

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

MUERTE DE CUNA, EN LA VISIÓN DE ÁLVARO ENRIGUE SOLER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

KAREN ITZEL LIRA VERGARA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi abuelita a quien quiero agradecer esos días de desvelo y trabajo, en que fui más importante que su cansancio, A quien sin esfuerzo alguno sacrifico gran parte de su vida para que saliera siempre adelante, A quien la ilusión de su existencia siempre fue verme convertida en una persona de provecho, A quien jamás podré pagar esa gran deuda que tengo por su ejemplo, constancia, trabajo y honestidad.

Quiero que conozcas que en todo este tiempo siempre estuviste en mi mente y que en los momentos más difíciles fuiste mi mayor motivación para llegar al final de mi carrera por eso te lo agradezco hoy con infinito amor y agradecimiento.

A mis hermanos que a pesar de la distancia siempre fueron gran parte de mi motivación.

A mi tía Ody que siempre estuvo para impulsarme con sus palabras diciéndome que todo valdría la pena y no me diera por vencida.

A mis papás por motivarme a seguir adelante.

Gracias a todos ustedes dado que sin su apoyo y confianza hacia mí no lo hubiera logrado.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi abuelita que gracias a su apoyo eh llegado hasta donde estoy, porque siempre confío en mí, por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, por ser mi mayor motivación día a día, A quien sin esfuerzo alguno sacrifico gran parte de su vida para que siempre saliera adelante y que todos mis logros hasta el día de hoy son por ella.

Quiero que siempre estés en mi vida en todos y cada uno de mis logros, Eres parte importante en mi vida, Gracias por tu paciencia que has tenido por el amor que me das por darme la oportunidad de culminar con mis estudios por eso y cada una de todas las cosas que me has dado, GRACIAS.

“El éxito en la vida no se mide por lo que logras, si no por los obstáculos que superas”

INDICE

1.- Introducción	1
2.- Marco teórico.....	5
2.1. Vida y obra.....	5
2.2. Influencias.....	7
2.3. Hipótesis.....	8
2.4. Justificación	8
2.5. Planteamiento del problema	9
2.6. Objetivos	10
2.6.1 Generales	10
2.6.2 Específicos	10
2.7. Métodos.....	11
2.7.1 científico	11
2.7.2 inductivo	12
2.7.3 Deductivo	13
2.7.4 Mayéutica.....	14
2.8 Variables	15
2.9. Encuestas y resultados.....	16
2.10 Graficado.....	19
3. Generalidades	22
3.1Concepto	22
3.2Clasificación.....	22
3.3Prevenciones	23
3.4Riesgos.....	23
3.5Posiciones.....	25
3.6 ¿Qué es "Dormir boca arriba"?.....	25
3.7Factores.....	28
4.-Embarazo.....	52
4.2Cambios en el embarazo mes con mes.....	62
4.3Estoy embarazada asimilación de la noticia.....	67
4.4 Apoyo de la pareja.....	67
4.5 El apoyo de la familia	68
4.6 La ilusión de la llegada	68

4.7 La paciente durante el trabajo de parto.....	69
4.8 Muerte.....	77
5.- Duelo.....	79
5.1Concepto	79
5.2 Duelo en la madre	79
5.3 Etapas de duelo:.....	79
5.4Intervención psicológica en el duelo.....	83
5.5 Apoyo psicológico que la enfermera puede proporcionarle a la paciente.	84
5.6 Tratamiento de duelo.	85
5.7 Muerte de cuna factores asociados a la madre.....	86
5.8Duelo perinatal.	86
5.9 Qué es el duelo perinatal y cómo aceptar la pérdida del bebé.	86
6.-Factores del hogar:.....	87
6.1 concepto:.....	87
6.2 Tipos de hogar:	87
6.3 Familia:	88
6.4 Tipos de familia:	88
6.5Estabilidad y cambio en la familia:	90
6.6 Importancia de la familia en el desarrollo del niño:	90
6.7 Familias tóxicas o patológicas	91
6.8 Condiciones del hogar:	91
6.9 Servicios básicos para un hogar habitable:.....	93
7.-Recomendaciones para los padres para disminuir la muerte de cuna	95
7.1 Factores ambientales del sueño.....	96
7.2 Fases del sueño.....	96
7.3 Fases de sueño del bebé	97
7.4 Consejos para hábitos de sueños saludables del bebé	98
7.5 Consejos útiles para niños con malos hábitos de sueño.....	98
7.6 Reducir la muerte de cuna y otras muertes relacionadas con el sueño	99
7.7Medidas de prevención para la muerte de cuna.....	101
7.8 ¿La muerte de cuna es lo mismo que una muerte por asfixia de cuna?	101
7.9 Factores que la madre embarazada puede hacer para disminuir la muerte de cuna	102

8.-Cuidados e intervenciones de enfermería en muerte de cuna.....	102
8.2 Principales cuidados de enfermería.....	102
8.3 Intervención de enfermería	103
8.4Intervenciones de enfermería para la prevención de muerte de cuna	104
8.5 Recomendaciones de enfermería hacia la madre para la prevención de muerte de cuna	104
8.6 Cuidados de enfermería en el recién nacido.....	105
8.7 Cuidados de enfermería en salas de cunas	106
8.8 Cuidados del recién nacido en el hogar	107
8.9 Diagnósticos de enfermería	108
9.- Conclusión	110
10.-Bibliografía	113
10.2.-Complementaria	115
10.3.- Electrónica.....	118
11.-Glosario	120

1.- Introducción

El presente trabajo de investigación titulado “muerte de cuna” tiene por objeto desarrollar brevemente los aspectos más relevantes de la muerte de cuna y buscando que el personal de salud de enfermería así como todas las mujeres obtengan los conocimientos necesarios sobre dicho tema para brindar una atención de calidad.

La muerte de cuna también llamada “muerte súbita”, es la muerte repentina de un bebé que aparentemente estaba sano. Se produce durante el sueño. El síndrome de muerte súbita del bebé no es una enfermedad ni una dolencia.

La muerte de cuna es la causa más frecuente de muerte de niños entre una semana y un año de edad. Afecta con más frecuencia a bebés de entre 1 y 4 meses de edad.

Se considera que la muerte de cuna sucede cuando un bebé tiene una vulnerabilidad subyacente por ejemplo el desarrollo inmaduro del corazón o de su aparato respiratorio y se expone a ciertos factores de riesgo como dormir boca abajo o con ropa de cama suave o acolchada durante un periodo de su desarrollo.

Cabe aclarar que, aunque la obligación de los padres es estar constantemente al pendiente de su bebé, este síndrome no se puede diagnosticar y tampoco es el resultado de un descuido. Desgraciadamente, le puede ocurrir a cualquier bebé.

En este documento muestro algunas de las causas de muerte de cuna como pueden ser enfermedades cardíacas o respiratorias del bebé, bajo peso al nacer (prematuros), también en niños sanos, entre otras causas.

Busco reunir información para que el personal de salud de enfermería atienda de forma holística a las pacientes que pasan por este trauma tan fuerte como es la muerte de cuna, además de ser perfeccionados durante la práctica y modificados de acuerdo a la situación de la paciente dado que cada caso es diferente de acuerdo a su forma de vida, creencias, religión, cultura, educación, y sobre todo situación emocional.

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL), se define como “muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación postmortem, que incluye la práctica de la autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica.

El SMSL, en las últimas décadas ha sido sustancialmente desmitificado debido a los grandes avances en la comprensión de su relación con el sueño y la homeostasis, con el sobrecalentamiento, el tabaquismo materno, antes y después del parto, factores de riesgo genéticos y las alteraciones bioquímicas y moleculares.

Cabe destacar que el diagnóstico de esta muerte es de exclusión y requiere una investigación exhaustiva para poder dilucidar sus causas. Así mismo, el SMSL ha sido asociado a diferentes factores de riesgo que pueden desencadenar este evento en niños con susceptibilidad genética o adquirida, los cuales en la mayoría de los casos pueden modificarse y prevenirse educando a los padres, y a los proveedores de la salud. Debido a que el médico general, y el pediatra son los primeros profesionales en abordar al lactante y a sus familiares, es imperativo que ambos tengan conocimiento del tema en cuestión, no solo para la prevención de estos casos, sino para el abordaje correcto en el caso que se presente una muerte súbita infantil.

La mayoría de los casos de muerte en la cuna sucede cuando el bebé está dormido en su cuna por la noche. Sin embargo, puede suceder en cualquier momento que el bebé esté dormido, como cuando está en un cochecito o incluso en sus brazos. A veces, también puede suceder cuando su bebé no está dormido; algunos bebés han muerto cuando están alimentándose.

Menos de la mitad de todas las muertes en la cuna tienen una causa específica. Las posibles causas incluyen una infección grave, un accidente, o un problema previamente desconocido con el que nació su bebé (una afección congénita) como, por ejemplo, un problema en el corazón o los pulmones.

Si no se puede determinar una causa específica para explicar la muerte de su bebé, se define como SMIS o MSIL. Las investigaciones sugieren que hay muchos factores distintos que pueden estar asociados al SMIS. Se cree que estos factores no causan efectivamente el SMIS, sino que hacen que su bebé corra más riesgo.

Factores:

- colocar a su bebé boca abajo cuando duerme
- fumar en la misma habitación que su bebé
- alergias
- infecciones bacterianas o virales
- afecciones genéticas desconocidas
- problemas en el área del cerebro que controla la respiración
- ritmo cardíaco irregular
- asfixia accidental
- exceso de temperatura

Una de las teorías más ampliamente difundidas para explicar el SMSL es la hipótesis del triple riesgo propuesta por Filiano y Kidnne, según la cual la muerte se produciría cuando en un lactante de forma simultánea inciden tres circunstancias con interacción de factores genéticos y ambientales.

Lactante vulnerable. Defecto o anomalía subyacente que lo torna vulnerable.

- Periodo crítico del desarrollo (de 0 a 12 meses; históricamente el SMSL acontece con mayor frecuencia entre los 2 y 4 meses), rápido crecimiento y cambios en el control del equilibrio fisiológico, que pueden ser evidentes como el patrón del sueño o despertar y sutiles como la respiración, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la temperatura.

- Un factor externo de estrés, que en un lactante vulnerable actúa como desencadenante.

Los factores de riesgo se dividieron en dos categorías: factores intrínsecos, definidos como factores genéticos, polimorfismos, o ambientales que afectan la susceptibilidad, como son la raza afroamericana, sexo masculino, la prematuridad y la exposición materna prenatal al tabaco o al alcohol. Los factores de riesgo extrínsecos se definen como un factor de estrés físico próximo a la muerte que puede aumentar el riesgo de SMSL en un niño vulnerable.

Estos factores incluyen: la posición para dormir boca abajo/lateral, cara boca abajo, cabeza cubierta, dormir en un colchón de adultos, sofá o parque infantil, ropa de cama blanda, colecho y signos de infección del tracto respiratorio superior. El tabaquismo materno también puede considerarse como un factor de riesgo externo, sobre todo si se acompaña de colecho.

Cabe mencionar que la muerte de cuna o también conocida como síndrome del lactante de muerte de cuna hoy en día, es un de las principales causas de muerte en el mundo ya que se desconoce los cuidados que hay que llevar a cabo con un bebé, en los primeros meses de vida así como también desde que la mujer está embarazada hay que llevar un buen control prenatal y explicarle los cuidados a llevar a cabo para que el bebé nazca y este bien.

En esta investigación se explica todos los factores que llevan a cabo la muerte de cuna así como podemos hacer para prevenirla.

2.- Marco teórico

2.1. Vida y obra

Hijo de Jorge Enrigue, abogado jalisciense y de María Luisa Soler, química de profesión, refugiada republicana barcelonesa, fue el menor de cuatro hermanos (entre ellos el también escritor Jordi Soler). Poco después de su nacimiento, la familia emigró, por cuestiones laborales del padre, a la ciudad de México.

Estudió la licenciatura en Periodismo en la Universidad Iberoamericana, donde después trabajó como profesor de literatura.

Muy joven, comenzó su carrera como editor y columnista en distintas revistas culturales, entre ellas Vuelta, fundada y dirigida por Octavio Paz, y más tarde Letras Libres. Posteriormente, fue editor del Fondo de Cultura Económica y del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA).

Su primer libro, La muerte de un instalador, fue publicado en 1996, cuando contaba con veintisiete años.

A la par de su labor como escritor, se ha desempeñado como profesor de escritura creativa en varias universidades de los Estados Unidos, como la de Columbia, Princeton y Maryland; en esta última realizó igualmente un doctorado en letras latinoamericanas.

Su obra ha sido traducida, entre otras lenguas, al inglés, alemán, francés, checo y chino. Se inició muy pronto como editor y columnista en revistas culturales como Vuelta, fundada y dirigida por Octavio Paz, y más tarde en Letras Libres.

Fue editor del Fondo de Cultura Económica y del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA). Tenía veintisiete años cuando vio su primera obra publicada, una novela con el título de La muerte de un instalador (1996), con la que ganó el Premio de Primera Novela Joaquín Mortiz en 1996.

Autor también de cuentos como Hipotermia (2005), y de Muerte súbita (2013), Premio Herralde de Novela, donde imagina un duelo de tenis entre Caravaggio y Quevedo.

En 2018 publica *Ahora me rindo y eso es todo*, últimas palabras del apache Jerónimo antes de entregarse al ejército estadounidense, una ficción del horror, ambientada en los años 30 del siglo XIX que cartografía Apachería, territorio impreciso entre el sur de Estados Unidos y el norte de México.

Profesor de escritura distintas universidades de los Estados Unidos, como Columbia, Princeton y Maryland; donde realizó un doctorado en letras latinoamericanas. Su tesis la publicó Anagrama con el título *Valiente clase media*.

Desde 2009 vive en Nueva York. Profesor también en la Universidad de Hofstra, donde da clases de literatura del siglo XVII. Marido de la escritora mexicana Valeria Luiselli, y padre de tres hijos. Su obra se ha traducido entre otros idiomas, al inglés, alemán, francés, checo y chino.

