



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI SĂNĂTOS

Protocol clinic național

PCN-217

Chișinău, 2014

**Aprobat la ședința Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din
18 iunie 2014, proces verbal nr.2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
nr.780 din 07 august 2014
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național Îngrijirea nou-născutului sănătos”**

Elaborat de colectivul de autori

Dr. Petru Stratulat	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Ala Curteanu	IMSP Insitutul Mamei și Copilului
Dr. Tatiana Carauș	IMSP Insitutul Mamei și Copilului

Recenzenți oficiali:

Grigore Bivol	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Gheorghe Ciobanu	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Victor Ghicavîi	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Alexandru Coman	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS

ABREVIERI	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul.....	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopul protocolului.....	4
A.5. Elaborat	4
A.6. Revizuire	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informație epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	7
B.2. Nivel de asistență medicală primară (medical de familie).....	8
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (neonatolog, pediatru).....	9
C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂ	10
C.1.1. Algoritm de examinare generală a nou-născutului în maternitate.....	10
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	11
C.2.1. Tehnologii rentabile și cost-efective ce contribuie la reducerea mortalității neonatale	11
C.2.2. Îngrijiri în naștere.....	11
C.2.2.1. Lanțul cald.....	11
C.2.2.2. Alăptarea precoce.....	14
C.2.2.3. Lanțul curat.....	14
C.2.3. Examinarea nou-născutului	15
C.2.4. Măsuri profilactice.....	17
C.2.5. Externarea la domiciliu.....	18
C.2.6. Supravegherea nou-născutului la domiciliu	18
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	19
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	19
D.2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator	19
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească.....	19
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	20
ANEXĂ. Ghidul pentru părinți referitor la îngrijirea nou-născuților sănătoși	21
BIBLIOGRAFIE	26

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AAP	Academia Americană de Pediatrie
BHNN	Boala hemoragică la nou-născut
CDC	Centrul de Control al Maladiilor
GMN	greutate mică la naștere
ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
RM	Republica Moldova

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii IMSP Institutului Mamei și Copilului și Departamentului pediatrie, USMF „Nicolae Testemitanu”.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind Îngrijirea nou-născut și va servi drept bază pentru elaborarea Protoacoalelor clinice instituționale. La recomandarea MS pentru monitorizarea Protoacoalelor clinice instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A. 1 Diagnosticul: Nou-născut sănătos

Exemple de diagnostic clinic:

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Z 38.0 Nou-născut unic, viu maternitate

Z 38.1 Nou-născut unic, viu la domiciliu

Z 76.2 Alți copii sănătoși primind îngrijiri

A. 3. Utilizatorii:

- Secțiile de neonatologie și pediatrie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici neonatologi, pediatri, medici rezidenți);
- Centrele consultative raionale (medici pediatri);
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și medici pediatri)
- Centrele medicilor de familie, Centrele de sănătate și Oficiile medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie).

A. 4. Scopurile protocolului:

- Ameliorarea îngrijirilor acordate nou-născutului în maternitate
- Prevenirea dezvoltării infecțiilor nosocomiale la nou-născut
- Reducerea deceselor neonatale prin ameliorarea îngrijirilor imediate
- Prevenirea unor complicații precoce prin efectuarea măsurilor de profilaxie nou-născutului (BHNN, oftalmia neonatală)





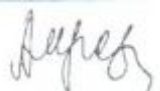


A. 5. Elaborat: 2014

A. 6. Revizuire: 2018

A. 7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Dr. Petru Stratulat	d.h.ș.m., profesor universitar, Departamentul pediatrie, USMF „Nicolae Testemișanu”
Dr. Ala Curteanu	d.ș.m., conferențiar cercetător, șef Laborator științific de perinatologie, IMSP Insitulul Mamei și Copilului
Dr. Tatiana Carauș	cercetător științific, Laboratorul științific de perinatologie, IMSP IMSP Insitulul Mamei și Copilului

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Departamentul pediatrie, USMF „Nicolae Testemișanu”	
Asociația de Medicină Perinatală din RM	
Comisia științifico-metodică republicană de profil “Pediatrie”	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A. 8. Definițiile utilizate în acest document

Nou-născutul sănătos este un copil născut la termenul de gestație de 37-42 săptămâni; cu un scorul Apgar > 7 puncte în primul minut de viață și care nu a necesitat resuscitare; cu greutatea la naștere în limitele a 2500 - 4000 g și care în timpul examinării arată viguros, fără anomalii congenitale de dezvoltare ori alte semne patologice și la care este prezent reflexul de sugere [1].

Nou-născutul sănătos prezintă un risc minim de declanșare a stărilor patologice în perioada neonatală și are nevoie numai de îngrijiri esențiale [1].

A.9. Informație epidemiologică:

În ultimul timp tot mai multe țări au conștientizat importanța îngrijirilor esențiale în reducerea morbidității și mortalității neonatale. Tehnologiile înalte conduc spre îmbunătățirea evidentă a acestor rezultate, cu toate acestea fără îngrijiri esențiale este foarte complicat de a fi atinse.

Evidențele științifice sugerează schimbarea nu numai a practicelor, dar și a atitudinii față de conduita nou-născutului, ținând cont de faptul că nașterea este o stare fiziologică, dar nu o maladie [1].

Politica îngrijirii nou-născuților în Republica Moldova

Perioada post-partum este importantă atât pentru mamă, cât și pentru nou-născut din cauza adaptărilor fiziologice ce se produce în acest răstimp. De aceea îngrijirea lăuzei și nou-născutului în perioada post-partum va fi continuă și va include cele mai bune practici bazate pe dovezi.

Îngrijirea nou-născuților în Republica Moldova are la bază ghidurile clinice care au fost elaborate în scopul de a ajuta personalul medical să ia decizii privind îngrijirea nou-născuților.

Conform recomandărilor **Ghidurilor Naționale (B și C în toate reviziile)** îngrijirea nou-născuților sănătoși în sala de naștere și salonul mamă-copil are la bază următoarele aspecte:

- Nou-născutul sănătos este înmânat mamei pentru asigurarea contactului “piele la piele” pentru contactul emoțional;
- Condițiile pentru promovarea *roomingului* trebuie create (aflarea în comun a mamei și nou-născutului) în toate maternitățile;
- *Alăptarea precoce* conform celor 10 pași, recomandați de OMS/UNICEF (după ce s-a constatat cu certitudine că respirația a fost inițiată normal, pruncul este adus mamei pentru alăptare);
- *Profilaxia hipotermiei* prin monitorizarea permanentă a temperaturii nou-născuților prematuri cu greutatea sub 2000 g (nou-născutul va fi protejat de răcire excesivă, fiind bine uscat și învelit);
- *Implementarea metodei* de îngrijire și încălzire a prematurilor “*piele-la-piele*”;
- Crearea condițiilor de îngrijire delicată, inofensivă și umană a nou-născuților cu retard de creștere intrauterină, a pruncilor bolnavi și a prematurilor cu greutatea sub 2000 g la nivelele II și III;
- *Aprobarea unui model unic de diagnostic al afecțiunilor hipoxice ale sistemului nervos central la nou-născuți*;
- Aprobarea unui model unic de îngrijire umană a nou-născutului și, în special, a celor cu greutate mică la naștere;
- Screeningul nou-născuților pentru depistarea fenilcetonuriei.

B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească (maternitatea)</i>		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<p>1. Conduita în sala de naștere</p> <p>Algoritmul C.1.1 C.2.1- C.2.2</p>	<p>Minimalizarea acțiunii factorilor antenatali și intranatali de risc de dezvoltare a complicațiilor la nou-născut.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <p>Procedurile descrise mai jos trebuie aplicate tuturor nou-născuților (recomandările OMS).</p> <ul style="list-style-type: none"> - plasarea copilului pe burta mamei cu scopul de a prelungi contactul biologic - prima alăptare - contactul dintre mamă – prunc și familie - secționarea și îngrijirea cordonului ombilical - înlăturarea la necesitate a vernixului cazeoza (abundent colorat cu meconiu, miros fetid) - examinarea și etichetarea nou-născutului (casetele 1-10) <ul style="list-style-type: none"> • Prezența neonatologului la nașterile cu risc este obligatorie • Efectuarea măsurilor prompte de resuscitare a nou-născutului în caz de asfixie • Transferul copilului în salon împreună cu mama.
<p>2. Măsurile de profilaxie C.2.4.</p>	<p>Respectarea curățeniei la naștere este un pas important în reducerea riscului infecției pentru mamă și copil; Pentru a obține un grad suficient de curățenie este nevoie ca mamele, familiile și personalul medical să evite practicile tradiționale dăunătoare și să pregătească materialele necesare</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinarea factorilor de risc (casetă 10) • Managementul profilactic pentru prevenirea complicațiilor la nou-născut (casetă 11) • Profilaxia hemoragiilor, administrarea vitaminei K (casetă 12)
<p>3. Externarea la domiciliu C.2.5.</p>	<p>Referire la nivelul primar de asistență medicală pentru supraveghere continuă a dezvoltării nou.</p>	<p>Obligator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de externare (casetă 14) • Examenul fizic al nou-născutului la externare • Recomandări privind îngrijirea nou-născutului (ghidul pentru părinți) • Informarea lucrătorilor centrului medicilor de familie/centrului de sănătate/oficiului medicului de familie despre venirea copilului acasă (pe sector).

