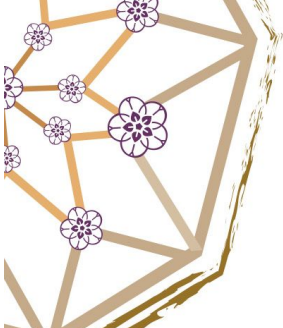
***Para más información. Gabinete de prensa de la AEP**

Ainhoa Fernández – afernandez@plannermedia.com – 687 71 82 50

Vanessa Barrio – vbarrio@plannermedia.com – 663 11 77 02

[#67CongresoAEP](https://www.aep.es/67CongresoAEP)





formación continuada de todos los profesionales que intervienen en el proceso de prescripción y administración de medicamentos en Pediatría, así como motivar al profesional, son las claves para ofrecer una atención segura, carente de errores que pudieran tener consecuencias muchas veces irreversibles.”

Sobre la AEP

La Asociación Española de Pediatría es una sociedad científica que representa a 14.000 pediatras que trabajan tanto en el ámbito hospitalario como de atención primaria. Está integrada por todas las sociedades científicas de pediatría regionales y las sociedades de pediatría de las distintas especialidades o áreas de capacitación específicas. El principal objetivo de la asociación es velar por la adecuada atención sanitaria, fomentar el desarrollo de la especialidad, tanto en sus aspectos asistenciales como en los docentes y de investigación, además de asesorar a todas aquellas instituciones competentes en asuntos que puedan afectar o afecten a la salud, desarrollo e integridad del niño y del adolescente.

***Para más información. Gabinete de prensa de la AEP**

Ainhoa Fernández– afernandez@plannermedia.com – 687 71 82 50

Vanessa Barrio – vbarrio@plannermedia.com – 663 11 77 02

[#67CongresoAEP](https://twitter.com/67CongresoAEP)