Obras: dentro de las obras y textos realizados encontramos los siguientes:

- *La muerte de un instalador*, Joaquín Motriz: México, 1996. (Novela)
- *Virtudes capitales*, Joaquín Motriz: México, 1998. (Cuentos)
- *El cementerio de sillas*, Lengua de Trapo: Madrid/México, 2002. (Novela)
- *Hipotermia*, Anagrama: Barcelona/México, 2006. (Cuentos)
- *Vidas perpendiculares*, Anagrama: Barcelona/México, 2008. (Novela)
- *Decencia*, Anagrama: Barcelona/México, 2011. (Novela)
- *Un samurái ve el amanecer en Acapulco*, La Caja de Cerillos Ediciones: México, 2013. (Cuento)
- *Valiente clase media*, Anagrama: Barcelona/México, 2013. (Ensayo)
- *Muerte súbita*, Anagrama: Barcelona/México, 2013. (Novela)
- *Ahora me rindo y eso es todo*, Anagrama: Barcelona/México, 2018. (Novela)

Premios:

- Premio Joaquín Mortiz de primera novela 1996 por La muerte de un instalador
- Premio Herralde de novela 2013 por Muerte súbita
- Premio Ciudad de Barcelona de literatura en lengua castellana 2013 por Muerte súbita
- Premio Iberoamericano de novela Elena Poniatowska 2014 por Muerte súbita.

2.2. Influencias

Álvaro Enrigue en su obra Muerte súbita con el apoyo de instituciones como la Biblioteca Pública de Nueva York y la Universidad de Princeton.

Publica Muerte súbita, la novela más reciente de Álvaro Enrigue, no pierde tiempo en presentar su propuesta. El primer fragmento de esta novela fragmentaria –el único que no lleva nombre– parte de una inquisición histórica sobre el vocablo “tenis”; el segundo párrafo parece prolongar el tono académico y erudito del primero, pero a mitad de camino introduce sorprendentemente una referencia personal y vagamente contemporánea de la voz narrativa: “En 1451 Edmund Lacey, obispo de Exeter, Inglaterra, definió el juego con la misma ira sorda con que mi madre se refería a mis tenis Converse de juventud” lo que resta del fragmento se compone de reflexiones sobre el sentido simbólico del tenis, anécdotas históricas y anécdotas personales, pasajes en los que se mezcla la crítica literaria con la crítica histórica y cultural. Su final marca el punto de partida para la narración o las narraciones que vendrán después: “Vamos y venimos del mal al bien, de la felicidad a las responsabilidades, de los celos al sexo. El alma de un lado al otro de la cancha. Éste es el saque”.

Ya en este primer fragmento se encuentra toda Muerte súbita: la sincronía del pasado con el presente y por lo tanto la ruptura del tiempo lineal de la novela; la mezcla deliberada de lo erudito con lo personal, de lo sagrado con lo profano; el análisis de la lengua como medio para descifrar una cultura; el hecho histórico y sus relaciones con la obra de arte y con la consciencia colectiva. Pero la clave para

Muerte súbita –el recurso que nos permite desde este primer fragmento comprender su concepción y su estructura (el recurso que justifica esta concepción y esta estructura) – está en el uso explícito de una primera persona que configura, desde el presente, los fragmentos que componen la novela. Así, más que tratarse sobre algo particular –“no sé, mientras lo escribo, sobre qué es este libro”.

Muerte súbita representa los movimientos de una consciencia individual (irónica, descreída, en momentos desesperada) que reflexiona en torno a ciertos ejes históricos y artísticos en busca de respuestas que clarifiquen de alguna forma su propia condición. Muerte súbita tiene un protagonista, pero un protagonista escondido: se trata de la voz que busca, reúne, reflexiona.

2.3. Hipótesis

Es necesario que el personal de enfermería aporte información y cuidados relacionados al tema de “muerte de cuna” o muerte súbita del lactante, implementando orientación y cuidados a todas las madres, para ir disminuyendo la cantidad de este síndrome aún desconocido.

Se sugiere al personal de enfermería valorar el nivel de conocimientos de la madre enfocándose en las primerizas y en las madres adolescentes, sobre los cuidados que deben tener hacia el lactante, y educarlas sobre la importancia de prevenir el SMSL, realizando las siguientes acciones:

- Proporcionar un ambiente cómodo y seguro evitando colocar sabanas o cobertores pesados en la cuna del bebe.
- Colocar al lactante en posición decúbito supino al momento de dormir.
- Mantener una temperatura ambiental templada.
- Enseñarle a sacar el aire después de alimentarlo para evitar regurgitación durante el sueño.
- No dejar solo al lactante durante la alimentación con biberón.

2.4. Justificación

El síndrome de muerte súbita del bebé no es una enfermedad ni una dolencia.

Este terrible síndrome ha sido motivo de intensas investigaciones, pero desafortunadamente aún se desconocen las causas exactas que lo provocan. Los bebés simplemente dejan de respirar. El término se aplica cuando un niño menor de un año muere repentinamente y no se puede determinar la causa exacta de su muerte.

La muerte súbita es la causa más frecuente de muerte de niños entre una semana y un año de edad. Afecta con más frecuencia a bebés de entre 1 y 4 meses de edad.

La muerte súbita sucede cuando un bebé tiene una vulnerabilidad subyacente (por ejemplo el desarrollo inmaduro del corazón o de su aparato respiratorio) y se expone a ciertos factores de riesgo (como dormir boca abajo o con ropa de cama suave o acolchada) durante un periodo crucial de su desarrollo.

Cabe aclarar que, aunque la obligación de los padres es estar constantemente pendiente de su bebé, este síndrome no se puede diagnosticar y tampoco es el resultado de un descuido. Desgraciadamente, le puede ocurrir a cualquier bebé.

2.5. Planteamiento del problema

La muerte de un bebé siempre ocasiona dolor tanto en los padres como en sus familiares cercanos, más aun cuando está perdida sucede al momento del nacimiento o durante los primeros días de vida del feto.

Pero en este caso la persona más afectada es la puérperaya que es la primera persona en recibir la noticia y debido al vínculo que se creó entre ambos la pérdida es más dolorosa.

La muerte súbita de origen cardíaco es una de las principales causas de muerte en los países occidentales.

La muerte súbita de origen cardíaco es una de las principales causas de muerte en los países occidentales. El reconocimiento de sus posibles causas y mecanismos está dirigido a conseguir una mejor estratificación del riesgo que permita obtener un efecto preventivo, tanto primario como secundario, más eficaz. En las dos últimas décadas se han conseguido importantes avances en el tratamiento de las arritmias, que pueden tener un impacto directo sobre la incidencia de muerte súbita en los

grupos de mayor riesgo. Sin embargo, el bajo valor predictivo positivo de las técnicas diagnósticas actuales, así como el elevado número de pacientes que presentan muerte súbita como primer síntoma de su enfermedad, representan una limitación importante para su prevención en el conjunto de la población general.

La muerte súbita (MS) de origen cardíaco es una de las principales causas de muerte en los países occidentales. En los países desarrollados de los que se disponen datos, un 50% de todas las muertes cardíacas son súbitas 1,2, lo que representa en los EE.UU. aproximadamente 250.000 a 300.000 fallecimientos al año 3-6 (aproximadamente el 0,1-2% de la población/año).

2.6. Objetivos

2.6.1 Generales

- Supervisar las investigaciones sobre el síndrome de muerte súbita del lactante.
- Entender las causas y los mecanismos subyacentes del síndrome, para desarrollar estrategias que permitan identificar a los bebés con mayor riesgo de muerte súbita y desarrollar e implementar estrategias preventivas que reduzcan de manera efectiva la incidencia de SIDS en las diversas poblaciones.
- Detectar algún problema que nos indique retraso en el desarrollo de los menores y tomar las medidas para atender

2.6.2 Específicos

- Realizar una revisión de la bibliografía relacionada con el síndrome de la muerte súbita en el lactante para conocer los factores de riesgo que pueden modificarse por parte del cuidador para poder disminuir la incidencia del SMSL.
- Aplicar Programas de Educación para la Salud para potenciar la función docente de enfermería, ampliando sus conocimientos en este ámbito.
- Informar sobre los factores de riesgo modificables por parte del cuidador.

- Eliminar hábitos desaconsejados para mejorar la salud infantil y disminuir la incidencia del SMSL.
- Educar y proporcionar apoyo al cuidador para la prevención del SMSL.

2.7. Métodos

La palabra método hace referencia a ese conjunto de estrategias y herramientas que se utilizan para llegar a un objetivo preciso, el método por lo general representa un medio instrumental por el cual se realizan las obras que cotidianamente se hacen. Cualquier proceso de la vida requiere de un procedimiento para funcionar.

El método es una forma de hacer algo de manera sistemática, organizada y / o estructurada. Se refiere a una técnica o conjunto de actividades para desarrollar una tarea. En algunos casos, también se entiende lo que es método como la forma habitual de hacer algo para una persona basada en la experiencia y las preferencias personales.

Los métodos a utilizar en la muerte de cuna son los siguientes:

2.7.1 científico

El método científico es un proceso que tiene como finalidad el establecimiento de relaciones entre hechos, para enunciar leyes que fundamenten el funcionamiento del mundo.

Desde que el ser humano está en el planeta y utiliza la razón para desarrollarse, ha necesitado la explicación de ciertos fenómenos que rigen al mundo. En Discurso del método, René Descartes comenzó a disponer ciertas reglas para orientar la razón hasta ser iluminado con la verdad en las ciencias. Llegó un momento de la historia en el que se necesitaba afirmar una idea: el conocimiento y el descubrimiento científico deben ser autónomos, no deben estar sometidos ni condicionados por autoridades políticas ni religiosas.

Es un método racional, produce ideas que se combinan y pueden generar nuevas ideas y conceptos, hasta incluso un propio cambio en el método. Por estas características se puede decir que el método científico es verificable y explicativo.

Pasos del método científico:

Observación. Mediante la actividad sensitiva, el hombre naturalmente da cuenta de fenómenos que se le presentan. Con este primer paso se deben atender a cómo se muestran los fenómenos en la realidad, y específicamente registrarlos correctamente.

Inducción. Los fenómenos que han sido observados podrán tener una regularidad o una particularidad que los reúne a todos. Este paso incluye dar cuenta de cuál es ella, y también a la imprescindible parte de preguntarse por qué es que eso ocurre.

Hipótesis. Una vez realizada la pregunta, la hipótesis es la posible explicación a la pregunta. Este paso es bastante autónomo y tiene mucho que ver con el científico, por lo que si surgen demasiados obstáculos, muchos coinciden en indicar que lo más sensato es volver a este paso y plantear otra hipótesis.

Experimentación. La hipótesis es testeada una cantidad suficiente de veces como para establecer una regularidad.

Demostración. Con los dos pasos anteriores, podrá decirse si lo planteado era categóricamente cierto, falso o irregular. Como se dijo, eventualmente podrá volverse al tercer nivel y plantear una nueva hipótesis.

Tesis. Si se llegó al nivel anterior con efectividad, se elaboran conclusiones y se arriba a una teoría científica.

Este método se aplicara de la siguiente manera:

2.7.2 inductivo

El método inductivo es un proceso utilizado para poder sacar conclusiones generales partiendo de hechos particulares. Es el método científico más usado va de particular.

El inductivismo va de lo particular a lo general. Es un método que se basa en la observación, el estudio y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una conclusión que involucre a todos esos casos. La acumulación de datos que reafirmen nuestra postura es lo que hace al método inductivo.

Pasos del método inductivo:

Primero, la observación y registro de los sucesos. En este primer paso vamos a tabular cada hecho en singular y a partir de ellos será que podamos avanzar.

En segundo lugar, vamos a clasificar y a estudiar todos los datos recaudados.

En tercer lugar, a partir de esos datos elaboraremos una teoría o una hipótesis con la que explicaremos ese suceso que nos dedicamos a estudiar. Siguiendo, debemos realizar una derivación inductiva a partir de los hechos que se recolectaron.

El último paso es realizar un experimento acerca de lo planteado para poder demostrar con hechos nuestra teoría.

2.7.3 Deductivo

Es una forma específica de pensamiento o razonamiento, que extrae conclusiones lógicas y válidas a partir de un conjunto dado de premisas o proposiciones, que va de lo más general (como leyes y principios) a lo más específico (hechos concretos).

Se habla del método deductivo para referirse a una forma específica de pensamiento o razonamiento, que extrae conclusiones lógicas y válidas a partir de un conjunto dado de premisas o proposiciones. Es, dicho de otra forma, un modo de pensamiento que va de lo más general (como leyes y principios) a lo más específico (hechos concretos).

Según este modo de pensamiento, las conclusiones de un razonamiento están dadas de antemano en sus propias premisas, por lo que sólo se requiere de un análisis o desglose de éstas para conocer el resultado. Para poder hacerlo, las premisas deben darse por verdaderas, ya que de su validez dependerá que las conclusiones sean o no verdaderas también.

El método deductivo puede emplearse de dos maneras:

Directa. En este caso se parte de una única premisa que no es contrastada con otras a su alrededor.

Indirecta. En este caso se parte de un par de premisas: la primera contiene una afirmación universal y la segunda una particular; de la comparación de ambas se obtiene la conclusión.

De esta manera, debe notarse que la validez de las premisas determinará la de las conclusiones: es posible partir de premisas erradas y deducir conclusiones erróneas, sin que por ello la lógica del razonamiento sea equivocada.

Por otro lado, este método da pie a dos otros métodos más complejos, que son:

Método axiomático-deductivo. Se extrae un conjunto de teoremas (proposiciones) a partir de un conjunto de axiomas (premisas) dados de antemano, empleando series de razonamientos lógicos.

Método hipotético–deductivo. A partir de la observación de un fenómeno, se aventura una hipótesis interpretativa que luego se somete a comparación por razonamientos lógicos de tipo deductivo. Este es el método que emplea el conocimiento científico.

2.7.4 Mayéutica

La mayéutica es un método o una técnica que consiste en realizar preguntas a una persona hasta que ésta descubra conceptos que estaban latentes u ocultos en su mente.

La técnica de la mayéutica presupone que la verdad se encuentra oculta en la mente de cada persona. A través de la dialéctica, el propio individuo va desarrollando nuevos conceptos a partir de sus respuestas.

Por lo general, la mayéutica es atribuida a Sócrates e incluso se la nombra como método socrático. Algunos expertos, sin embargo, diferencian entre la mayéutica y el método socrático, ya que sostienen que éste estaba basado en la ironía y en demostrar al interlocutor que aquello que creía conocer, en realidad, se sustentaba en prejuicios.