B.2. Nivel de asistență medicală primară (medicul de familie)

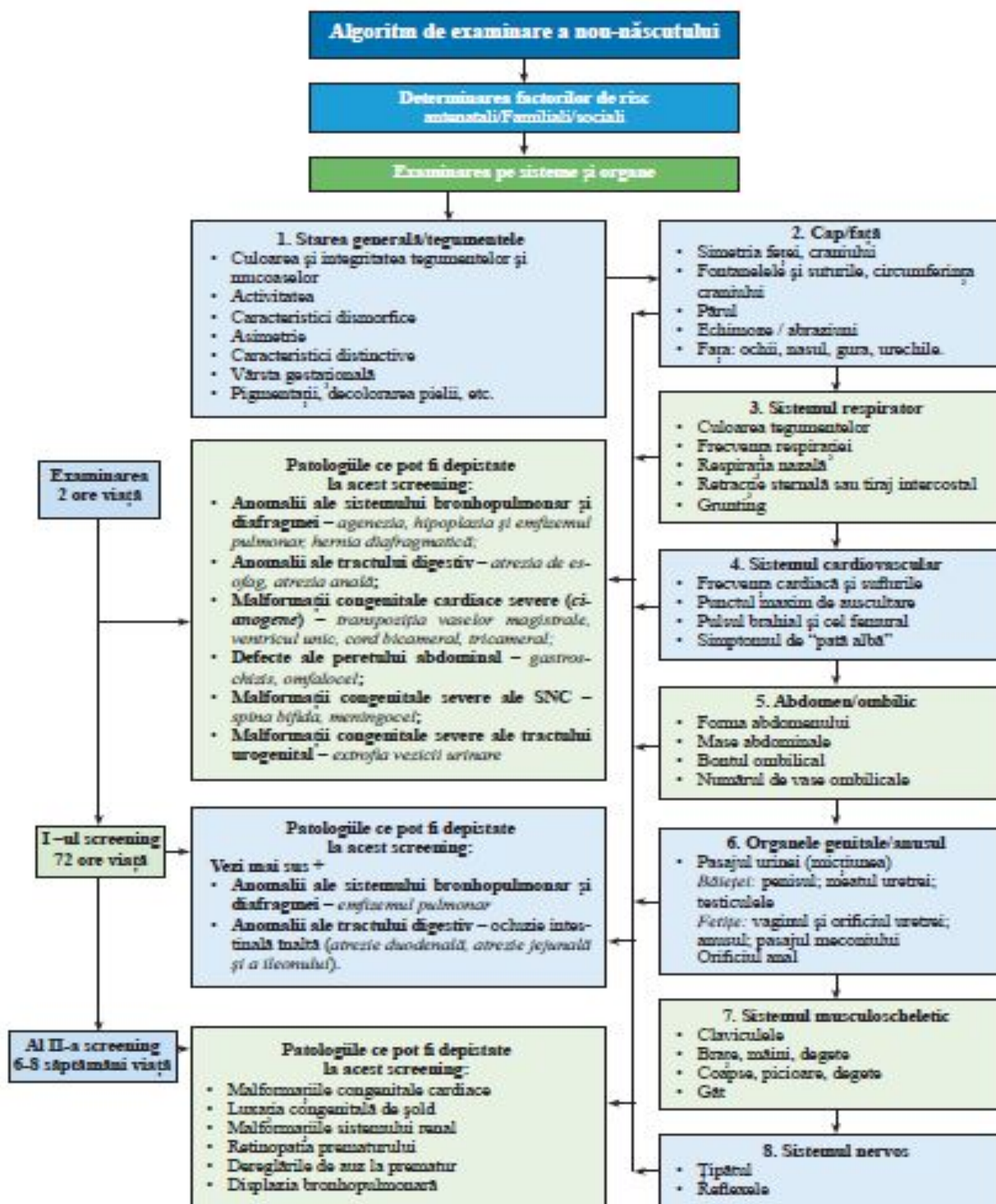
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Conduita în caz de naștere la domiciliu C.2.2	Acordarea asistenței și îngrijirilor esențiale și calitative nou-născutului sunt obligatorii [1,2]	<p>Obligatoriu: Procedurile descrise mai jos trebuie aplicate tuturor nou-născuților (recomandările OMS).</p> <ul style="list-style-type: none"> - plasarea copilului pe burta mamei cu scopul de a prelungi contactul biologic - prima alăptare - contactul dintre mamă – prunc și familie - secționarea și îngrijirea cordonului ombilical - înlăturarea la necesitate a vernixului cazeoza (abundent colorat cu meconiu, miros fetid) <ul style="list-style-type: none"> • respectarea curățeniei la naștere este un pas important în reducerea riscului infecției pentru mamă și copil. • susținerea psihologică a părinților
2. Examinarea nou-născutului	Anamneza maternă și a evoluției nașterii, examenul fizic permit suspectarea unor patologii și complicații la nou-născut.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul fizic (caseta 9) • Evaluarea factorilor de risc (caseta 10) • Determinarea dereglărilor funcțiilor vitale până la transferul în staționar în baza scorului Apgar, etc. • Profilaxia hemoragiilor, administrarea vitaminei K (caseta12)
3. Referirea nou-născutului	Minimalizarea acțiunii factorilor antenatali și intranatali de risc de dezvoltare a complicațiilor la nou-născut.	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizarea pre-transport a stării copilului • Transportarea lui în staționar pentru acordarea asistenței medicale specializate calitative • Comunicarea telefonică cu secția gazdă despre transportarea copilului • Susținerea psihologică a părinților <p>În caz de refuz la spitalizare – documentarea refuzului!</p>
4. Examinarea activa la domiciliu după externarea din maternitate C.2.6	Examinarea activa la domiciliu, după externarea din maternitate, monitorizarea continuă a dezvoltării nou-născutului reduc riscul apariției complicațiilor.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supraveghere a nou-născutului de către medicul de familie/asistenta medicală (caseta 15) • Recomandări privind îngrijirea nou-născutului (ghidul pentru părinți) • Referirea la specialist conform Standardelor de supraveghere

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (medic neonatolog, pediatru)

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Examinarea nou-născutului C.2.3	Identificarea factorilor de risc la nou-născut, organizarea transportării copilului bolnav. Anamneza maternă și a evoluției nașterii, precum și tabloul clinic clasic permit suspectarea patologiilor și complicațiilor la nou-născut.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Anamneza• Examenul fizic (caseta 9)• Evaluarea factorilor de risc (caseta 10)• Recomandări privind îngrijirea nou-născutului (ghidul pentru părinți)

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de examinare generală al nou-născutului în maternitate



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Tehnologii rentabile și cost-efective ce contribuie la reducerea mortalității neonatale

Caseta 1. Principii generale

Femeia gravidă trebuie să intre în travaliu, să nască și să petreacă cel puțin primele ore după naștere împreună cu copilul în același salon, adică fiecare maternitate trebuie să asigure un sistem cel puțin tip *TNR* (*travaliu – naștere – recuperare*). Acolo unde există posibilități, trebuie asigurate condiții de tip *TNRP* (*travaliu – naștere – recuperare – post-partum*). Se recomandă *externarea precoce*, sistemul „*rooming-in*”, *utilizarea lenjeriei, hainelor personale curate ce reduce considerabil riscul colonizării nou-născutului, formării tulpinilor spitalicești rezistente.*

Tabelul 1.

Tehnologii rentabile și cost-efective ce contribuie la reducerea mortalității neonatale datorate infecției		
Antenatal /Intranatal/Postnatal	Intranatal	Postnatal
<ul style="list-style-type: none"> • Suportul familiei: <ul style="list-style-type: none"> - naștere curată, - îngrijire a cordonului ombilical, - lanțul cald, - alăptarea precoce - lanțul curat • Screeningul și tratamentul luesului și preeclampsiei <p><i>Reducere a mortalității – 20-50%</i> <i>Reducere a mortalității – 1-5%</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistență medicală calificată mamei și nou-născutului <p><i>Reducere a mortalității – 10-20%</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizare a antibioticelor în caz de rupere prematură a pungii amniotice <p><i>Reducere a mortalității – 3-9%</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lanțul curat, lanțul cald, îngrijirea esențială, alăptarea la sân <p><i>Reducere a mortalității – 1-10%</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Managementul pneumoniei <p><i>Reducere a mortalității – 20-55%</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistență de urgență nou-născutului • Managementul stărilor severe. <p><i>Reducere a mortalității – 30-70%</i></p>

C.2.2 Îngrijiri în naștere

Caseta 2. Pregătirea salonului către nașterea copilului

Salonul trebuie să fie dezinfectat, spălat, aerisit și încălzit. El trebuie să fie pregătit pentru o singură persoană, respectând condițiile hoteliere, curat, cu temperatura nu mai joasă de 25°C fără curenți de aer. Înainte de naștere verificați disponibilitatea și funcționarea echipamentelor și instalațiilor pentru îngrijirea nou-născutului.

În maternitate întotdeauna trebuie să existe următoarele:

- masă de resuscitare deasupra căreia să se afle un încălzitor aerian, controlat manual
- echipament de resuscitare (măști faciale pentru copii, sac de ventilare)
- set de pensare/secționare a cordonului ombilical
- utilaj de aspirație, cateter de aspirație
- termometre de marcaj jos (< 25°C)
- cântar electronic pentru copii
- sursă de încălzire a salonului de naștere
- cearșaf (pentru a înfășura copilul), căciuliță
- incubatoare de încălzire cu aer sau saltele umplute cu apă pentru încălzirea copilului sau alte surse adaptate pentru încălzire (în cazul transportării interne sau externe)

C.2.2.1. Lanțul cald

Caseta 3. Contactul "piele la piele"

Imediat după naștere, nou-născutul va fi uscat, deoarece un copil umed poate pierde din temperatura

corpului chiar și într-o cameră relativ caldă. Riscul de a pierde căldura este mai mare atunci, când copilul nu este uscat imediat după naștere sau când este scaldat.

Uscarea copilului se face cu un scutec încălzit în prealabil, copilul fiind apoi învelit într-un alt scutec uscat și cald.

Copilul sănătos este dat mamei. Imediat după naștere trebuie stimulat contactul permanent al nou-născutului cu mama. Astfel, se asigură „lanțul cald”.

”Lanțul cald” este un set de proceduri de minimalizare a posibilității apariției hipotermiei și de asigurare a bunăstării copilului. Verigile ”lanțului cald” sunt următoarele:

- instruirea întregului personal implicat în procesul de naștere și de îngrijire ulterioară a copilului; pregătirea sălii de naștere, asigurarea unei săli curate, calde, uscate;
- asigurarea unei suprafețe de naștere curate și calde; scutecele de înfășare să fie calde și uscate;
- uscarea imediată a nou-născutului;
- înfășurarea copilului și predarea lui cât mai repede mamei;
- punerea copilului la sânul matern;
- acoperirea capului copilului cu o căciuliță caldă;
- invelirea mamei și a copilului;
- în caz de necesitate, asigurarea unui transport cald și neprimejdios.

Dacă acestea nu pot fi întreprinse, este acceptabil să se usuce copilul și să se înfașe, plasându-l cât mai aproape de mamă. Asigurați-vă că salonul este cald. Este greu să se încălzească copilul care este deja hipotermic - înfășurarea lui ar însemna doar păstrarea lui la temperatura joasă, la care a ajuns.

Pașii practici de asigurare a „lanțului cald” (Grad A)

a) Mențineți ușa închisă în salon și reduceți la minim accesul altor persoane.

b) Introduceți o sursă de căldură radiantă pentru încălzirea mesei de îngrijire a nou-născutului ce necesită resuscitare, după cezariană, stabilizare.

c) Masa și cîntarul la fel suprafețele pe care este plasat nou-născutul se vor acoperi cu scutece flaușate, blană, cuvertură împletită încălzite. Puneți un set de haine (plapumă, scutece de flanea, costum, ciorapi, căciuliță preventiv spălate și călcate) sub o sursă de căldură radiantă.

d) **Uscarea copilului.** După ce copilul *a fost uscat*, el este înmânat mamei și ulterior plasat pe burta ei (în caz de operație cezariană sau contraindicații materne contactul se efectuează cu tatăl sau persoana de suport), **în contact piele la piele.**

e) Acoperiți capul copilului cu o căciuliță caldă și îmbrăcați pe picioare ciorapi călduți.

f) Cuplul mamă-copil se învelește cu un cearșaf sau cearșaf și pătură flaușata sau împletită. Lăudați mama și/sau persoana de suport pentru eforturile depuse și felicitați-i cu nașterea copilului. Înregistrați datele despre naștere: data, ora, sexul în fișa medicală a nou-născutului.

Contactul precoce „piele-la-piele” are o importanță deosebită în fortificarea legăturii afective dintre cei doi, în dezvoltarea instinctului matern, dar și în adaptarea nou-născutului la noul mediu, deoarece îi oferă confort și siguranță. Beneficiile intervenției: *facilitează adaptarea nou-născutului la noul mediu, întărește legătura afectivă dintre mamă și nou-născut, reglează temperatura corporală a nou-născutului și echilibrează pulsul și respirația.*

Standardul național privind principiul de îngrijire a nou-născutului sănătos în primele ore de viață recomandă: contactul ”*piele-la-piele*” efectuat cât mai devreme după naștere, cu o durată de 1,5-2 ore, fiind continuat prin alăptarea precoce (*Ghidul B Național de Perinatologie, ediția a II, 2006*).

Contactul ”*piele la piele*” timp de 1,5-2 ore după naștere este foarte important, deoarece:

- nou-născutul se adaptează mai ușor la condițiile mediului înconjurător
- alăptarea la sân decurge mai ușor, iar perioada alimentării naturale este de durată mai lungă
- mamele sunt mai puțin stresate după naștere, devin mai liniștite
- durerea post-natală și oboseala după travaliu se uită mai repede

relația dintre mamă și copil se păstrează pe parcursul întregii vieți.

Caseta 4. Modurile de pierdere a căldurii

Un aspect important de îngrijire neonatală este asigurarea unui mediu termic neutru – o temperatură a

aerului înconjurător la care un copil cu o temperatură normală a corpului are o rată metabolică minimă și consumul de oxigen, prin urmare, este minim. Temperatura necesară mediului termic neutru scade cu creșterea vârstei gestaționale și vârstei postnatale. Hipotermia prelungită poate duce la convulsii și coagulare intravasculară diseminată.

1. Conducție. Pierderea de căldură la o temperatură mai rece a suprafețelor. Acestea sunt obiectele care vin în contact cu suprafețele corpului bebelușului. Prevenirea hipotermiei prin conducție se efectuează prin preîncălzirea scutecelor, păturilor, lenjeriei de pat, saltelelor și îmbrăcămintei, folosirea ambalajelor de plastic. Stetoscoapele și manjetele de saturație trebuie, de asemenea, preîncălzite.

2. Convecție. Pierderea de căldură are loc către aerul rece din jur. Prevenirea se efectuează prin reducerea la minim a expunerii la curenți de aer rece, la ventilatoare de aer, aer în jurul patului. Trebuie folosite incubatoare cu posibilități de minimizare a pierderilor de căldură prin convecție, cu utilizarea circulației aerului încălzit. Căciulițele care acoperă capul sugarilor reduc la minim pierderile de căldură prin convecție de la o suprafață mai mare. Îmbrăcarea copiilor cu haine încălzite reduce pierderile de căldură prin convecție.

3. Radiație. Pierderea de căldură are loc către pe suprafețele reci solide care sunt plasate aproape de corpul copilului. Prevenirea prin preîncălzirea incubatoarelor, stetoscoapele, lenjeriei și îmbrăcămintei, înainte de utilizare. Sugarii trebuie plasați la o distanță de suprafețele solide mai mari.

4. Evaporare. Pierderea de căldură prin evaporare are loc atunci când se evaporă un lichid (de ex. cel amniotic) de pe suprafața corpului copilului, la fel apare când umezeala de la suprafața pielii sau a mucoasei tractului respirator este transformată în vapori. Cu cât este mai rece mediul ambiant, cu atât mai intensivă este pierderea de căldură. Ea poate fi prevenită prin asigurarea bunei uscări a copilului după naștere și după spălare/îmbăiere; schimbarea hăinuțelor umede cu promptitudine, asigurarea eliminării complete a gelului după examinarea ecografică, umidificarea gazelor inspirate prin ventilator.