2.8 Variables

Son los conceptos que forman enunciados de un tipo particular denominado hipótesis. Fenómeno a la que se le va a evaluar su capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables

Variables principales:

Conocimientos de la paciente embarazada y su pareja sobre el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante.

Variables secundarias: Edad, sexo, estado civil, nivel cultural, situación socioeconómica, número de Hijos previos, situación laboral.

2.9. Encuestas y resultados

Encuesta de la muerte de cuna aplicado solo a mujeres

Preguntas:

Respuestas:

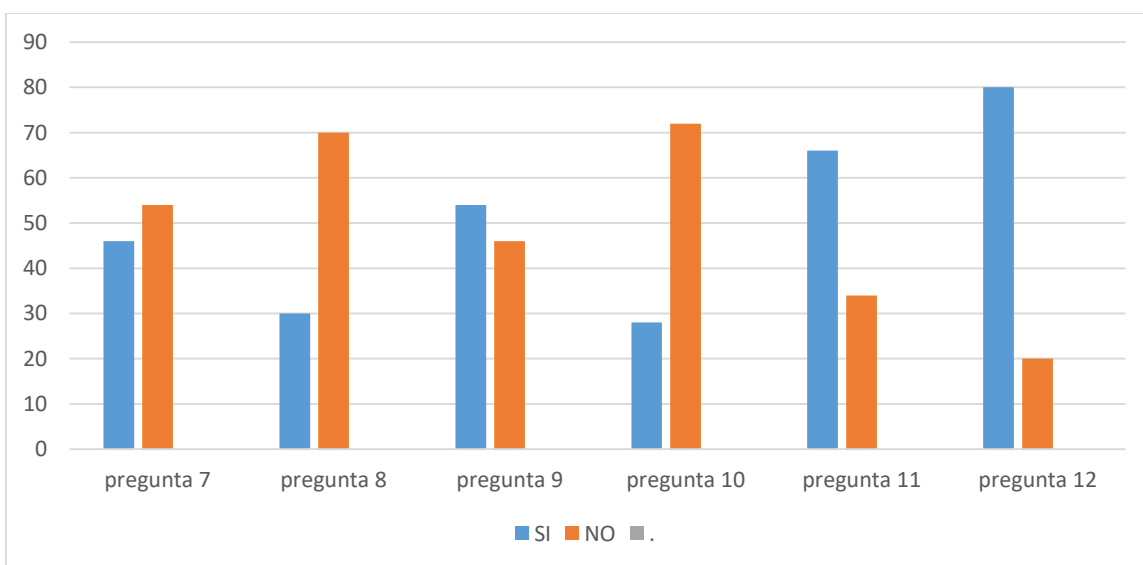
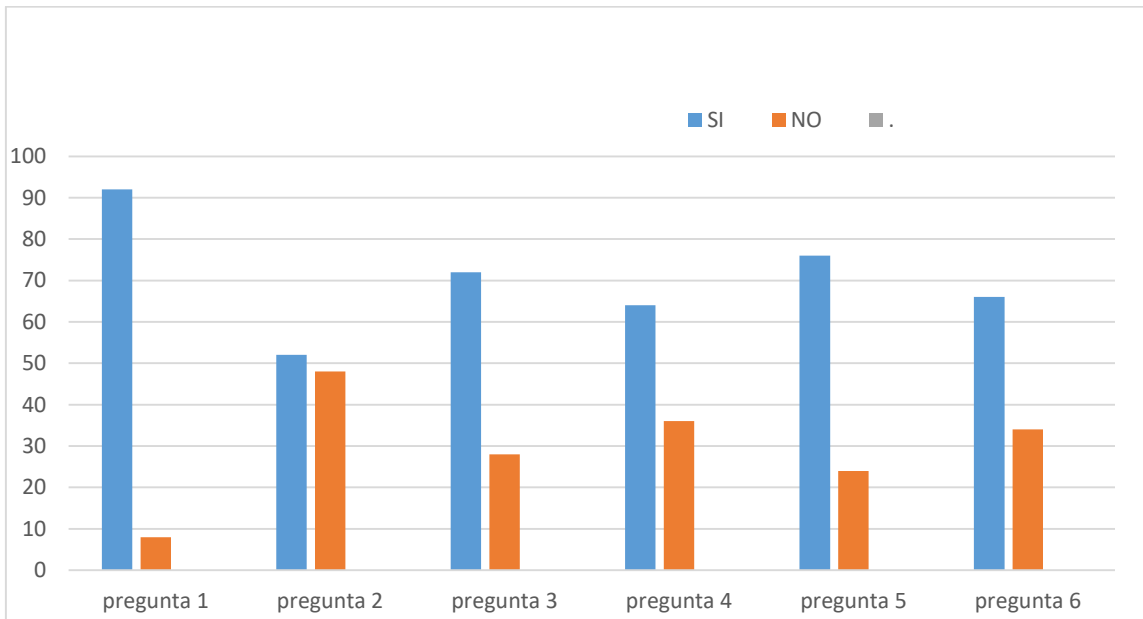
	SI	NO
1.- ¿Conoce usted qué es la muerte de cuna?	92%	8%
2.- ¿Sabe usted en qué genero predomina más la muerte de cuna?	52%	48%
3.- ¿Conoce usted en qué edades puede ocurrir el síndrome de muerte de cuna?	72%	28%
4.- ¿Ha sido orientada sobre cómo prevenir la muerte de cuna?	64%	36%
5.- ¿Conoce usted la posición correcta de cómo debe dormir un bebé?	76%	24%
6.- ¿Se da cuenta de cuáles son las causas que provocan la muerte de cuna?	66%	34%
7.- ¿Cree usted qué es recomendable que los bebés duerman con almohada?	46%	54%
8.- ¿Para usted es recomendable que un bebé duerma con sus padres en la misma cama?	30%	70%
9.- ¿Conoce cuál es la principal causa de muerte de cuna?	54%	46%
10.- ¿Cree usted qué un bebé deba dormir con peluches?	28%	72%

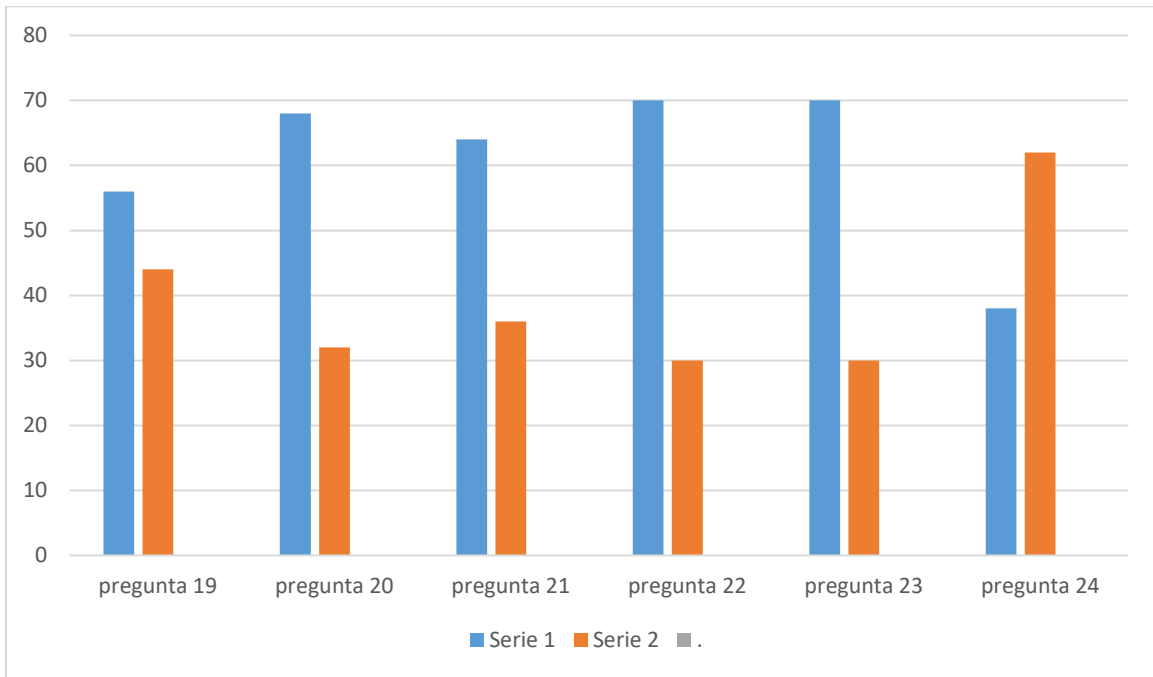
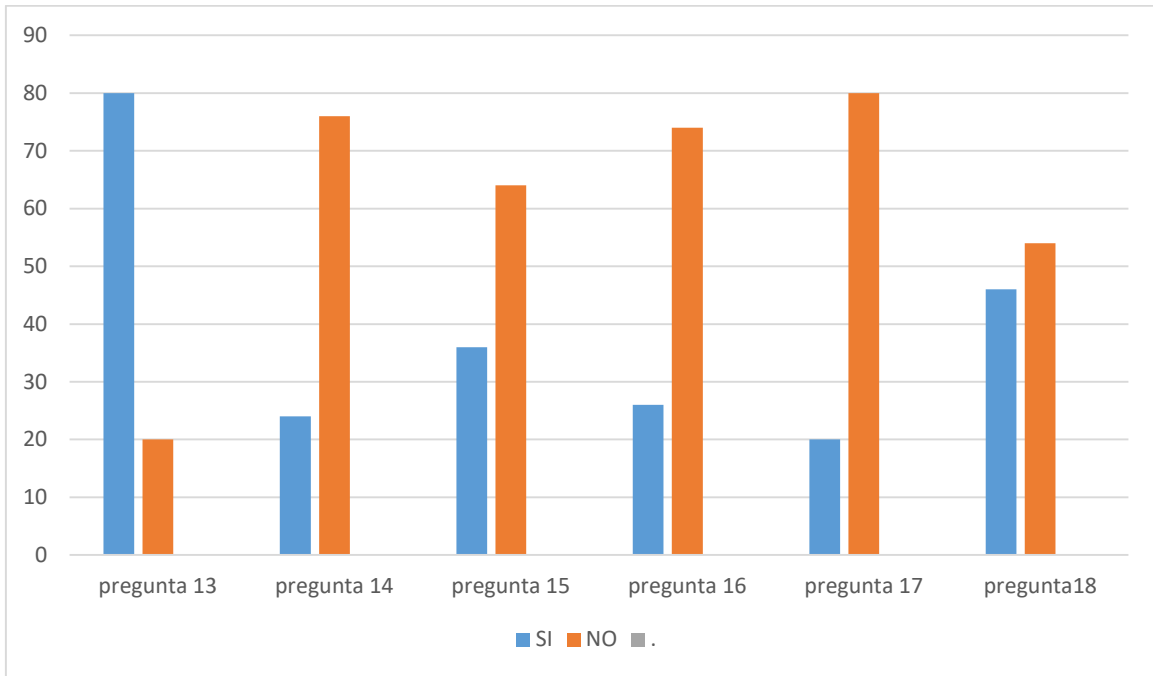
11.- ¿Ha sido orientado en qué tipo de enfermedades un bebé puede sufrir la muerte de cuna?	66%	34%
12.- ¿Sabe en qué consiste la muerte de cuna?	80%	20%
13.- ¿Está de acuerdo que la muerte de cuna se da en el hogar?	80%	20%
14.- ¿Le ha tocado vivir una situación de muerte de cuna?	24%	76%
15.- ¿Conoce usted un caso de muerte de cuna?	36%	64%
16.- ¿Sabe si la muerte de cuna tiene síntomas?	26%	74%
17.- ¿Conoce usted en qué país se da más el síndrome de muerte de cuna?	20%	80%
18.- ¿Cree usted que la muerte de cuna se da por un descuido de los padres?	46%	54%
19.- ¿Sabe usted que la lactancia materna exclusiva ayuda a la disminución de muerte de cuna?	56%	44%
20.- ¿Sabía usted que si la madre o padre fuman o consumen alcohol, favorece la muerte de cuna?	68%	32%
21.- ¿Opina usted que es adecuado compartir la habitación de los padres con él bebé?	64%	36%
22.- ¿Sabía usted que influye mucho el cuidado que la madre tenga durante el embarazo para así favorecer o disminuir la muerte de cuna?	70%	30%
23.- ¿Cree usted que la muerte de cuna se da más en madres adolescentes?	70%	30%
24.- ¿Sabía usted que la muerte de cuna se da más en lugares donde hace más calor?	38%	62%