Caseta 5. Hipotermia

Este extrem de important de prevenit hipotermia nou-născutului în sala de naștere. Organizația Mondială a Sănătății definește nivelele *ușor*, *moderat* și *sever* de hipotermie la nou-născut, după cum urmează:

- **Hipotermie ușoară:** temperatura centrală este între 36 și 36,4°C.
- **Hipotermie moderată:** temperatura centrală este între 32 și 35,9°C.
- **Hipotermie severă:** temperatura centrală este sub 32°C.

Simptomele hipotermiei:

- **Piciorușele devin reci la palpare** (ele devin reci înainte de a se răci restul corpului);
- **Capacitatea scăzută a suptului** imposibilitatea de a alăpta copilul;
- **Reducere în mișcări** somnolență;
- **Țipăt slab;**
- **Tegumentele și mucoasele:** de obicei pielea este roșie și rece; secundară insuficienței, disociației oxihemoglobinei; cianoza centrală sau paloare, edeme sau sclerem la față sau membre;
- **Respirație:** bradipneică, neregulată, superficială, geamăt expirator; apnee recidivantă la prematurul cu masa mică la naștere.
- **Cord:** bradicardie;
- **Abdomen:** distensie abdominală, vărsături;
- **Rinichi:** oligurie de cauză prerenală;
- **Comportament:** refuzul alimentației, plâns slab, ”jalnic”, depresie a SNC, letargie cu răspuns slab la durere; tremurături rar observate la nou-născut;
- **Tulburări metabolice:** hipoglicemie; acidoză metabolică; hiperpotasemie; ↑ ureei și azotului; modificări ale coagulogramei – boală hemoragică generalizată sau hemoragie pulmonară (cauza principală de deces).

C.2.2.2. Alăptarea precoce

Caseta 6. Alăptarea precoce

Imediat după naștere copilul sănătos va căuta hrana în mod instinctiv. În primele ore de după naștere pruncul este vioi, activ și dornic de a fi alimentat. Dacă în timpul nașterii mamei i s-au dat unele medicamente (din grupa anestezicelor), copilul poate să nu fie vioi. *Prima hrănire nu trebuie forțată, ea va surveni de sine stătător pe parcursul primei ore.* Nou-născutul trebuie aplicat la sân cât mai degrabă posibil după naștere: în prima jumătate de oră în sala de naștere sau cel mult după 1 - 2 ore (**Grad A**).

Prima alăptare este nu numai hrănirea ca atare, ci și prelungirea contactului dintre mamă și prunc, și o **excellentă metodă de prevenire a infecției nosocomiale prin alăptare - colonizarea fiziologică a intestinului nou-născutului și stimularea imunității.** Dezvoltarea florei intestinale adecvate joacă un rol major în **dezvoltarea răspunsului imunitar normal** și de **apărare antinfecțioasă.**

Personalul medical trebuie să recomande contactul fizic imediat după naștere al mamei cu nou-născutul și punerea lui imediată la sân deoarece: stimulează secreția hormonilor de lactație, asigură rapid secreția lactată, ajută la eliminarea mai rapidă a placentei, previne hemoragia postpartum, pune bazele atașamentului dintre mamă și copil, previne dificultățile apărute mai târziu în alăptare, sporește încrederea mamei în capacitatea ei de a alăpta.

Rețineți! Scopul primei alăptări nu este alimentația ca atare, ci prelungirea contactului dintre mamă și prunc!

C.2.2.3. Lanțul curat

Caseta 7. Îngrijirea cordonului ombilical

Ca parte a lanțului curat, cordonul ombilical trebuie să fie pensat și secționat la sfârșitul primului minut de viață sau după încetarea pulsației vaselor sanguine, fiind respectate cu strictețe principiile privind regimul de sterilitate și curățenie. Din acest moment, organele copilului încep să funcționeze de sine stătător. Pensarea și secționarea cordonului la sfârștul primei minute de viață crește hematocritul și depourile de Fe în organismul nou-născutului (Grad C).

Uneori, cordonul este secționat imediat după naștere, dacă starea mamei sau a copilului necesită aceasta. Secționarea cordonului ombilical nu produce dureri copilului, deoarece el nu conține receptori nervoși. Secționarea imediată a cordonului ombilical poate avea consecințe nefaste asupra nou-născutului, contribuind la dezvoltarea: anemiei, hemoragiilor intraventriculare, hipovolemie. Secționarea tardivă a cordonului ombilical poate contribui la apariția icterului și policitemiei [2].

Îngrijirea cordonului ombilical este parte componentă a lanțului curat.

Prelucrarea primară a bontului ombilical se face pe burta mamei pentru a nu întrerupe contactul „piele la piele” între mamă și copil și pentru susținerea alimentației la sân fără forțarea nou-născutului. Analiza a zece studii clinice randomizate arată că **nu există priorități de îngrijire a cordonului ombilical cu utilizarea antisepticelor sau antibioticelor comparativ cu respectarea doar a principiului de menținere a bontului ombilical curat.** (Zupan J, Garner P: The Cochrane Library, 1, 2002). Dezinfectantele sunt un factor de risc de inițiere a complicațiilor.

Tabelul 1.

Riscurile asociate cu regimul îngrijirii cordonului

Regim	Complicațiile	Referința
Silver sulfadiazine	Icter nuclear	Payne et al/1992 (30)
Povidone-iodine	Hipotiroxinemia tranzitorie, hipotiroidism	Pyati et al/1977 (31)
Isopropyl alcohol	Toxicitate cutanată, depresia SNC, necroză cutanată	Roberts/1984 (32)
Gențian violet (triple dye)	Carcinogenă	Rosenkranz and Carr/1971 (33)
Neomycin	Deregări neurale	Rutter/1987 (34)
Hexachlorophene	Mielonopatia spongiformă	Rutter/1987 (34)
Chlorhexidine	Întârzierea mumificării cordonului	Siegfried and Shah/1999 (35)
Salicylic acid	Acidoză metabolică	West et al/1981 (36)

Caseta.8. Recomandările OMS privind alegerea dizinfectantului: depinde de flora din secția respectivă (mai frecvent *St. aureus* sau flora gram negativă). Dacă flora este necunoscută, se utilizează antiseptic cu spectru larg de acțiune (Povidone-iodină, Chlorhexidină), disponibil, cultural acceptabil, să nu fie scump.

Recomandările OMS privind materialele folosite în clemarea bontului ombilical. Ca parte componentă a lanțului curat, cordonul *trebuie să fie tăiat cu un instrument curat și legat strâns cu o bandă de cauciuc curată (firul de mătase sau tifon nu strânge bontul și în timpul mumificării poate provoca sîngerări, este o sursă de infectare).* **Cea mai sigură metodă de clemare a bontului ombilical: banda de cauciuc.** După clemarea cu ajutorul pensei Koher bontul ombilical se ligaturează cu o bandă de cauciuc.

Reguli de îngrijire a cordonului.

- Pensarea se efectuează cu două pense sterile una la distanța de 10 cm de la cordonul ombilical și alta la 2-3 cm de la inelul ombilical.
- Cordonul ombilical se secționează cu foarfece sterile între cele două pense stabilite. Efectuați secționarea cordonului ombilical nou-născutului pe burta mamei. Aproximativ la 3 cm de la bontul ombilical se fixează banda de cauciuc, apoi se fixează cordonul ombilical cu două degete (mănuși sterile) de la bandă și se elimină sângele din ombilic spre periferie la aproximativ 2 cm. Cordonul se taie la cel puțin 1 cm de la banda de cauciuc, se usucă cu un tampon steril, se tratează cu un dezinfectant (de ex. Iodonat).
- Trebuie să ne convingem că ligaturarea ombilicului în sala de naștere a fost îndeplinită eficient, în caz contrar poate apărea o hemoragie care la rândul ei poate duce la deces.
- Spălarea mâinilor de fiecare dată înainte de a atinge bontul ombilical; tata copilului poate fi încurajat să taie cordonul ombilical.
- Menținerea bontului deschis, curat și uscat;
- Îndoirea scutecului mai jos de bontul cordonului;
- Utilizarea antisepticelor, antibioticelor local numai în cazurile când copilul este izolat de mamă și există pericolul infectării lui cu microorganisme intraspitalicești.

Nu se recomandă alcoolul, tratarea cu apă oxigenată de 3% și aplicarea bandajelor deoarece toate ele duc la întârzierea mumificării, la introducerea infecției.