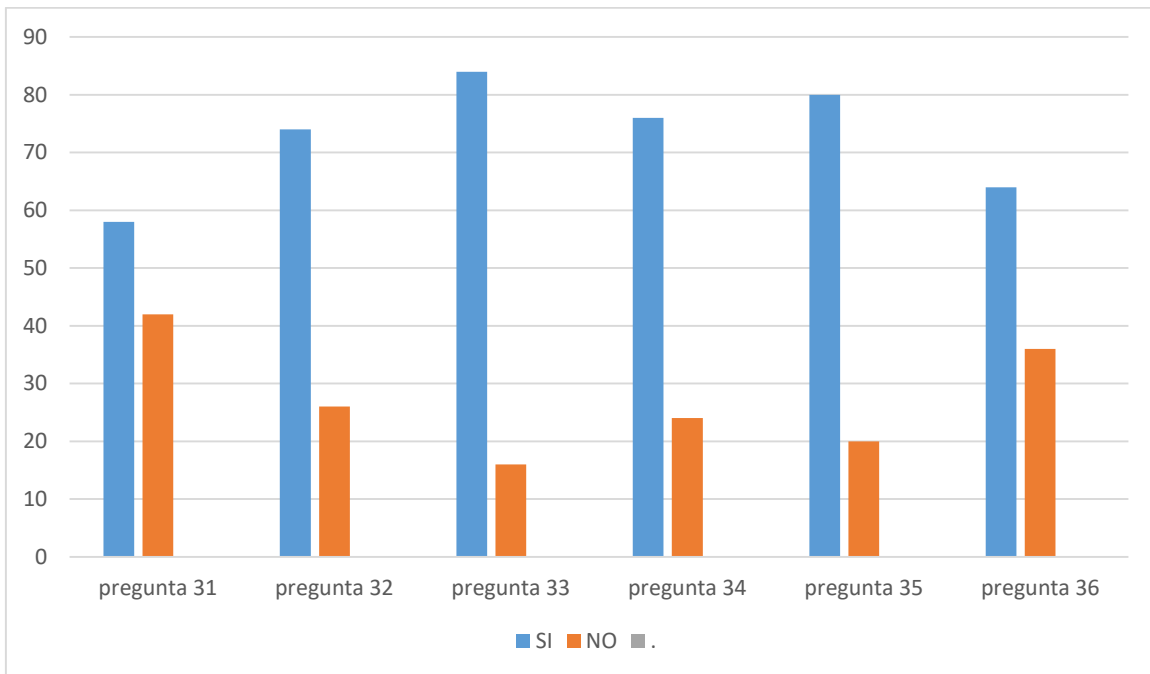
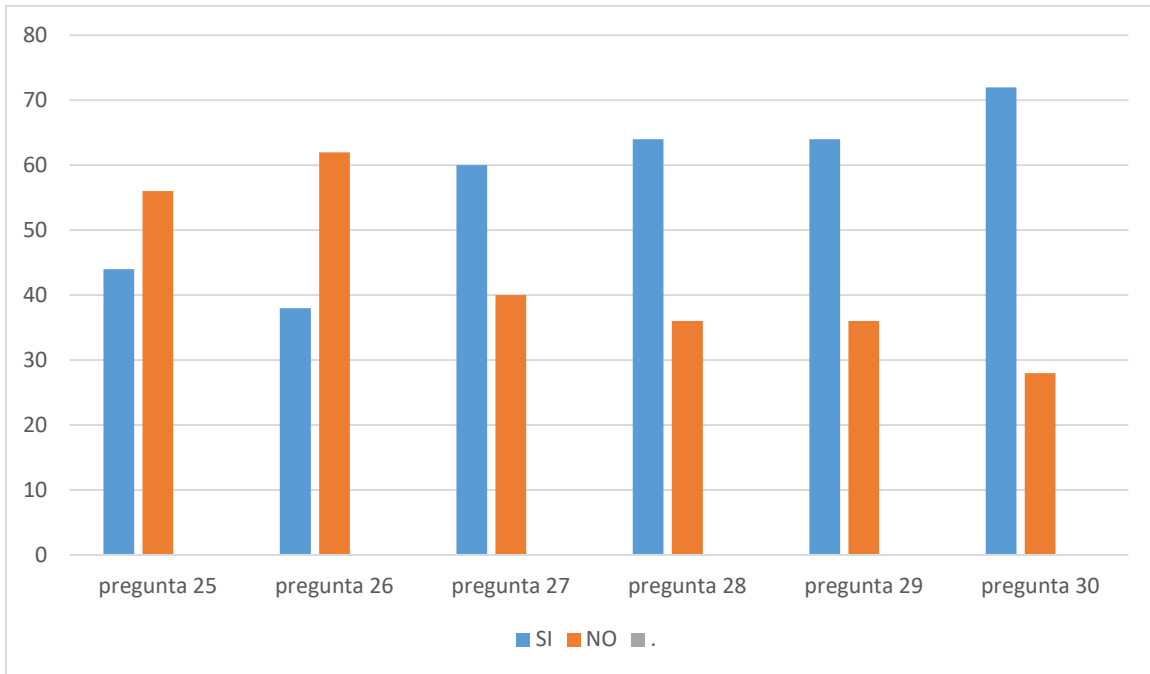
25.- ¿Cree usted que este síndrome se puede detectar a tiempo?	44%	56%
26.- ¿Usted es mamá?	38%	62%
27.- ¿Conocía usted que estos casos la mayoría de las veces no ocurre en hospitales ni en otra estancia?	60%	40%
28.- ¿Estaba enterada usted que estos casos ocurre en bebés saludables?	64%	36%
29.- ¿Sabía usted que este caso ocurre o está más frecuente en bebés prematuros?	64%	36%
30.- ¿Está de acuerdo que la muerte de cuna se puede evitar?	72%	28%
31.- ¿Ha sido orientado en qué hacer si le toca pasar por una situación así?	58%	42%
32.- ¿Cree usted que la muerte de cuna le puede ocurrir más a una mamá primeriza?	74%	26%
33.- ¿Está de acuerdo que en una situación así, la madre necesita el apoyo de su pareja?	84%	16%
34.- ¿Está de acuerdo que ante la muerte de un hijo se necesita el apoyo psicológico?	76%	24%
35.- ¿Sabe cómo alimentar a un bebé de forma materna?	80%	20%
36. ¿Usted conoce que es cuando un bebé esta bronco aspirando?	64%	36%
37.- ¿Está de acuerdo que la muerte de un bebé ocurre en la cuna?	72%	28%
38.- ¿Conoce usted los cuidados que un bebé debe tener?	76%	24%
39.- ¿Sabe cuidar un bebé?	84%	16%

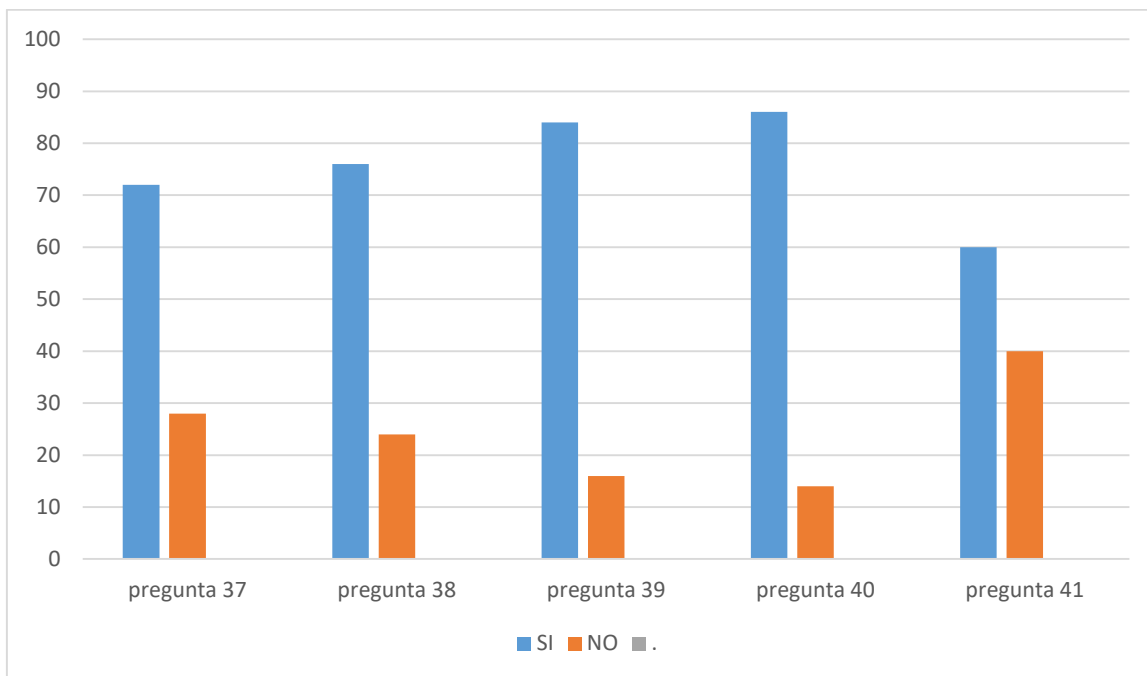
40.- ¿Usted sabe alimentar a un bebé con formula (biberón)?	86%	14%
41.- ¿Le han orientado a usted y a su pareja sobre los cuidados que deben tener anterior a la muerte de cuna?	60%	40%

2.10 Graficado









3. Generalidades

3.1 Concepto

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año aparentemente sano. También se le conoce como «síndrome de muerte súbita infantil», «muerte en cuna» o «muerte blanca». Generalmente se encuentra muerto al bebé después de haberlo puesto a dormir, no mostrando signos de haber sufrido.

3.2 Clasificación

¿Qué es el síndrome de muerte súbita del lactante?

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la muerte repentina e inexplicable de un bebé de menos de 1 año de edad. La mayoría de las muertes por SMSL están asociadas con el sueño, por eso a veces se lo conoce con el nombre de "muerte en la cuna".

3.3Prevenciones

¿Es posible prevenir el SMSL?

El SMSL es la principal causa de muerte entre los bebés de 1 mes a 1 año de edad. El riesgo de SMSL se puede reducir enormemente. Lo más importante es que los bebés menores de un año de edad siempre deben dormir boca arriba, jamás lo ponga a dormir boca abajo o de costado. Dormir boca abajo o de costado incrementa el riesgo de SMSL.

3.4Riesgos

¿Quiénes corren riesgos de SMSL?

Al considerar qué bebés corren más riesgos, es importante destacar que no existe un elemento que por sí solo pueda causar el SMSL. Por el contrario, es posible que se combinen varios factores y eso ponga a un bebé en riesgo de padecer el SMSL.

La mayoría de las muertes por SMSL ocurren en bebés de entre dos y cuatro meses, y los casos se incrementan durante el clima frío. Los bebés negros y nativos americanos tienen más probabilidades de morir de SMSL que los caucásicos. Y hay más niños que niñas entre las víctimas del SMSL.

Entre otros posibles riesgos, se incluyen los siguientes:

- fumar, beber o consumir drogas durante el embarazo y después del parto
- cuidado prenatal inadecuado
- parto prematuro o bajo peso al nacer
- antecedentes familiares de SMSL
- madres de menos de 20 años de edad
- estar cerca de humo de tabaco después del nacimiento
- demasiado calor.
- Embarazo en la adolescencia:

Concepto:

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo.

Así Como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no deseados. Aunque la OMS considera el embarazo adolescente un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad de recién nacidos así como otras complicaciones sanitarias parto prematuro, bajo peso, preclamsia, anemia asociada al embarazo en jóvenes adolescentes.

La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente.

Las adolescentes embarazadas enfrentan muchos de los mismos problemas relacionados con el embarazo de otras mujeres. Sin embargo, existen problemas adicionales para los menores de 15 años, ya que no se encuentran desarrollados físicamente como para mantener un embarazo saludable o dar a luz. Para las niñas de 15 a 19 años, los riesgos se asocian más con factores socioeconómicos que con los efectos biológicos de la edad.¹⁰ Los riesgos de bajo peso al nacer, trabajo de parto prematuro, anemia y preclamsia están relacionados con la edad biológica, y se observan en los partos de adolescentes incluso después de controlar otros factores de riesgo (como acceder a atención prenatal, etc.)

3.5 Posiciones

¿Por qué es peligroso dormir boca abajo?

El SMSL es más probable entre bebés que se acuestan boca abajo que entre los que se acuestan boca arriba. Tampoco se debe poner a un bebé a dormir de costado. El bebé podría rodar fácilmente durante el sueño y pasar de estar de costado a quedar boca abajo.

Dormir boca abajo podría provocar un bloqueo de las vías respiratorias y dificultar la respiración. Al dormir boca abajo, es más probable que el bebé respire el aire que acaba de exhalar, especialmente si está durmiendo sobre un colchón blando o con un acolchado, muñecos de peluche o una almohada cerca del rostro. Como el bebé vuelve a respirar el aire que exhaló, el nivel de oxígeno del cuerpo se reduce y se eleva el nivel de dióxido de carbono.

Los bebés que fallecen por el SMSL tal vez tengan un problema en la parte del cerebro que ayuda a controlar la respiración y la interrupción del sueño. Si un bebé está respirando aire viciado y no recibe suficiente oxígeno, el cerebro suele enviar una señal para que el bebé despierte y llore para recibir más oxígeno. Si el cerebro no emite esta señal, los niveles de oxígeno continuarán descendiendo.

3.6 ¿Qué es "Dormir boca arriba"?

Dormir boca abajo puede favorecer el SMSL, "Dormir boca arriba", que recomendaba poner a dormir boca arriba a todos los bebés sanos menores de un año de edad.

A los bebés se los debe poner a dormir boca arriba hasta los 12 meses de edad. Los bebés mayores tal vez no se queden boca arriba durante toda la noche, pero eso no es un problema. Una vez el bebé aprenda a darse la vuelta, pasando de estar boca arriba a boca abajo y viceversa, puede permanecer en la postura de sueño que él elija. No es necesario usar posicionadores ni dispositivos que aseguran reducir el riesgo de SMSL.

Tipos de cama:

Camas individuales:

En esta clase de camas, podemos encontrar a su vez varias subcategorías. La primera de ellas es la cama individual a la que estamos acostumbrados. Es decir, con un colchón o sommier, respaldo y piecero; debajo de ella queda un espacio vacío que puedes utilizar para guardar cajas.

Camas cuna:

Estas son las que mantienen la altura y las características de la que comentamos antes, pero a su vez agregan otra cama más debajo del otro colchón.

Esta segunda cama se abre con un sistema de plegado y suele incluir un colchón algo más delgado que el de la cama superior. En algunas ocasiones, puede tener cajones en lugar de una cama.

Por otro lado, las camas compactas, que vendrían a ser como una 'evolución' de las camas nido. Las compactas también cuentan con una estructura para una cama más en su parte inferior, además de incluir cajoneras debajo o encima de ellas. Su colchón es igual al de la cama principal.

La principal diferencia entre estos tipos de camas para niños es la altura. Mientras los nidos conservan la altura tradicional de 50-55 centímetros, las compactas son más altas.

2. Literas:

Al igual que las camas individuales, podemos encontrar varios tipos de camas para niños en esta categoría. La litera clásica es aquella estructura que une dos camas, una encima de la otra. Generalmente, están separadas por una distancia cercana a los 80-90 centímetros.

Si bien resultan muy prácticas para ahorrar espacio, las madres suelen quejarse porque la cama de arriba es más difícil de hacer. Además, presentan la desventaja de ser algo peligrosas para los niños que se mueven mucho al dormir; una caída desde esa altura conlleva grandes riesgos.

A su vez, las literas presentan otras variables. Una de ellas es la litera tipo tren; es decir, aquellas en la que la cama de arriba no está totalmente alineada con la de la base. De esta manera, se genera un espacio de almacenaje en una de las puntas.

La mayoría de ellas trae un armario incorporado en este espacio. No obstante, otras más novedosas también incorporan escaleras para el pequeño que duerme arriba.

Por último, la litera en forma de 'L'; posee las mismas características que la litera tipo tren, pero con la diferencia de que la cama están ubicadas de manera transversal.