Particularitățile îngrijirii cordonului ombilical la prematuri. Din cauza particularităților anatomofiziologice riscul infectării este major; este sporit riscul efectelor adverse ale dizinfecțanților.

Se recomandă folosirea pudrei salicilice ca prioritară chlorhexidinei [11].

C.2.3. Examinarea nou-născutului

Caseta 9. Imediat după naștere, lucrătorul medical evaluează copilul nou-născut pentru a determina starea lui și stabilește dacă el necesită îngrijire specială. Medicul neonatolog, prezent la naștere, face primul examen medical al copilului cu scopul de a evalua condițiile vitale ale nou-născutului, vârsta de gestație și prezența anomaliilor congenitale.

Spălați-vă bine pe mâini înainte și după fiecare contact cu nou-născutul (în fiecare salon trebuie să fie săpun lichid, prosop de hârtie de unică folosință și dezinfectant pentru mâni).

Aprecierea scorului Apgar reprezintă o metodă de evaluare a stării nou-născutului în primul minut de la naștere și la minutul 5 de viață, evaluându-se adaptarea funcțiilor lui vitale la mediul extraterin conform următorilor parametri:

- frecvența contracțiilor cardiace (pulsul),
- respirația,
- tonusul muscular,
- culoarea tegumentelor,
- excitabilitatea reflexă.

Fiecare din acești indicatori este apreciat cu 0, 1 sau 2 puncte, însumând în total un punctaj de la 0 la 10 puncte.

Respirația spontană se stabilește în primele 30 de secunde de la naștere (30-60 respirații/minut). Frecvență cardiacă mai mult de 100 bătăi/minut este considerată acceptabilă la naștere, iar după câteva minute ea poate crește până la 120-140 bătăi/minut. În unele cazuri, pentru ameliorarea respirației nou-născutului se efectuează aspirația conținutului căilor respiratorii.

În condiții sterile colectați sânge din cordonul ombilical din partea placentară pentru aprecierea incompatibilității după grupă, Rh-factor și bilirubină serică la toate lăuzele cu O (I) grupă, Rh (+) și celor cu Rh (-) de toate grupele. Vernixul cazeoz de pe nou-născut nu se șterge. După 6 ore de viață, în caz de necesitate, în condiții de curățenie, apă caldă, salon cald (25-28°C) se înlătură de pe capul nou-născutului rămășițele sangvinolente și restul de vernix cazeoz și se aplică banda de cauciuc la baza bontului ombilical.

1. **Vârsta de gestație** prezintă durata perioadei de gestație măsurată de la prima zi a ultimului ciclu menstrual normal până la nașterea copilului. Ea este exprimată în zile/săptămâni complete. O naștere la termen are loc între 38-42 de săptămâni complete de gestație (259-293 zile). Stabilirea vârstei de gestație în funcție de greutatea corpului are ca scop să identifice copiii cu greutate mică la naștere (GMN), care vor avea nevoie de o îngrijire specială.

Variantele vârstei gestaționale:

- nou-născut matur (născut între 37 și 42 săptămâni)
- nou-născut prematur (născut până la 36 săptămâni de sarcină)
- nou-născut postmatur (născut după 42 săptămâni după sarcină)

Stabilirea malformațiilor congenitale la naștere sau a traumelor are scopul de a asigura un tratament oportun și adecvat (vezi anexa 1.). Dacă starea copilului este afectată, el este plasat pe o suprafață caldă, curată și uscată, sub o sursă de lumină radiantă pentru acordarea îngrijirilor.

După transferul mamei și nou-născutului în salon, medicul neonatolog efectuează un examen clinic mai aprofundat, cu respectarea următoarelor momente:

- temperatura încăperii unde se află nou-născutul va fi în limitele 24 – 26° C
- examenul se efectuează în incubator sau pe măsuță cu sursă de încălzire
- copilul se examinează la lumina zilei sau la lumina lămpilor de zi
- mâinile examinatorului trebuie să fie uscate și calde
- timpul benefic pentru examinare - între alimentații (de obicei după 30 min).

2. **Antropometria.** Efectuați măsurările antropometrice (lungimea, circumferința capului, toracelui) și cântăriți copilul, în prezența persoanei de suport peste 2 ore după naștere și înregistrați datele în fișa nou-născutului, informați mama.

Greutatea la naștere este prima greutate înregistrată a copilului, care trebuie stabilită pe parcursul primelor ore după naștere.

Metoda de măsurare a lungimii copilului nu este atât de importantă. Panglica centimetrică poate fi întinsă de-a lungul corpului copilului plasat pe spate sau acesta este măsurat cu ajutorul unei langete pe care e plasat copilul cu picioarele întinse. La fel se determină și perimetrul cranian.

3. **Eticheta.** Eticheta pe care este înscris numele mamei se fixează pe antebrațul sau pe piciorușul copilului în sala de naștere.

4. **Evaluati starea nou-născutului** în prima oră la fiecare 15 min. în prima oră după naștere și la fiecare 30 de minute în a doua oră după naștere. La 30 min. și la 120 min. după naștere măsurați temperatura corpului nou-născutului și înregistrați datele în fișa medicală a nou-născutului.

Efectuați orice procedură invazivă a nou-născutului la sînul mamei, cu folosirea metodei Kangaroo. Pentru prevenirea durerii la nou-născut, în lipsa mamei, administrați per os sol. sucroză 24% (0,5-1 ml).

Caseta 10. Factorii de risc

În perioada antenatală

- Boli hipertensive materne
- Eclampsie/Preeclampsie
- Boli cardiace la mamă
- Maladii oncologice

În perioada intranatală

- Sarcină prematură
- Sarcină suprapurtată
- Decolare de placentă
- Prolabare de cordon

- Diabet zaharat
- BST
- Hemoragii antepartum
- Consum de alcool, droguri
- Tabagismul
- Rh negativ
- Ape meconiale
- Perioadă alichidiană ≥ 18 ore
- Hipertermie în naștere
- Utilizare a preparatelor sedative, anestezice, analgezice
- Travaliiu prolongat
- Prezența pelvină, transversă
- Anomalii de dezvoltare la făt
- Naștere rapidă

C.2.4. Masuri profilactice

Caseta 11. Profilaxia gonoblenoreii:

Profilaxia gonoblenoreii, una dintre recomandările cost-efective făcute de OMS, constă în utilizarea unguentului de Tetraciclină 0,1% la sfârșitul primei ore după naștere pentru nu a întrerupe contactul vizual între mamă și copil și pentru susținerea alimentației la sân.

Standardul național recomandă: aplicarea **unguentului de Tetraciclină de 0,1%** la sfârșitul primei ore de viață a nou-născutului.

Oftalmia nou-născutului este orice conjunctivită cu eliminări, care are loc în primele două săptămâni de viață. Infecția poate deveni sistemică sau se poate solda cu leziuni permanente ale ochiului, dacă tratamentul întârzie sau nu este adecvat.

Cauzele cele mai frecvente sunt infecțiile cu: Gonococcus sau cu Chlamydia trachomatis. Oftalmiile cauzate de aceste două microorganisme nu pot fi diferențiate numai în baza examenului clinic, totuși, oftalmia cauzată de gonococi evoluează mai grav.

Analiza a mai multor trialuri clinice randomizate indică faptul că: sol. Nitrat de argint 1%, unguentul de Tetraciclină 1% și unguentul de Eritromicină 0,5% au eficacitate comparabilă în prevenirea infecției gonococice, însă în baza estimărilor de cost, utilizarea unguentului de Tetraciclină este mult mai rentabilă decât sol. Nitratului de argint de 1%. *Academia Americană de Pediatrie (AAP)* și *Centrul de Control al Maladiilor (CDC)* recomandă prin dovezi convingătoare pentru a sprijini profilaxia de rutină și universală a oftalmiei gonococice neonatorum în decurs de 1 oră după naștere cu unguent Tetraciclină 1%, 0,5% Eritromicină sau soluție de 1% de Nitrat de argint, în absența unui screening prenatal universal pentru gonoree.

În ceea ce privește utilizarea soluției de 1% de Nitrat de argint ea poate cauza conjunctivită aseptică [11].

Caseta 12. Profilaxia dereglărilor de coagulare:

Dereglările de coagulare la nou-născuți se întâlnesc cu frecvență de 1 caz la 400 copii născuți vii și prezintă un pericol grav pentru sănătatea lor. Pentru a preveni sângerarea timpurie și hemoragiile de mai târziu se recomandă cu scop profilactic vit. K.

Boala hemoragică a nou-născutului (BHN) este definită ca un ansamblu de manifestări hemoragice spontane și prelungite survenite în prima săptămână de viață care au drept cauză scăderea sub 20% a activității factorilor de coagulare dependenți de vit. K.

Standardul național recomandă: aplicarea unei singure doze de vit. K de 0.5-1.0 mg 1% i/m sau per os la copiii cu GMN sau nou-născuții bolnavi. Recomandările naționale sunt similare recomandărilor AAP, 2006. Administrarea profilactică de rutină a vit. K fiecărui nou-născut poate împiedica dezvoltarea BHN precoce și clasice a nou-născutului, care are o morbiditate și mortalitate ridicată la nou-născuți [15, 16]. Administrarea parenterală de vit. K este efectivă în forma tardivă a BHN.

Caseta 13. Primul contact dintre prunc și familie

Contactul permanent al nou-născutului cu mama trebuie stimulat imediat după naștere. În acest scop maternitățile trebuie să dispună de saloane mici, unde mama poate să se afle alături de pruncul ei. Un salon trebuie rezervat pentru nou-născuții în stare satisfăcătoare ale căror mame sunt obosite sau nu se simt bine. Copiii, care necesită îngrijire și monitorizare intensivă, de asemenea trebuie să fie împreună cu mamele.

Numai copiii și mamele în stare gravă și foarte gravă pot fi izolați pe perioada de tratament, asigurând condiții pentru ca mamele să poată participa la îngrijirea copiilor grav bolnavi.

Reguli pentru asigurarea contactului între mamă și nou-născut:

- contactul dintre mamă și nou-născut trebuie stabilit imediat după naștere
- “procedurile obligatorii” de îngrijire a nou-născutului pot fi amânate pentru mai târziu, astfel încât părinții să se afle un timp mai îndelungat cu copilul lor
- contactul permanent dintre prunc și mamă poate fi amânat la insistența mamei
- membrilor familiei trebuie să li se permită vizite fără restricții, la discreția mamei, și fără a incomoda celelalte lauze din salon. Dacă este posibil, trebuie să li se permită și taților să beneficieze de intimitate cu nou-născutul. Sălile din maternități trebuie amenajate astfel încât să asigure un confort familial.

C.2.5 Externarea la domiciliu

Caseta 14. Criteriile de externare

Examinați copilul înainte de externare în prezența mamei și, de dorit, și a tatălui. Fiecare maternitate trebuie să aibă un regulament scris de externare a copiilor. Acest regulament trebuie explicat mamei. Medicul se va interesa dacă mama are întrebări. De obicei, externarea nou-născuților sănătoși are loc în zilele 3-4 după naștere. Uneori, se preferă externarea mai timpurie (se hotărăște individual în dependență de starea socială și posibilitatea de asistență medicală la domiciliu).

Externarea se face în baza a *două seturi de criterii: fiziologice și legate de protecția copilului.*

<i>Indicii fiziologici</i>	<i>Indicatorii protecției</i>
Stare clinică satisfăcătoare (<i>tegumente, tonus muscular, reflexe, reactivitate, respirație normală</i>)	Demonstrarea de către ambii părinți a abilităților de a alimenta, îmbrăca și îngriji sugarul
Procedurile profilactice (vit. K, profilaxia blenoreei, BCG, HBV) au fost realizate	Informația despre nou-născut (foaie detașabilă din Carnetul Perinatal) este îndeplinită corect
Reflex de sugere satisfăcător	
Starea plăgii ombilicale și termoreglare adecvată	
Alimentație normală	
Lipsa icterului în primele 24 de ore	
Scaun meconial în limitele a 24 de ore	

C.2.6 Supravegherea copilului la domiciliu

Caseta 15. Supravegherea copilului la domiciliu

După externarea din maternitate personalul medical sau mama, sau alt membru al familiei trebuie să anunțe lucrătorii centrului medicilor de familie/centrului de sănătate/oficiului medicului de familie despre venirea copilului acasă (pe sector).

De obicei medicul de familie sau asistenta medicului de familie trebuie să viziteze nou-născutul la domiciliu după externare conform schemei:

- în primele trei zile după externarea din maternitate,
- în ziua a 14,
- și la 1 lună.

De asemenea, asistenta medicală a medicului de familie trebuie să viziteze copilul în fiecare săptămână pe parcursul primei luni de viață. Ulterior mama cu nou-născutul vor vizita medicul de familie la instituția medicală pentru a monitoriza dezvoltarea lui fizică (prin antropometrie), dezvoltarea psiho-motorie (de mișcare), depistare precoce a unor devieri, maladii și vaccinare.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Medic de familie - Asistentă medicală a medicului de familie
	Dispozitive medicale și consumabile: <ul style="list-style-type: none"> - Mănuși sterile - Măști - Material steril - Cântar - Taliometru
D.2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator	Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Medic pediatru - Asistenta medicală
	Dispozitive medicale și consumabile: <ul style="list-style-type: none"> - Mănuși sterile - Măști - Material steril - Cântar - Taliometru
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția de terapie intensivă pentru nou-născuți în Centrele perinatologice de nivelul II și III	Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Medic obstetrician-ginecolog - Moașă - Medic neonatolog - Asistentă medicală
	Dispozitive medicale și consumabile: <ul style="list-style-type: none"> - Mănuși sterile - Măști - Material steril - Cântar - Taliometru - Echipament pentru resuscitare (la necesitate)
	<ul style="list-style-type: none"> - Vitamina K 1% - Ung. Tetraciclini 0,1%

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

№	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori calitatea îngrijirilor acordate nou-născutului	1.1. Proporția nou-născuților aplicați în contact ” <i>piele la piele</i> ” pe parcursul primei ore de la naștere (≥ 60 minute).	Numărul de nou-născuților aplicați în contact ” <i>piele la piele</i> ” pe parcursul primei ore de la naștere (≥ 60 minute) pe parcursul ultimelor 12 luni X 100	Numărul total de nou-născuți vii, cu excepția celor ce au necesitat măsuri de resuscitare sau îngrijiri speciale pe parcursul ultimelor 12 luni
		1.2. Proporția copiilor alăptați natural precoce pe parcursul primei ore de viață	Numărul copiilor alăptați pe parcursul primei ore de la naștere pe parcursul ultimelor 12 luni X 100	Numărul total de nou-născuți vii, cu excepția celor ce au necesitat măsuri de resuscitare sau îngrijiri speciale sau ca urmare a contraindicațiilor pe parcursul ultimelor 12 luni
		1.3. Proporția nou-născuților ce sunt alăptați exclusiv la sân la externare din maternitate.	Numărul copiilor alăptați exclusiv la sân la externare din maternitate pe parcursul ultimelor 12 luni X 100	Numărul total de nou-născuți, cu excepția celor ce necesită îngrijiri speciale pe parcursul ultimelor 12 luni

GHIDUL PENTRU PĂRINȚI referitor la îngrijirea nou-născuților sănătoși

Introducere

Acest ghid descrie sfaturi pentru părinți privind alimentarea, îngrijirea și semnele de boală la nou-născuți. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile serviciilor medicale care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate.

Supravegherea copilului la domiciliu

După externarea din maternitate mama sau alt membru al familiei trebuie să anunțe lucrătorii centrului medicilor de familie/centrului de sănătate/oficiului medicului de familie despre venirea copilului acasă (pe sector). De obicei medicul de familie sau asistenta medicului de familie trebuie să viziteze nou-născutul la domiciliu după externare conform schemei: în primele trei zile după externarea din maternitate, în ziua a 14 și la 1 lună.

De asemenea, asistenta medicală a medicului de familie trebuie să viziteze copilașul în fiecare săptămână pe parcursul primei luni de viață. Ulterior mama cu nou-născutul vor vizita medicul de familie la instituția medicală pentru a monitoriza dezvoltarea lui fizică (prin antropometrie), dezvoltarea psiho-motorie (de mișcare), depistare precoce a unor devieri, maladii și vaccinare.

ALIMENTAREA NOU-NĂSCUȚILOR

Avantajele hrănirii exclusive cu lapte de la sân în primele șase luni de viață

Alăptarea prezintă un număr de avantaje: nutritive, legate de sănătate, imunitate și dezvoltare, psihologice, sociale și economice. Avantajele alăptării sunt și mai evidente atunci când laptele mamei constituie singurul aliment pentru bebeluș. Numărul bebelușilor cu afecțiuni este mai redus printre cei care sunt hrăniți la sân. Doar alăptarea asigură cea mai bună hrănire și coordonează dezvoltarea mentală și fizică precum și creșterea copilului în primii săi ani de viață.