3. Camas divertidas:

Cuando se es niño, cada elemento de la vida cotidiana puede ser un instrumento de diversión y juego. Con las camas, esto también ocurre.

4. Camas gemelas:

Se trata de una alternativa excelente si tienes hijos gemelos o mellizos; también lo es si simplemente los hermanos tienen edades similares.

Consisten en dos camas del mismo tamaño, con la misma forma y que se ubican una al lado de la otra. Con tan solo variar el color de la estructura o incluso de la ropa de cama, tendrás una combinación visual muy agradable, que además resaltará la paridad entre los dos pequeños.

Las camas cuna mantienen la altura y las características de la individual, pero a su vez agregan una cama más debajo del otro colchón.

5. Cama plegable:

Este tipo de cama es más común en hogares pequeños.

3.7 Factores

El síndrome de muerte súbita del lactante es la muerte sin causa aparente, que, por lo general, sucede durante el sueño de un bebé aparentemente saludable, menor de un año de edad. A veces este trastorno se conoce como muerte de cuna porque, por lo general, los lactantes mueren en sus cunas. Si bien la causa es desconocida, aparentemente, el síndrome de muerte súbita del lactante podría estar relacionado con defectos en la porción del cerebro del bebé que controla la respiración y la vuelta al estado de vigilia.

Los factores físicos relacionados con el síndrome de muerte súbita del lactante comprenden los siguientes:

- **Problemas cardiovasculares:** La enfermedad cardiovascular es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben a la aterosclerosis. Esta afección ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes del vaso sanguíneo (arteria). Esta acumulación se llama placa. Con el tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas en todo el cuerpo. Si una arteria resulta obstruida, esto puede llevar a que se presente un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Tipos de enfermedad cardiovascular:

- La cardiopatía coronaria, es el tipo más común de enfermedad cardíaca y sucede cuando se acumula placa en las arterias que conducen al corazón. También se llama arteriopatía coronaria (CAD, por sus siglas en inglés). Cuando se estrechan las arterias, el corazón no puede recibir suficiente sangre y oxígeno. Una arteria bloqueada puede causar un ataque cardíaco. Con el tiempo, la CHD puede debilitar el miocardio y provocar insuficiencia cardíaca o arritmias.
- La insuficiencia cardíaca ocurre cuando el miocardio se vuelve rígido o débil. No puede bombear suficiente sangre oxigenada, lo cual causa síntomas en todo el cuerpo. La enfermedad puede afectar solo el lado derecho o el lado izquierdo del corazón. Es muy frecuente que ambos lados del corazón estén

comprometidos. La presión arterial alta y la CAD son causas comunes de la insuficiencia cardíaca.

- Las arritmias son problemas con la frecuencia cardíaca (pulso) o el ritmo cardíaco. Esto ocurre cuando el sistema eléctrico del corazón no funciona correctamente. El corazón puede palpar demasiado rápido, demasiado lento o en forma irregular. Algunos problemas del corazón, como un ataque cardíaco o una insuficiencia cardíaca, pueden causar problemas con el sistema eléctrico del corazón. Algunas personas nacen con una arritmia.
- Las enfermedades de las válvulas cardíacas ocurren cuando una de las cuatro válvulas en el corazón no funciona correctamente. La sangre puede escaparse a través de la válvula en la dirección equivocada (llamado regurgitación), o es posible que una válvula no se abra lo suficiente y bloquee el flujo sanguíneo (llamado estenosis). Un latido cardíaco inusual, llamado soplo cardíaco, es el síntoma más común. Algunos problemas del corazón, como un ataque cardíaco, una cardiopatía o una infección, pueden causar enfermedades de las válvulas del corazón. Algunas personas nacen con problemas de válvulas cardíacas.
- La arteriopatía periférica ocurre cuando las arterias de las piernas y los pies se estrechan debido a la acumulación de placa. Las arterias estrechas reducen o bloquean el flujo sanguíneo. Cuando la sangre y el oxígeno no pueden llegar a las piernas, esto puede lesionar los nervios y tejidos.
- La presión arterial alta (hipertensión) es una enfermedad cardiovascular que puede conducir a otros problemas, tales como ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Un accidente cerebrovascular es causado por la falta de flujo sanguíneo al cerebro. Esto puede suceder debido a un coágulo de sangre que viaja a los

vasos sanguíneos en el cerebro o un sangrado en el cerebro. El accidente cerebrovascular tiene muchos de los mismos factores de riesgo que una cardiopatía.

- La cardiopatía congénita es un problema con la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer. Este término puede describir muchos problemas diferentes que afectan el corazón. Es el tipo más común de anomalía congénita.

Factores de riesgo:

Rubéola (sarampión alemán). Contraer rubéola durante el embarazo puede provocar problemas en el desarrollo del corazón del bebé. El médico puede hacerte un análisis para determinar si eres inmune a esta enfermedad vírica antes del embarazo y vacunarte contra ella si no lo eres.

Diabetes. Puedes reducir el riesgo de defectos cardíacos congénitos si controlas cuidadosamente la diabetes antes de intentar concebir y durante el embarazo. Por lo general, la diabetes gestacional no aumenta el riesgo de que tu bebé desarrolle un defecto cardíaco.

Medicamentos. Si se toman durante el embarazo, algunos medicamentos pueden causar defectos congénitos, entre ellos, defectos cardíacos congénitos. Dale una lista completa de los medicamentos que tomas al médico antes de intentar quedar embarazada. Los medicamentos que se sabe que aumentan el riesgo de defectos cardíacos congénitos, los inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina, las estatinas, el medicamento contra el acné y el litio.

Consumo de alcohol durante el embarazo. Evita el alcohol durante el embarazo, ya que aumenta el riesgo de defectos cardíacos congénitos.

Fumar. Fumar durante el embarazo aumenta la probabilidad de defectos cardíacos congénitos en el bebé.

Factor hereditario. Los defectos cardíacos congénitos a veces son hereditarios y pueden estar relacionados con un síndrome genético. Muchos niños que padecen síndrome de Down, que es causado por un cromosoma adicional tienen defectos cardíacos. Una parte faltante (supresión) de material genético del cromosoma 22 también causa defectos cardíacos.

- **Defectos cerebrales.** Algunos lactantes nacen con problemas que los hacen más propensos a morir a causa del síndrome de muerte súbita del lactante. En el caso de muchos de estos bebés, la parte del cerebro que controla la respiración y el despertar del sueño no maduran lo suficiente como para funcionar de manera correcta.

La mayoría de las malformaciones cerebrales comienza mucho antes del nacimiento de un bebé. Algo daña el sistema nervioso en desarrollo o provoca un desarrollo anormal. A veces el problema es genético. En otras, la exposición a ciertas medicinas, infecciones o radiación durante el embarazo interfiere con el desarrollo del cerebro. Partes del cerebro pueden estar ausentes, ser anormalmente grandes o pequeñas, o no desarrollarse en su totalidad.

Existen malformaciones de la cabeza que no involucran al cerebro. Las anomalías craneofaciales son resultado del crecimiento anormal del tejido blando y los huesos de la cara y la cabeza. Es común que los bebés recién nacidos tengan la cabeza ligeramente torcida, pero los padres deben vigilar la forma de la cabeza del niño para detectar posibles problemas.

- **Bajo peso al nacer.** El nacimiento prematuro o el haber sido parte de un parto múltiple incrementan las posibilidades de que el cerebro del bebé no haya madurado por completo, por lo que tiene menos control sobre procesos automáticos, tales como la respiración y la frecuencia cardíaca.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo

Problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año.

¿Qué es un bajo peso de nacimiento?

Bajo peso de nacimiento es la descripción que se usa para los bebés que nacen con un peso menor a 2.5 gramos (5 libras y 8 onzas). Un recién nacido promedio suele pesar alrededor de 3.4 kg (8 onzas). Un bebé con bajo peso de nacimiento puede estar sano aunque sea pequeño. Pero un bebé con bajo peso de nacimiento también puede tener muchos problemas de salud graves.

¿Cuáles son las causas de un bajo peso de nacimiento?

La causa más frecuente de tener un bajo peso de nacimiento es haber nacido antes de la fecha prevista (nacimiento prematuro). Eso significa antes de las 37 semanas del embarazo. Un bebé prematuro tiene menos tiempo en el útero de su mamá para crecer y aumentar de peso. Gran parte del peso del bebé se aumenta durante las últimas semanas del embarazo.

Otra causa de un bajo peso de nacimiento es una afección llamada restricción del crecimiento intrauterino (IUGR, por sus siglas en inglés). Esto sucede cuando un bebé no crece bien durante el embarazo. Puede deberse a problemas de la placenta, la salud de la madre o del bebé. Los bebés pueden tener y ser:

Bebés a término. Eso significa nacido entre las semanas 37 y 41 del embarazo. Estos bebés pueden ser maduros físicamente, pero son pequeños.

Prematuros. Estos bebés son muy pequeños y físicamente inmaduros.

¿Qué bebés corren riesgo de tener bajo peso de nacimiento?

Además del nacimiento prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino, hay cosas que afectan a la mujer embarazada que pueden aumentar el riesgo de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Por ejemplo:

- Infección durante el embarazo
- No aumentar de peso lo suficiente durante el embarazo
- Antecedentes de un bebé de muy bajo peso en un embarazo anterior
- Fumar
- Uso de alcohol o de drogas
- Tener menos de 17 años o más de 35 años
- Ser de raza afroamericana

¿Cuáles son los síntomas de un bajo peso de nacimiento?

Además de pesar menos de 2.5 kilos, los bebés con bajo peso de nacimiento se ven mucho más pequeños que los bebés que tuvieron un peso normal al nacer. Un bebé que tiene bajo peso de nacimiento tiene una cabeza que puede verse más grande que el resto de su cuerpo. Con frecuencia, se ve delgado, con poca grasa corporal.

¿Cómo se diagnostica un bajo peso de nacimiento?

Una de las principales razones para realizar exámenes prenatales con regularidad es asegurarse de que su bebé esté creciendo bien. Durante el embarazo, el tamaño aproximado de su bebé se calcula de distintas maneras. Su suba de peso constante es una de las maneras de comprobar el crecimiento de su bebé. Otra manera es la altura del fondo uterino.

Si la altura del fondo uterino es menor a la esperada, significa que el bebé no está creciendo bien.

El ultrasonido emplea ondas de sonido para crear una imagen de su feto. Brinda más precisión que medir la altura del fondo uterino. Puede tomarse la medida día cabeza de su bebé, su abdomen y el hueso de la parte superior de su pierna (el fémur). Estas medidas se usan para calcular el peso aproximado del bebé.

Los bebés se pesan dentro de las primeras horas después del nacimiento. Ese peso se compara con la cantidad de semanas del embarazo (edad gestacional). Si su bebé pesa menos de 2.5 gramos (5 libras y 8 onzas), tiene un bajo peso de nacimiento. Si pesa menos de 1.5 kg (3 libras y 5 onzas) al nacer se consideran de muy bajo peso de nacimiento.

¿Cómo se trata un bajo peso de nacimiento?

El tratamiento dependerá de los síntomas, la edad y la salud general de su hijo. También variará según la gravedad de la afección.

El tratamiento para un bajo peso de nacimiento incluye:

- Atención en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Cama con temperatura controlada.

- Alimentación especial. En ocasiones esto se hace a través de un tubo hasta el estómago si el bebé no puede succionar. O también puede administrarse por vía intravenosa.

Las perspectivas para un bebé con bajo peso al nacer dependen en gran parte de cuánto pese en el nacimiento. Los bebés que pesan menos de 500 gramos (1 libra y 1.5 onzas) son los que tienen más problemas y menos probabilidades de sobrevivir.

Si no tienen otras complicaciones, los bebés con bajo peso de nacimiento suelen "ponerse al día" en su crecimiento físico. Para estos bebés, puede ser necesario seguir un programa médico de control especial.

¿Cuáles son las complicaciones de un bajo peso de nacimiento?

Los bebés con bajo peso de nacimiento suelen tener problemas. El diminuto cuerpo del bebé no es tan fuerte como el de un bebé con peso de nacimiento normal. Es posible que le resulte más difícil alimentarse, aumentar de peso y combatir infecciones. A los bebés con bajo peso de nacimiento les cuesta trabajo mantenerse cálidos porque sus cuerpos no tienen mucha grasa.

Los bebés que nacen prematuros suelen tener complicaciones. En ocasiones es difícil decir si esos problemas se deben a que nacieron antes de tiempo o a que son tan pequeños. Por lo general, cuanto menor es el peso de nacimiento del bebé, mayores son los riesgos de complicaciones. Los siguientes son algunos de los problemas más comunes de los bebés que tienen bajo peso de nacimiento:

- Niveles bajos de oxígeno al nacimiento
- Dificultad para mantenerse calientes

- Dificultad para alimentarse y aumentar de peso
- Infección
- Problemas respiratorios y pulmones inmaduros (síndrome de dificultad respiratoria neonatal)
- Problemas del sistema nervioso, como sangrado dentro del cerebro (hemorragia intraventricular)
- Problemas digestivos, como una infección grave de los intestinos (enterocolitis necrosante)

Los bebés con muy bajo peso de nacimiento corren riesgo de tener discapacidad y complicaciones a largo plazo. Estas complicaciones a largo plazo pueden ser, por ejemplo:

- Parálisis cerebral
- Ceguera
- Sordera
- Retrasos del desarrollo

¿Se puede prevenir un bajo peso de nacimiento?

La mayoría de los bebés sobreviven aunque hayan nacido antes de tiempo y sean muy pequeños. Esto se debe a los avances en el cuidado de los bebés enfermos y

prematuros. Sin embargo, prevenir el nacimiento antes de término es una de las mejores maneras de prevenir que el bebé tenga bajo peso al nacer.

La atención prenatal regular es la mejor manera de prevenir los nacimientos antes de término y los bebés con un peso bajo al nacer. En las visitas prenatales, el proveedor de atención médica revisará su salud y la de su bebé. Es importante que:

Haga una dieta saludable durante el embarazo. Esto le ayudará a aumentar el peso suficiente para ayudar a que su bebé crezca y que usted se mantenga saludable.

No beba alcohol, no fume ni use drogas. Estas cosas pueden causar bajo peso al nacer y otros problemas para su bebé.

Puntos clave sobre un bajo peso de nacimiento

Bajo peso de nacimiento es la descripción que se usa para los bebés que nacen con un peso menor a 2.5 gramos (5 libras y 8 onzas).

Los bebés que pesan menos de 1.5 kg (3 libras y 5 onzas) al nacer se consideran de muy bajo peso de nacimiento.

La causa más frecuente de un bajo peso al nacer es el nacimiento prematuro.

Casi todos los bebés con bajo peso de nacimiento necesitan atención especial en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) hasta que suban de peso y estén lo suficientemente bien como para irse a casa.

La atención prenatal regular es la mejor manera de prevenir los nacimientos antes de término y los bebés con un peso bajo al nacer.

- Infección respiratoria. Muchos bebés que murieron a causa del síndrome de muerte súbita del lactante habían tenido un resfrío hace poco, lo que podría provocar problemas respiratorios.

Las infecciones respiratorias víricas afectan a la nariz, la garganta y las vías respiratorias y pueden estar causadas por diferentes virus.

Entre las infecciones respiratorias habituales se incluyen el resfriado común y la gripe.

Los síntomas característicos son goteo nasal (rinorrea), picor de garganta, tos e irritabilidad.

El diagnóstico se basa en los síntomas.

La mejor manera de evitar estas infecciones es una buena higiene y, para evitar la gripe en particular, la vacunación sistemática.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas.

Los niños desarrollan cada año un promedio de seis infecciones respiratorias de origen vírico.

Las infecciones víricas de las vías respiratorias suelen dividirse en:

- Infecciones de las vías respiratorias superiores: los síntomas ocurren principalmente en la nariz y la garganta. Las infecciones víricas más frecuentes de las vías respiratorias altas son el resfriado común y la gripe.
- Infecciones de las vías respiratorias bajas: los síntomas ocurren en la tráquea, las vías respiratorias y los pulmones. Las infecciones de las vías respiratorias bajas son más frecuentes entre los niños e incluyen cup, bronquiolitis y neumonía.

A veces los niños contraen infecciones que afectan tanto las vías respiratorias altas como las bajas.

Causas de infecciones respiratorias:

En niños, las causas principales de infecciones respiratorias víricas son los rinovirus, los virus de la gripe (durante las epidemias anuales en la época invernal), los virus parainfluenziales, el virus respiratorio sincitial, los enterovirus, los coronavirus y ciertas cepas de adenovirus.

Muy a menudo, las infecciones respiratorias víricas se propagan cuando las manos del niño entran en contacto con secreciones nasales de una persona infectada. Estas secreciones contienen virus. Cuando el niño se toca la nariz o los ojos, los virus entran y producen una nueva infección. Con menor frecuencia, la proliferación de las infecciones se da cuando un niño respira aire que contiene gotitas expulsadas por la tos o el estornudo de una persona infectada.

Por varias razones, las secreciones nasales o respiratorias de los niños con infecciones respiratorias víricas suelen contener más virus que las de los adultos infectados. Este aumento de producción de virus, junto con una higiene característicamente descuidada, hace que los niños sean más propensos a propagar la infección. La posibilidad de transmisión aumenta allí donde coinciden muchos niños a la vez, como en los centros de cuidado infantil y en las escuelas. Contrariamente a lo que se pueda pensar, otros factores, como enfriarse, mojarse o estar cansado, no causan resfriados ni aumentan la vulnerabilidad de un niño a las infecciones.

Síntomas:

Cuando los virus invaden las células de las vías respiratorias, desencadenan inflamación y producción de mucosidad. Esta situación deriva en congestión nasal, moqueo nasal, irritación de la garganta y tos, que puede durar hasta 14 días. Algunos niños pueden continuar con tos durante semanas después de que la infección de las vías respiratorias altas haya remitido. Es frecuente que se presente fiebre, con una temperatura de hasta 38,3 o 38,9 °C, en niños pequeños o en quienes tengan la gripe. La temperatura del niño puede incluso elevarse a 40 °C.

Otros síntomas característicos en los niños consisten en inapetencia, letargo y malestar general. Se siente dolor de cabeza y dolor corporal, especialmente con la gripe. Los lactantes y los niños pequeños generalmente no son capaces de comunicar los síntomas específicos y se muestran irritables y molestos.

Complicaciones de las infecciones respiratorias de origen vírico

Dado que los recién nacidos y los lactantes prefieren respirar por la nariz, incluso una moderada congestión nasal provoca dificultad respiratoria. La congestión nasal conduce a problemas de alimentación, porque los lactantes no pueden respirar durante la succión de la mama o del biberón. Dado que son incapaces de escupir el moco que les viene con la tos, a veces se atragantan y se ahogan.

Las vías respiratorias de pequeño calibre de los niños pequeños se estrechan a veces de modo significativo por la inflamación y el moco, provocando la consiguiente dificultad respiratoria. Los niños respiran rápidamente y producen un sonido de tono alto con la espiración (sibilancias) o un sonido similar con la inspiración (estridor). El estrechamiento grave de las vías respiratorias provoca en los niños un jadeo al respirar y su piel adquiere una coloración azulada (cianosis). Estos problemas de las vías respiratorias son más frecuentes con una infección causada por el virus para gripal, el virus respiratorio sincicial (VRS) y la infección por metapneumovirus humano. Los niños afectados necesitan ser examinados urgentemente por el médico.

Algunos niños con una infección vírica de las vías respiratorias altas también desarrollan infección del oído medio (otitis media) o del tejido pulmonar (neumonía). La otitis media y la neumonía pueden estar causadas por el mismo virus o por una infección bacteriana que aparece porque la inflamación causada por el virus aumenta la vulnerabilidad a la invasión por otros gérmenes. En los niños con asma, las infecciones del sistema respiratorio provocan a menudo una crisis asmática.

Diagnóstico

Evaluación médica

Tanto los médicos como los padres reconocen las infecciones respiratorias por sus síntomas característicos. Generalmente, los niños con leves síntomas de las vías respiratorias altas y por lo demás sanos no necesitan acudir al médico, a no ser que tengan dificultades respiratorias, no beban o tengan fiebre durante más de 1 o 2 días.

Se realizan radiografías del cuello y del tórax en los niños que tienen dificultad para respirar, estridor o sibilancias, o si el médico detecta congestión pulmonar en la auscultación. Los análisis de sangre y de secreciones respiratorias no suelen tener utilidad en este caso.

Prevención

- Una buena higiene
- Vacunación contra la gripe

La mejor medida preventiva es la práctica de una buena higiene. El niño enfermo y las personas que convivan con él deben lavarse las manos con frecuencia. En general, cuanto más íntimo sea el contacto físico con un niño enfermo (como abrazarse y arrimarse a él o compartir la cama) mayor será el riesgo de propagación de la infección a otros miembros de la familia. Los padres deben sopesar este riesgo con la necesidad de confortar al niño enfermo. Los niños deben quedarse en casa y no asistir a la escuela o a la guardería hasta la desaparición de la fiebre y hasta que se encuentren lo suficientemente bien para poder asistir.

La gripe es la única infección respiratoria vírica que se puede evitar por medio de la vacunación. Todos los niños de 6 meses o más han de ser vacunados anualmente, y también deben vacunarse los adultos (véase también vacuna contra la gripe). La vacunación es especialmente importante en niños y adultos con ciertos trastornos, como las enfermedades del corazón o de los pulmones (incluidas la fibrosis quística y el asma), la diabetes, la insuficiencia renal y la anemia de células falciformes (anemia drepanocítica o drepanocitosis). Además, debe vacunarse a los niños cuyo sistema inmunitario esté debilitado, incluyendo a los niños que sufren infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y los sometidos a quimioterapia.

Tratamiento

- Reposo y líquidos
- Medicamentos para la fiebre y el dolor

Los antibióticos no son necesarios y no contribuyen al tratamiento de infecciones respiratorias de origen vírico. Los niños con infecciones respiratorias necesitan reposo adicional y una mayor ingesta de líquidos. El paracetamol (acetaminofeno) o los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tales como el ibuprofeno, se administran para la fiebre y los dolores. Los niños en edad escolar pueden tomar sin receta médica un descongestionante para la congestión nasal, aunque esta medicación no suele ser de utilidad. Los lactantes y los niños más pequeños son particularmente sensibles a los efectos secundarios de los descongestionantes y pueden experimentar agitación, confusión, alucinaciones, letargo y taquicardia, por tanto no deberían tomar dichos fármacos.

En lactantes y niños pequeños, la congestión se alivia bastante usando un vaporizador de vapor frío para humedecer el aire y succionando la mucosidad de la nariz con una perilla de goma.

3.8 El síndrome de muerte de cuna

También conocida como muerte súbita del lactante, se define como el fallecimiento de un niño menor de un año con historia, examen físico y autopsia normales, en las cuales no se ha podido establecer una causa definitiva de muerte conocida.

Si bien se han realizado estudios para comprender la fisiopatología de este síndrome, aún no se encuentra con información suficiente para su comprensión, por lo que se han determinado factores de riesgo que se relacionan con su aparición entre ellos: dependientes de la madre, ambientales, en relación a factores relacionados a factores relacionados con la madre esta: madre adolescente, control prenatal e información recibida por las madres respecto a los factores de riesgo de SMSL durante el control, lactancia materna, nivel de escolaridad, y bajo nivel socioeconómico.

En factores dependientes del ambiente: compartir el lugar donde duerme él/ella lactante, dormir sobre una superficie no firme y con accesorios sueltos, uso de chupete y un ambiente expuesto al humo de tabaco.

Factores dependientes del lactante considerados como de riesgo: el sexo, edad del lactante, y antecedentes de hermanos que hayan fallecido por SMSL.

3.9 El síndrome de muerte súbita del lactante

Es la principal causa de muerte súbita durante el periodo post neonatal, en los países desarrollados y la tercera causa de mortalidad infantil después de malformaciones congénitas y afecciones perinatales.

La muerte de cuna es la principal causa de muerte inexplicable durante el primer año de vida sobre todo en los primeros 6 meses cuando tienen lugar hasta el 80-85% de los casos.

El SMSL ocurre en la comunidad, no en los hospitales, los bebés que fallecen son bebés saludables.

La muerte de un lactante solo se puede catalogar de muerte súbita si se cumple lo siguiente:

- Autopsia completa y que los hallazgos sean compatibles con muerte súbita del lactante (edema pulmonar, petequias en órganos intratorácicos entre otros.)
- No hay evidencias macro-microscópicas de trauma, quemaduras, de un proceso patológico o alteración congénita metabólica que justifique la muerte.
- No hay evidencias del trauma a nivel radiológico.
- No hay evidencias de exposición a alcohol, drogas, y otros tóxicos.

Anomalías congénitas:

Concepto: Desviación de la forma y/o tamaño de una estructura anatómica. || Particularidad orgánica, micro o macroscópica, que presenta un individuo comparado con la mayoría de los individuos de su especie.

Anomalía congénita: Cuando aún se encuentran dentro del vientre materno, algunos bebés tienen problemas en cómo se forman sus órganos y partes del cuerpo, cómo funcionan y cómo sus cuerpos transforman los alimentos en energía. Estos problemas de salud se llaman anomalías congénitas.

Existen más de 4.000 tipos diferentes de anomalías congénitas, que van de leves (que no requieren tratamiento alguno) a graves (que provocan discapacidades y/o que requieren tratamiento médico o quirúrgico).

Tipos de anomalías congénitas

Si un bebé nace sin una parte del cuerpo o con una malformación en esa parte del cuerpo, se dice que presenta una anomalía congénita estructural.

- Las anomalías congénitas cardíacas son las anomalías congénitas estructurales más frecuentes.
- La espina bífida
- El paladar hendido
- El pie zambo
- Displasia congénita de cadera.

LA ESPINA BIFIDA: es una malformación congénita que ocurre cuando la columna vertebral del bebé no se forma normalmente. Como resultado, la médula espinal y los nervios que se ramifican hacia afuera pueden resultar dañados.

El término "espina bífida" proviene del latín y significa, literalmente, columna "partida" o "abierta". Esta malformación ocurre al final del primer mes del embarazo, cuando la columna y la médula espinal (un conjunto de nervios ubicado en el centro de la columna) se están desarrollando.

A veces, la malformación provoca una abertura en la espalda, que es visible. En algunos casos, la médula espinal y su revestimiento asoman por esa abertura. En

otros casos, no hay una abertura y la malformación permanece oculta debajo de la piel.

Según la gravedad de la malformación y el lugar de la columna en que se encuentra, los síntomas varían. Las malformaciones leves pueden provocar algunos problemas o ninguno, mientras que las malformaciones más graves pueden causar problemas graves, como debilidad, incontinencia urinaria o parálisis.

Los niños con una abertura expuesta en la espalda necesitarán una cirugía para cerrarla.

Causas:

La espina bífida está relacionada con niveles bajos de la vitamina ácido fólico durante el embarazo. El ácido fólico tiene un papel de importancia en el desarrollo y el crecimiento de las células, así como en la formación de tejidos. No contar con suficiente ácido fólico en la dieta antes del embarazo o durante los primeros meses de embarazo puede incrementar el riesgo de espina bífida y otras malformaciones del tubo neural.

Las causas de la espina bífida en los embarazos en los que las madres tomaron vitaminas prenatales y recibieron suficiente ácido fólico son desconocidas. Algunas evidencias sugieren que los genes suelen desempeñar un papel importante, pero la mayoría de los bebés que nacen con espina bífida no tienen antecedentes familiares de esa afección.

Tener fiebre elevada durante el embarazo puede incrementar las probabilidades de que una mujer tenga un bebé con espina bífida. Las mujeres con epilepsia que toman ácido valproico para controlar las convulsiones también tienen mayor riesgo de tener un bebé con espina bífida.

Tipos de espina bífida:

Las dos formas de espina bífida son la espina bífida oculta y la espina bífida abierta:

La espina bífida oculta es la forma más leve de la afección y puede pasar desapercibida. Se denomina "oculta" porque la malformación está cubierta por piel.

La médula espinal no asoma a través de la piel, aunque la piel de la zona baja de la columna puede tener una mancha con pelo, una mancha de nacimiento o un hoyuelo por encima de la unión entre ambas nalgas. En el interior, la médula puede estar anclada (sujeta) al tejido que la rodea, en lugar de estar libre dentro de la columna vertebral.

La mayoría de los bebés que nacen con espina bífida oculta no tiene problemas a largo plazo.