Avantajele pe care alăptarea le are pentru bebeluș

- Reduce riscul de apariție al sindromului de moarte subită a copilului.
- Scade incidența difteriei, a infecțiilor respiratorii și digestive în comparație cu bebelușii hrăniți doar cu alte tipuri de lapte și alimente.
- Protejează bebelușul împotriva diferitelor maladii întrucât laptele mamei conține anticorpi.
- Ajută bebelușul să reacționeze mai bine la vaccinuri și să facă mai bine față bolilor.
- Protejează bebelușul în primele zile de viață când sistemul său enzimatic nu este încă dezvoltat pe deplin, întrucât laptele matern conține enzime digestive de tipul lactazei, lipazelor și multe altele.
- Oferă protecție bebelușului față de riscul de reacții alergice, prin dezvoltarea sistemului digestiv și prevenirea, astfel, a contactului cu proteinele străine.
- Stimulează mobilitatea psihică, dezvoltarea emoțională și socială precum și coeficientul de inteligență.
- Ajută bebelușul să crească mai repede și să-și dezvolte și maturizeze sistemul imunologic, sistemul nervos central (creierul) și alte sisteme și organe (cum este pielea).
- Dacă-i dați bebelușului dumneavoastră o sticlă cu lapte nutritiv, veți crește riscul de reacții alergice; diferitele tipuri de lapte, inclusiv laptele de soia pot determina apariția alergiilor.
- Reduce apariția defectelor de poziție ale dinților și a altor probleme dentare (se elimină orice posibilitate ca dinții copilașului dumneavoastră să cadă datorită alimentării din sticlă).

Avantajele pe care alăptarea le are pentru dumneavoastră

Dragă mămică, alăptarea bebelușului vă protejează propria dumneavoastră sănătate. Trebuie să știți că, cu fiecare alăptare, deveniți mai responsabilă față de propria sănătate întrucât:

- Hormonul ocitocină, eliberat în timpul alăptării, influențează contracția uterină și ajută la oprirea hemoragiilor de după naștere.
- Veți avea mai multă energie; puteți avea suficient lapte chiar cu un aport energetic limitat.

- Alăptând în permanență, întârziati apariția ciclului menstrual, ceea ce vă protejează de o sarcină neașteptată. În acest fel, se stabilește un interval natural de timp între sarcini.
- Scade riscul de cancer ale ovarului și ale sânului.
- Sunteți mai puțin predispusă la depresie postnatală.
- Vă veți reface fizic mai repede, după naștere.
- Veți lucra mai puțin la pregătirea hranei copilului.
- Nu vă veți teme că laptele s-ar putea altera peste noapte sau că nu veți găsi tipul de lapte de care aveți nevoie.
- De aceea, ar trebui să începeți alăptarea imediat după naștere și să continuați, crescând frecvența.

Amintiți-vă întotdeauna că este mai ieftin să alăptați bebelușul decât să-i cumpărați alte tipuri de lapte.

- Puteți economisi bani întrucât nu trebuie să achiziționați alte tipuri de lapte.
- Puteți câștiga mai mult timp întrucât nu trebuie să pregătiți hrana.
- Puteți evita numeroase consultații la medic, inclusiv costurile aferente tratamentelor, medicamentelor, testelor de laborator sau chiar a internărilor în spital întrucât procentul bebelușilor alăptați care se îmbolnăvesc este mai mic decât al celor hrăniți cu alte tipuri de lapte.

ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI

Grija zilnică, creșterea și dezvoltarea

- În prima perioadă a vieții, bebelușii nu sunt apti să facă față agresiunilor și influențelor din mediul exterior. Sistemul de apărare naturală al organismului lor este format doar după al doilea an de viață.
- Din acest motiv, grija zilnică pentru copilăș reprezintă o chestiune importantă care contribuie la o dezvoltare sănătoasă. Pe de altă parte, este un proces foarte plăcut, care vă ajută să stabiliți o legătura dintre părinți și copil, oferind multe posibilități de contact direct. Multe femei care devin mame pentru prima dată nu sunt pregătite pe deplin să-și dedice întreg timpul acestor activități. Nu uitați că este vorba despre o oportunitate excelentă de a fi aproape de copilăș și de a vă manifesta sensibilitatea și dragostea.
- Grija zilnică pentru sugar nu trebuie să-l lase pasiv pe tată. Copilul are doi părinți și are nevoie de dragostea ambilor. Îngrijirea bebelușului nu este privilegiul exclusiv al mamei. Și prezența tatălui este importantă. În primul rând, ea contribuie la stabilirea unei legături strânse cu copilășul. În plus, ea oferă mamei o șansă de a se mai odihni. În același timp, tatăl își va dovedi capacitatea de a avea grijă singur de copil în lipsa mamei.

Cum să aveți grijă de bebeluș, pas cu pas

- Nu este ușor să fii mămică dar se poate învăța. Urmați sfaturile noastre de îngrijire pas cu pas și, în curând, vă veți simți sigură pe sine în raport cu copilășul dumneavoastră. În plus, el va avea o piele sănătoasă, curată și netedă.
- Deși este delicată și fragilă, pielea bebelușului îndeplinește o serie de roluri vitale. Prin intermediul pielii sale, noul-născut învață multe despre mediul înconjurător, mai ales în prima săptămână de viață. Bebelușul simte durerea și învață câteva lecții importante care îl vor ajuta să evite pericolele. Însă, în același timp, învață și despre senzațiile plăcute – căldură, catifelare și, mai presus de toate, contactul cu pielea dumneavoastră.
- Bebelușii se vor calma imediat ce simt atingerea mamei. Pielea prezintă o capacitate extraordinară de regenerare. Chiar și cele mai urâte tăieturi și zgârieturi pot să dispară fără urmă în câteva zile.
- Este foarte important să mențineți o piele curată întrucât aceasta va proteja organismul împotriva bolilor pe timpul procesului de creștere și adaptare la mediul înconjurător. Este foarte important să se formeze o rutină corectă a igienei copilășului. În acest scop, ar trebui să utilizați doar produse delicate, de bună calitate și care au un efect relaxant, de protecție asupra pielii. Alegeți produse concepute special pentru sugari și copii mici.
- Pielea fină și sensibilă a nou-născutului trebuie să fie curățită bine, cu delicatețe și regularitate, în special în zonele anală și genitală. Trebuie să evitați utilizarea excesivă a produselor de îngrijire. Pielea se poate irita nu doar prin utilizarea unui anumit produs, dar și a concentrației sale. Iritațiile pot apare și datorită îmbăierilor prea lungi sau prea dese, a temperaturii apei, a calității prosopelului

sau a buretelui pe care îl utilizați la spălare. Este recomandabil să pudrați pielea și să o tratați cu cremă și uleiuri atunci când este necesar. Excesul de pudră (mai ales dacă pielea nu s-a uscat perfect după îmbăiere) poate duce la formarea de cruste sau granulații.

Igiena copilului

Reguli de bază de igienă a sugarului

- Întotdeauna spălați-vă pe mâini înainte și după ce ați îmbăiat bebelușul.
- Spălați și dezinfecțați cu regularitate materiale de pe suportul de schimbat, suprafețele și vesela utilizate în îngrijirea bebelușului.

Utilizați un tampon de vată pentru a curăța fața copilășului. Pentru curățirea zonelor care vin în contact cu scutecul puteți folosi șervețele umede. Dară v-ați murdărit pe mâini în timp ce schimbați scutecul, spălați-le înainte de a aplica crema pe funduleț. Spălați-vă pe mâini și înainte de a hrăni bebelușul.

Se recomandă ca curățarea bebelușului să aibă loc zilnic pentru a menține starea de confort și sănătate. Scoateți hainele bebelușului de sus în jos, până la maieu și scutec. Așezați-l pe suportul de schimbat. Luați un tampon curat de vată și umeziți-l într-unul în compartimentele veselei (verificat în prealabil pentru temperatura apei). Stoarceți tamponul și curățați cu delicatețe fața bebelușului, îndepărtând murdăria, urmele de lapte și saliva. Mișcărilor trebuie să fie delicate și încete.

Baia

Când vă pregătiți să-i faceți baie copilășului, verificați mai întâi temperatura aerului din încăperea (procurați în acest scop un termometru). Ea trebuie să fie nu mai mică de 25°C. Temperatura apei în baie va fi de 37°C, iar pentru copii născuți prematur - de 38°C. Apa se încercă cu cotul sau folosind un termometru de apă.