La espina bífida abierta se subdivide en dos tipos de espina bífida:

El meningocele que afecta a las meninges, que son las membranas que cubren y protegen al cerebro y la médula espinal. Si las meninges asoman por el orificio del cráneo o de las vértebras (los pequeños huesos en forma de anillo que forman la columna vertebral), se crea un saco lleno de líquido que se denomina "meningocele". Este saco se puede ver en la cabeza, el cuello o la espalda del bebé. El saco puede ser tan pequeño como una uva o tan grande como un pomelo y suele estar cubierto por una delgada capa de piel. Los meningoceles pueden aparecer en cualquier lugar de la columna o en la base del cráneo.

Los bebés con esta afección pueden tener problemas de salud si los nervios que rodean a la columna están dañados. Por ejemplo, si están dañados los nervios que controlan la evacuación de los intestinos o la vejiga, el niño puede tener dificultades para controlar estas funciones del cuerpo. También es posible que tengan problemas para mover ciertos músculos (parálisis). El grado de parálisis depende del lugar de la columna en el que se encuentre el meningocele. Cuanto más arriba de la espalda esté la abertura, más grave puede ser la parálisis.

El mielomeningocele es la forma más grave de espina bífida. Ocurre cuando tanto las meninges como el extremo inferior de la médula espinal asoman por el orificio de la columna y forman un gran saco lleno de líquido que sobresale en la espalda del bebé. A veces, el saco se revienta durante el parto y la médula y los nervios quedan expuestos al nacer.

Los bebés con este tipo de espina bífida suelen tener algún grado de parálisis y problemas óseos o musculares como resultado de la parálisis. Esto se debe al desarrollo anormal de los nervios en la médula espinal o a que los nervios están estirados como resultado de la malformación.

También es común que los bebés tengan hidrocefalia, una acumulación de líquido cefalorraquídeo dentro del cerebro o alrededor de él. Esto hace que el bebé tenga la cabeza más grande o la fontanela hinchada en el momento de nacer, lo cual se debe al exceso de líquido y a la presión que hay dentro del cráneo.

Diagnóstico:

Los futuros padres tal vez puedan saber si su bebé tiene espina bífida realizando algunos estudios prenatales.

El análisis de alfafetoproteína (AFP) es un análisis de sangre que se realiza entre las semanas 16 y 18 del embarazo. Este análisis mide cuánta AFP, producida por el feto, ha pasado al torrente sanguíneo de la madre. Si la cantidad es elevada, tal vez se vuelva a hacer el análisis para asegurarse de que el resultado sea correcto. Si el segundo resultado es elevado, podría significar que el bebé tiene espina bífida. En este caso, se realizarán otros análisis para comprobar y confirmar el diagnóstico.

En la mayoría de los casos de espina bífida abierta, los médicos pueden ver la malformación en las ecografías prenatales. La amniocentesis también puede ayudar a determinar si el bebé tiene espina bífida. Se inserta una aguja a través del vientre de la madre hasta el útero para recolectar líquido que se analiza en busca de A.

La espina bífida oculta no se detecta hasta que el niño ha nacido. En estos casos, para diagnosticar la afección, los médicos hacen una ecografía en los bebés pequeños (menos de 3 meses). En el caso de bebés mayores, y para confirmar los resultados en los bebés de pocos meses, los médicos recurren a una resonancia magnética (MRI) o una tomografía computada.

Tratamiento:

El tratamiento de la espina bífida depende de su gravedad. Como la espina bífida puede afectar a distintos sistemas del organismo, como los sistemas nervioso y esquelético, los niños tal vez necesiten el apoyo de un equipo de profesionales de la salud. Este equipo puede incluir médicos (como neurocirujanos, urólogos y cirujanos ortopédicos), terapeutas físicos y ocupacionales, y trabajadores sociales.

Los bebés con espina bífida oculta quizás no necesiten ningún tratamiento, a menos que la médula espinal esté anclada. El anclaje puede provocar problemas más tarde (durante los estirones de crecimiento). Por eso es necesario desanclar la médula espinal del tejido que la rodea con una operación. Después de la operación, los bebés no suelen tener problemas de salud a largo plazo, pero tal vez necesiten otra cirugía más adelante durante la niñez si la médula espinal vuelve a anclarse.

Los bebés con un meningocele necesitan una cirugía para volver a colocar las meninges en el organismo y cerrar el orificio de las vértebras o el cráneo. Esto se suele hacer en los primeros meses de vida.

Los bebés con un mielo meningocele necesitan una cirugía entre 1 y 2 días después del nacimiento para proteger la zona expuesta y el sistema nervioso central, y para impedir que estas zonas se infecten. Si el mielo meningocele se detecta en las primeras etapas durante el embarazo, se puede operar al feto para corregir la malformación durante la semana 25 del embarazo.

Los bebés con hidrocefalia también necesitan cirugía para liberar la acumulación de líquido alrededor del cerebro. Esto puede requerir un procedimiento de ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo o un procedimiento de derivación.

Durante una ventriculostomía, se hace una pequeña abertura en la parte inferior del tercer ventrículo (uno de los cuatro ventrículos del cerebro) para permitir que el líquido salga del cerebro.

Durante un procedimiento de derivación, se coloca un tubo delgado dentro del cerebro para drenar el exceso de líquido hacia el abdomen, donde el organismo puede absorberlo.

Pronóstico:

Después de la recuperación de la cirugía, los bebés que nacen con un meningocele o un mielo meningocele tal vez necesiten cuidados a largo plazo para ayudar a tratar cualquier afección de base que aparezca debido a su espina bífida. Quienes tienen parálisis pueden llegar a necesitar dispositivos que los ayuden a caminar, como férulas, andadores o sillas de ruedas. Los niños con mielo meningocele que también tienen hidrocefalia necesitarán el cuidado continuo de un neurocirujano y tal vez tengan problemas de aprendizaje en la escuela que los obliguen a recibir servicios especiales.

Prevención:

Muchos casos de espina bífida se pueden prevenir si las mujeres en edad fértil toman 0,4 mg (400 microgramos) de ácido fólico todos los días antes del embarazo y continúan tomándolo durante el primer trimestre del embarazo. Algunas mujeres tal vez deban tomar más ácido fólico, en especial si están medicadas con ácido valproico para la epilepsia o la depresión.

Pie zambo:

El pie zambo (también conocido como “pie equino varo”) es una anomalía congénita frecuente que afecta a los músculos y huesos de los pies. En lugar de orientarse hacia delante y tener la forma típica de un pie normal, el pie zambo se orienta hacia abajo y gira hacia dentro. Esta contorsión hace que los dedos del pie afectados se orienten hacia la pierna opuesta. Un bebé puede nacer con esta anomalía en uno o en ambos pies.

El pie zambo no duele y no provoca problemas de salud hasta que el niño se empieza a poner de pie y comienza a andar. Pero, cuando esta anomalía se deja sin tratar, puede conllevar graves problemas y hasta puede hacer que el niño sea incapaz de andar. Por eso es muy importante empezar a corregirlo lo antes posible, idealmente cuando el bebé tenga una o dos semanas de vida.

Cuando hay un problema en la composición química del cuerpo del bebé, se dice que padece una anomalía congénita metabólica. Algunos ejemplos de anomalías metabólicas son la enfermedad de Tay-Sachs, una enfermedad mortal que afecta al sistema nervioso central, y la fenilcetonuria que afecta a la forma en que el organismo procesa las proteínas.

Cuando una mujer está embarazada, tomar ácido fólico y recibir suficiente yodo en la dieta permiten prevenir algunos tipos de anomalías congénitas. Pero es importante tener en cuenta que la mayoría de los bebés con anomalías congénitas nacen de dos progenitores sin problemas de salud evidentes ni factores de riesgo.

¿Cuáles son las causas de las anomalías congénitas?

En la mayoría de los casos, los médicos desconocen la causa de las anomalías congénitas de sus pacientes. Cuando se conoce la causa, se puede tratar de un factor ambiental (como la exposición del bebé a sustancias químicas o a virus mientras estaba en el vientre materno), a un problema en los genes o una combinación de ambas cosas.

Causas ambientales:

Si una madre tiene ciertas infecciones (como una toxoplasmosis) durante el embarazo, su bebé puede nacer con una anomalía congénita. Otras afecciones que pueden causar anomalías congénitas son la rubeola y la varicela. Afortunadamente, mucha gente se vacuna contra estas enfermedades y, por lo tanto, estas infecciones son muy poco frecuentes. Así mismo, el consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo puede causar un síndrome de alcoholismo fetal, y la toma de algunos medicamentos también puede causar anomalías congénitas.

Causas genéticas:

Cada una de las células del cuerpo tiene cromosomas que contienen genes que determinan las características únicas de cada persona. Durante la concepción, un niño hereda uno de cada par de cromosomas (y uno de cada par de los genes que contiene) de cada uno de sus progenitores. Un error durante este proceso puede

hacer que el bebé nazca con muy pocos o con demasiados cromosomas, o con un cromosoma dañado.

Una anomalía congénita muy conocida que se debe a un problema en un cromosoma es el síndrome de Down. Un bebé desarrolla este síndrome tras recibir un cromosoma de más. Hay otras anomalías congénitas que ocurren cuando los dos progenitores transmiten a su hijo un gen defectuoso de la misma enfermedad.

Hay enfermedades y anomalías que ocurren cuando solo uno de los progenitores transmite al bebé un gen anómalo. Aquí se incluyen anomalías congénitas como la acondroplastia (un tipo de enanismo) y el síndrome de Marfan

¿Cómo se diagnostican las anomalías congénitas?

Muchas anomalías congénitas se diagnostican incluso antes del nacimiento del bebé mediante pruebas prenatales. Las pruebas prenatales también pueden ayudar a determinar si una madre tiene una infección u otra afección peligrosa para el feto. Conocer los problemas de salud de un bebé con tiempo de antelación puede ayudar a los padres y a los médicos a hacer planes sobre el futuro del bebé.

Es importante recordar que las pruebas de cribado identifican únicamente la posibilidad de que un bebé presente una anomalía congénita. Algunas mujeres tienen bebés sanos después de haber obtenido resultados positivos en las pruebas de cribado de anomalías congénitas.

¿Se pueden prevenir las anomalías congénitas?

Muchas anomalías congénitas no se pueden prevenir, pero las mujeres pueden hacer algunas cosas antes y durante el embarazo para ayudar a reducir las probabilidades de tener un bebé con una anomalía congénita.

Antes del embarazo, las mujeres deberían hacer lo siguiente:

- Asegurarse de llevar todas las vacunas al día

- Asegurarse de que no padecen ninguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- Tomar la dosis diaria recomendada de ácido fólico antes de intentar concebir al bebé
- Evitar medicamentos innecesarios y hablar con sus médicos sobre los medicamentos que estén tomando

4.-Embarazo

4.1 Concepto:

Es el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. En la raza humana este periodo es de unos nueve meses.

Los embarazos se datan desde el primer día de la última regla y se calcula la fecha probable del parto 40 semanas más tarde. Según estas cuentas se incluyen en este cálculo un periodo inicial, que en mujeres con ciclos regulares es de dos semanas, en el que la mujer todavía no está embarazada, pero habitualmente la fecha de la última menstruación es el único dato del que se dispone para datar la gestación. En los casos en que conocemos la fecha de concepción se trataría de sumar 38 semanas a esa fecha.

Se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual si los períodos se producen regularmente cada 28 días. La fecha de parto se estima según el último período menstrual. Un parto hasta 2 semanas antes o después de la fecha estimada es normal.

Fisiología del embarazo en la mujer:

El embarazo provoca cambios fisiológicos en todos los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa a la normal después del parto. En general, los cambios son más drásticos en los embarazos multifetales que en los únicos.

Cardiovascular

El gasto cardíaco aumenta 30 al 50% comenzando para la semana 6 y llega a un pico entre las 16 y las 28 semanas (en general, alrededor de las 24 semanas). Permanece elevado hasta la semana 30. Luego, el gasto cardíaco se vuelve sensible a la posición. Las posiciones que hacen que el agrandamiento del útero obstruya la vena cava son las que más reducen el gasto cardíaco. En promedio, el gasto cardíaco disminuye ligeramente desde la semana 30 hasta que comienza el trabajo de parto. Durante éste, el gasto cardíaco aumenta otro 30%. Después del parto, el útero se contrae y el gasto cardíaco cae con rapidez a un 15 o 25% por encima del normal, luego disminuye gradualmente (durante las próximas 3 a 4 semanas) hasta que alcanza los niveles pre embarazó alrededor de las 6 semanas posparto.

El aumento del gasto cardíaco durante el embarazo se debe principalmente a las demandas de la circulación útero-placentario; el volumen de esta circulación aumenta de manera muy marcada, y la circulación dentro del espacio intervelloso actúa casi como una derivación arteriovenosa. A medida que la placenta y el feto se desarrollan, el flujo del útero debe aumentar 1 L/min (20% del gasto cardíaco normal) en el momento del parto. El incremento de las necesidades de la piel (para regular la temperatura) y los riñones (para excretar los desechos fetales) es responsable de parte del aumento del gasto cardíaco.

Para incrementar el gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca aumenta de los 70 latidos hasta 90 latidos/min, y el volumen corriente se eleva. Durante el segundo trimestre, en general la tensión arterial cae (y la presión diferencial se amplía), aunque el gasto cardíaco y los niveles de renina y angiotensina aumentan, porque la circulación útero-placentaria se expande (el espacio intervelloso placentario se desarrolla) y la resistencia vascular sistémica se reduce. La resistencia disminuye porque la viscosidad y la sensibilidad de la angiotensina se reducen. Durante el tercer

trimestre, la tensión arterial puede regresar a la normal. Con los gemelos, el gasto cardíaco aumenta más y la tensión arterial diastólica es más baja para las 20 semanas en comparación con los embarazos únicos.

El ejercicio aumenta el gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca, el consumo de O₂ y el volumen/min respiratorio más durante el embarazo que en otro momento.

La circulación híperdinámica del embarazo aumenta la frecuencia del murmullo funcional y se acentúan los ruidos cardíacos. Los rayos X o el ECG pueden mostrar un desplazamiento cardíaco en la posición horizontal, rotando hacia la izquierda, y aumenta el diámetro transverso. Los latidos prematuros auriculares y ventriculares son comunes durante el embarazo. Todos estos cambios son normales y no deben diagnosticarse erróneamente como trastornos cardíacos; en general, se manejan con sólo tranquilizar a la paciente. Sin embargo, la taquicardia paroxística auricular aparece con más frecuencia en las mujeres embarazadas y puede requerir la digitalización profiláctica u otros agentes anti arrítmicos. El embarazo no afecta las indicaciones ni la seguridad de la cardioversión.