Îmbăierea face parte din grija zilnică și crește rezistența la frig și la boli. Mulți bebeluși sunt îndrăgostiți de apă. Ei se calmează, se relaxează și le place să se joace în apă întrucât le amintește viața din uterul mamei. Îmbăierea este un eveniment cotidian pentru bebeluș.

Până la vârsta de 6 luni copilul trebuie scăldat zilnic, iar mai târziu - de 2-3 ori pe săptămână, de preferat înainte de ultima masă a zilei. Durata unei băițe nu ar trebui să depășească 5-7 minute.

Până la desprinderea cordonului ombilical spălați nou-născutul în următoarea poziție:

- Țineți-l deasupra cotului dumneavoastră, acoperindu-i buricul cu un scutec, turnați apă sau folosiți apa din albie.
- Susțineți-i căpșorul până când și-l poate susține singur.
- Plasați un scutec sau un șervețel pe fundul albiei ca să nu aluneca.

Apă trebuie să fie călduță și să aibă o adâncime de 10 cm. Verificați cu mâna temperatura apei. Nu mai adăugați apă când bebelușul se află în albie. El trebuie așezat în albie încet, mai întâi cu picioarele, pentru a se obișnui cu apa. Trebuie să fiți atentă atunci când îl întoarceți întrucât corpul său alunecă de la săpun. El trebuie să fie în cădiță în poziție semișezândă, sprijinit de mâna dumneavoastră. Țineți-l bine în palme pentru a nu aluneca. Din această poziție, spălați-l pe față, pe cap și pe partea anterioară a corpului. Pentru a-l spăla pe spate, întoarceți-l încet, cu pieptul pe mâna dumneavoastră.

Sfaturi:

- Începeți să-i spălați cea mai curată parte a corpului (față, păr), apoi pieptul, mânuțele, restul corpului și zona perineală.
- Baia îi va ajuta pielea să respire iar bebelușul va deveni, de obicei, somnoros după aceea.

Ce să faceți în timpul îmbăierii?

- Spălați copilășul cu un săpun special pentru nou-născuți sau cu gel de baie și șampon pentru sugari, cu un nivel neutru al pH-ului. Evitați spuma și mirosurile puternice. Nu vă temeți să-l spălați pe cap. Bebelușii „învață” cum să reacționeze, cum să respire și se obișnuiesc cu senzația

pe care o dă apa cu săpun. Dacă sugarului nu-i place spălutul pe cap, atunci curățați-l cu un prosopel umed și încercați din nou după alte 2 sau 3 zile.

- Dacă aveți o fetiță, spălați-i părțile genitale cu apă caldă și săpun, ținând cont că această zonă dispune de propriul său sistem natural de apărare.
- Dacă aveți un băiețel, nu trageți membrana prepuțului decât atunci când este nevoie să-i spălați cu delicatețe organul. Există situații normale când ea rămâne lipită de vârful până la vârsta de doi ani, după care se detașează spontan.
- Efectuați mișcări calme și sigure atunci când îmbăiați copilul. Fiți atentă la cășorul său, în special până când el și-l poate singur ține drept. Nu vă temeți, faceți ca baia să fie plăcută, zâmbiți-i și jucați-vă cu spuma. După băiță uscați-l cu un prosopel moale întrucât umezeala poate să-i irite pielea. Întotdeauna ștergeți sugarul din față spre spate, mai ales dacă este fetiță, începând din zona organelor genitale înspre partea dorsală.

Sfaturi:

Așezați un prosopel în cădiță pentru a evita alunecarea. Pe măsură ce copilul crește și devine mai puternic trebuie să vegheați mai atent ca să nu alunece în albie.

Fiți atentă ca bebelușul să nu intre în contact cu apa fierbinte sau cu încălzitorul.

Igiena feței, gâtului, ombilicului, organelor genitale

Aceste părți ale corpului trebuie spălate cât mai des și cât mai bine. Toaleta intimă trebuie să fie o procedură obligatorie, dimineața și seara.

Urechiușele, năsul, ochișorii

Orificiile naturale trebuie curățate și îngrijite cu atenție. Evitați curățirea în adâncime a urechilor și nasului, cu bețișoare de vată. Ceara din urechi are rol de protecție și antiseptic. Ștergeți și curățați curburile urechii și în spatele acesteia astfel încât să nu rămână umedă.

Ochișorii trebuie curățați cu vată și apă fiartă, caldă. Fiecare ochi va fi spălat de la tâmplă spre nas și cu tifoane separate pentru a evita transmiterea infecțiilor de la un ochi la altul.

Curățați și năsul pentru a avea o respirație liberă și pentru ca bebelușul să se simtă bine. După îmbăiere, năsul trebuie curățat cu bucăți mici de vată, în fiecare nară separat, nu prea adânc, cu delicatețe și atunci când copilul nu se mișcă. Dacă îi curge nasul, curățați-l cu lichid fiziologic. Nu se recomandă pompa nazală la copiii sub un an întrucât îi ia prin surprindere și îi sperie. Nu uitați să vă spălați pe mâini înainte de a atinge bebelușul.

SEMNE DE BOALĂ LA NOU-NĂSCUT

Veți ști că micuțul e bolnav dacă:

- Mănâncă fără poftă și hrana nu pare să-l intereseze;
- Îi apar secreții ale ochilor, nasului și urechilor, care pot fi semne de infecție;
- Plânge mereu (ore întregi) și nu-l puteți calma;
- Nu adaugă în greutate;
- Vedeți, într-un fel sau altul, că sugarul pur și simplu nu se simte bine.

Chemați de urgență medicul dacă nou-născutul are următoarele simptome:

- Respiră des și din greu (de 60 de ori pe minut chiar în repaus); geme, tușește și are o respirație șuierată;
- Tremură puternic (are convulsii) și nu se liniștește nici când îi puneți mâna pe brațe/picioare;
- Nu poate bea sau suge prea încet, fără vlagă;
- Este foarte molatic și se mișcă mult mai puțin ca de obicei;
- Refuză două mese la rând sau nu cere să mănânce timp de șase ore;
- Vomită puternic sau prezintă regurgitări repetate, în special după ce ia masa;
- Are febră de peste 38°C, este iritat, neliniștit, plânge îndelung (mai mult de o jumătate de oră) și nu poate fi liniștit, deși a fost hrănit;
- Are hipotermie (este rece);

- Țipă de durere și brusc devine palid sau se învinețește la față;
- Este somnoros și îl treziți cu greu; este inconștient;
- Are scaune diareice sau scaune cu sânge și mucus;
- Are scaun decolorat, aproape alb;
- Nu are scaun timp de 24 de ore;
- Pielea și ochii i se îngălbenesc; apar erupții pe corp;
- Are erupții care nu dispar timp de două zile și mai mult;
- Buzele și limba au o culoare vineție;
- Transpiră foarte tare (când mănâncă sau când plânge).

Preveniți accidentările

Orice copil merită să trăiască într-un mediu sigur. Este de datoria noastră să identificăm posibilele factori ce pot duce la răniri și să încercăm să protejăm copilul. Marginile pătuțului trebuie întotdeauna să fie înalte și închise cu siguranța ca să nu cadă copilul. Nu lăsați bebelușul singur pe masa pe care schimbați scutecele. Deși vă închipuiți că micuțul nu se poate răsuci, totdeauna există o primă dată care, de obicei, vă ia prin surprindere.

Bucurați-vă de fiecare moment petrecut cu copilul dumneavoastră dar nu uitați niciodată de pericole.

BIBLIOGRAFIE

1. **Lawn JE, Cousens S, Zupan J.** 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891–900.
2. **Weeks A.** Umbilical cord clamping after birth. *BMJ* 2007; 335:312–313.
3. **Spencer PM.** Controlled cord traction in management of the third stage of labour. *BMJ* 1962; 1:1728–1732.
4. Oxford Midwives Research Group. A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. *Midwifery* 1991; 7:167–176.
5. **Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C et al.** The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 117:e779–786.
6. **Van Rheenen P, de Moor L, Eschbach S, de Grooth H, Brabin B.** Delayed cord clamping and haemoglobin levels in infancy: a randomised controlled trial in term babies. *Trop Med Int Health* 2007; 12:603–616.
7. **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; 297:1241–1252.
8. **Rabe H, Reynolds G, Diaz_Rossello J.** Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4):CD003248.
9. **Van Rheenen PF, Brabin BJ.** A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *BMJ* 2006; 333:954–958.
10. **Linderkamp O, Nelle M, Kraus M, Zilow EP.** The effect of early and late cord_clamping on blood viscosity and other hemorheological parameters in full_term neonates. *Acta Paediatrica* 1992; 81:745–750.