Hematológico

El volumen total de sangre aumenta proporcionalmente con el gasto cardíaco, pero el incremento en el volumen plasmático es mayor (cerca del 50%, en general unos 1.600 mL para un total de 5.200 mL) que el de la masa de glóbulos rojos (un 25%); por lo tanto, la hemoglobina disminuye por dilución, alrededor de 13,3 a 12,1 g/dL. Esta anemia por dilución disminuye la viscosidad sanguínea. En el caso de gemelos, el volumen sanguíneo total materno aumenta más (cerca del 60%).

El recuento de blancos aumenta ligeramente de 9.000 a 12.000/ μ L. Durante el trabajo de parto y en los primeros días del posparto, se produce una leucocitosis marcada (\geq 20.000/ μ L).

Los requerimientos de hierro aumentan un total de 1 g durante todo el embarazo y son mayores en la segunda mitad de éste (6 a 7 mg/día). El feto y la placenta utilizan unos 300 mg de hierro, y el aumento de la masa de eritrocitos maternos requiere unos 500 mg adicionales. La excreción es de alrededor de 200 mg. Se necesitan

suplementos de hierro para evitar una mayor disminución de los niveles de hemoglobina, porque la cantidad absorbida de la dieta y las reservas de hierro (promedio total de 300 a 500 mg) son en general insuficientes para cumplir con las demandas del embarazo.

Aparato urinario

Los cambios en la función renal van de la mano con los de la cardíaca. La tasa de filtración glomerular aumenta del 30 al 50%, alcanza el máximo entre las semanas 16 y 24 de la gestación y permanece en ese nivel hasta el momento del parto, cuando puede disminuir ligeramente debido a la presión ejercida sobre la vena cava que, a menudo, produce una estasis venosa en las extremidades inferiores. El flujo plasmático renal aumenta en proporción con la tasa de filtración glomerular. Como resultado, el nitrógeno ureico plasmático disminuye, en general a < 10 mg/dL ($< 3,6$ mmol urea/L), y los niveles de creatinina se reducen proporcionalmente en 0,5 a 0,7 mg/dL (44 a 62 μ mol/L). La marcada dilatación de los uréteres (hidrouréter) es causada por las influencias hormonales (predominantemente, progesterona) y por reflujo debido a la presión del útero agrandado sobre los uréteres, lo que también puede causar hidronefrosis. En el posparto, el sistema colector urinario puede necesitar hasta 12 semanas para normalizarse.

Los cambios posturales afectan la función renal más durante el embarazo que en cualquier otro momento; o sea que la posición supina aumenta más la función renal, y las posiciones de pie disminuyen más la función renal. La función renal también aumenta marcadamente en la posición lateral, particularmente al acostarse del lado izquierdo; esta posición alivia la presión del útero agrandado sobre los grandes vasos cuando la mujer se acuesta. El aumento posicional de la función renal es una de las razones por las que la mujer embarazada necesita orinar con frecuencia cuando se acuesta para dormir.

Respiratorio

En parte, la función pulmonar cambia porque la progesterona aumenta y en parte, porque el útero agrandado interfiere con la expansión pulmonar. La progesterona estimula al cerebro para disminuir los niveles de CO₂. Para reducir los niveles de CO₂, el volumen corriente, el volumen minuto y la frecuencia respiratoria aumentan, con lo que se incrementa el pH plasmático. El consumo de O₂ se eleva un 20% para satisfacer el aumento de las necesidades metabólicas del feto, la placenta y varios órganos maternos. Las reservas inspiratoria y espiratoria, el volumen residual y la capacidad vital y la Pco₂ plasmática disminuyen. La capacidad vital y la Po₂ plasmática no cambian. La circunferencia torácica aumenta unos 10 cm.

Se produce una hiperemia considerable y edema del tracto respiratorio. A veces se produce una obstrucción nasofaríngea sintomática y congestión nasal, las trompas de Eustaquio se bloquean transitoriamente y el tono y la calidad de la voz cambian. Una disnea leve durante el ejercicio es común, y las respiraciones profundas son más frecuentes.

Aparato digestivo y hepatobiliar

A medida que el embarazo progresa, la presión del útero agrandado sobre el recto y la porción baja del colon puede provocar estreñimiento. La motilidad gastrointestinal disminuye porque la elevación en los niveles de progesterona relaja el músculo liso. La pirosis y los eructos son comunes, posiblemente producto del retraso en el vaciado gástrico y el reflujo gastroesofágico por relajación del esfínter esofágico inferior y del hiato diafragmático. La producción de HCl disminuye; de esta forma, la úlcera gástrica es poco común durante el embarazo, y las úlceras preexistentes a menudo se vuelven menos graves.

La incidencia de trastornos vesiculares aumenta un poco. El embarazo afecta sutilmente la función hepática, en especial el transporte de bilis. Los valores de los estudios de función hepática de rutina son normales, excepto los niveles de fosfatasa alcalina, que aumenta progresivamente durante el tercer trimestre y puede ser 2 o 3 veces el normal en el momento del parto; el incremento se debe a la producción placentaria de esta enzima más que a una disfunción hepática.

Endocrino

El embarazo altera la función de la mayoría de las glándulas endocrinas, en parte porque la placenta produce hormonas y, además, porque la mayoría de las hormonas circulan unidas a proteínas y la unión a proteínas aumenta durante el embarazo.

La placenta también produce la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG), una hormona trófica que, como las hormonas folículo estimulante y luteinizante, mantiene el cuerpo lúteo y por lo tanto evita la ovulación. Los niveles de estrógeno y progesterona aumentan temprano durante el embarazo debido a que la beta-hCG estimula los ovarios para que las produzca en forma continua. Después de las 9 o 10 semanas de edad gestacional, la placenta propiamente dicha produce grandes cantidades de estrógenos y progesterona para mantener el embarazo.

La placenta produce una hormona (similar a la hormona tiroestimulante) que estimula la tiroides y provoca hiperplasia, aumento de la vascularización y un moderado agrandamiento. Los estrógenos estimulan a los hepatocitos y aumentan los niveles de globulinas de unión de las hormonas tiroideas; así, aunque los niveles totales de tiroxina pueden aumentar, los de las hormonas tiroideas libres permanecen normales. Los efectos de la hormona tiroidea tienden a aumentar y pueden imitar un hipertiroidismo, con taquicardia, palpitaciones, sudoración excesiva e inestabilidad emocional. Sin embargo, el hipertiroidismo verdadero sólo se produce en el 0,08% de los embarazos.

La placenta produce hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la producción materna de ACTH. Esto aumenta los niveles de hormonas suprarrenales, en especial de aldosterona y cortisol, lo que contribuye con el edema. El incremento en la producción de corticosteroides y la elevada producción placentaria de progesterona producen resistencia a la insulina y un aumento de la necesidad de insulina, al igual que el estrés del embarazo y, posiblemente, el aumento en los niveles de la hormona lactógeno placentaria humana. La insulina, producida por la placenta, también puede aumentar los requerimientos de insulina;

por eso muchas mujeres con diabetes gestacional desarrollan formas más floridas de diabetes.

La placenta produce hormona melanocito estimulante (MSH), que aumenta la pigmentación cutánea tardía en el embarazo.

La glándula hipófisis se agranda un 135% durante el embarazo. Los niveles maternos de prolactina aumentan 10 veces. El incremento de la prolactina se asocia con un aumento de la producción de hormona liberadora de tirotrópina, estimulada por los estrógenos. La función primaria del aumento de la prolactina es asegurar la lactancia. Los niveles vuelven a la normal en el posparto, aunque la mujer esté amamantando.

Dermatológica

El aumento de los niveles de estrógenos, progesterona y MSH contribuye con los cambios de pigmentación, aunque la patogenia exacta se desconoce. Estos cambios incluyen:

- Melasma (cloasma, máscara del embarazo), que es la pigmentación marrón en forma de manchas en la frente y las eminencias malares
- El oscurecimiento de las areolas mamarias, las axilas y los genitales
- Línea negra, una línea oscura que desciende en la línea media del abdomen
- Aumenta la incidencia de las angiomas aracniformes (telangiectasiasaracnoideas), en general solo encima de la cintura, y de capilares dilatados de paredes delgadas, en especial en las piernas.

Signos y síntomas del embarazo:

El embarazo puede hacer que las mamas se agranden debido a un aumento de los niveles de estrógenos (principalmente) y de progesterona (una extensión de la ingurgitación mamaria premenstrual). Las náuseas, y a veces los vómitos, pueden aparecer debido al incremento de los niveles de estrógenos y la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) por las células sincitiales de la placenta, que comienza 10 días después de la fertilización. El cuerpo lúteo en el

ovario, estimulado por la beta-hCG, sigue secretando grandes cantidades de estrógenos y progesterona para mantener el embarazo. Muchas mujeres pueden cansarse en este punto, y algunas notan cierta distensión abdominal.

En general, comienzan a sentir los movimientos fetales entre las semanas 16 y 20.

Durante el final del embarazo, el edema de las extremidades inferiores y las venas varicosas son comunes; la causa principal es la compresión de la vena cava inferior por el útero aumentado de tamaño.

Los hallazgos del examen pelviano incluyen un cuello más blando y un útero más grande y también blando. En general, el cuello tiene un tinte azulado a violáceo, probablemente debido a que la irrigación uterina aumenta. Alrededor de las 12 semanas de gestación, el útero se extiende por encima de la pelvis ósea hacia el abdomen; a las 20 semanas alcanza el ombligo, y para la semana 36, el borde superior casi alcanza la apófisis xifoides.

Diagnóstico:

Prueba urinaria de beta-hCG .En general, se usan análisis de orina y a veces de sangre para confirmar o excluir el embarazo; usualmente, los resultados son precisos varios días antes de la ausencia del período menstrual y a menudo unos pocos días después de la concepción.

Los niveles de beta-hCG, que se correlacionan con la edad gestacional en los embarazos normales, pueden usarse para determinar si el feto está creciendo normalmente. El mejor abordaje es comparar 2 valores de beta-hCG sérica, obtenidos con 48 a 72 horas de separación en el mismo laboratorio. En un embarazo normal único, los niveles de beta-hCG se duplican cada 1,4 a 2,1 durante los primeros 60 días (7,5 semanas), luego comienzan a disminuir entre las semanas 10 y 18. La duplicación regular de los niveles de beta-hCG durante el primer trimestre sugiere un crecimiento normal.

Presencia de un saco gestacional en el útero, en general visto con la ecografía alrededor de las semanas 4 a 5 y que con frecuencia se corresponde con niveles

de beta-hCG sérica de 1.500 mIU/mL (es usual que pueda verse un saco vitelino en el saco gestacional en la semana 5)

Movimientos cardíacos fetales, vistos con ecografía en tiempo real ya entre las semanas 5 y 6

Sonidos cardíacos fetales, oídos con ecografía Doppler ya entre las semanas 8 y 10 si el útero es accesible por vía abdominal

El médico puede sentir los movimientos fetales durante el examen después de la semana 20.

Cuidados en el embarazo:

- El modelo de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos recomendado para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención.
- El asesoramiento sobre los hábitos de alimentación saludables y el mantenimiento de la actividad física durante el embarazo.
- La administración diaria por vía oral a las embarazadas de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro.
- La vacunación con anatoxina tetánica para todas las embarazadas, en función de su exposición anterior a esta vacuna, para prevenir la mortalidad neonatal a causa del tétanos.
- La realización de una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía temprana) para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del embarazo en las mujeres.

- La obtención de información de la embarazada sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual) lo antes posible en el embarazo y en cada visita prenatal.

Fases del embarazo

El embarazo lo dividimos por trimestres, porque cada uno de ellos tiene sus connotaciones diferentes:

- El primer trimestre, los tres primeros meses o contando en semanas desde la concepción hasta la semana 13-14, es el que más riesgo tiene de pérdidas de embarazo, abortos espontáneos que son frecuentes en este trimestre pues son embarazos fruto de embriones con algún defecto cromosómico o anatómico que no le permite seguir desarrollándose con normalidad más allá de las primeras semanas. Es el periodo en el que se formarán todos los órganos fetales, que estarán completos al finalizar este trimestre. También asociamos esta franja del embarazo con la más incómoda para la gestante, pues es durante estas primeras etapas en las que se manifiestan las náuseas y vómitos del embarazo.
- Segundo trimestre es el periodo central, de transición, desde la 13-14 a la 26-28 semanas, durante el cual el feto básicamente crece y gana peso, la formación de todos sus órganos se ha completado durante el primer trimestre, la madre se encuentra mejor de la sintomatología inicial y todavía no acusa las molestias del final de embarazo.
- El tercer trimestre son las últimas semanas, en las que el feto ya ha adquirido un considerable peso y volumen responsable de las molestias que refieren las gestantes por el hecho de acarrear ese peso con ellas. Durante este periodo el feto madura sus órganos para que se puedan adaptar a la vida exterior, dejará de alimentarse y respirar por el cordón umbilical para hacerlo directamente por vía oral y respiratoria. Es el periodo a partir del cual el feto es viable en el exterior, por lo que se aconseja no hacer grandes viajes ni actividad física intensa.

4.2 Cambios en el embarazo mes con mes

Primer mes de embarazo

Es prácticamente imposible detectar con exactitud cuándo ocurre la fecundación que da inicio al embarazo. Por ello, se suele tomar como referencia el día en que bajó la última regla. Por tanto, la primera semana de gestación sería la última semana de menstruación.

La segunda semana da paso a la selección folicular, donde un conjunto de folículos elegidos empezarán a crecer, aunque, finalmente, solo será uno el seleccionado.

Más tarde, en la tercera semana del proceso, el ovocito sale del folículo que lo contenía y viaja por las trompas de Falopio. Esto es lo que conocemos como ovulación. Aquí, será fecundado por el espermatozoide y continuará su desarrollo ahora ya como cigoto (una célula) y, posteriormente, como embrión.

Segundo mes de embarazo

En este segundo mes se originan la médula espinal, el cerebro, el corazón, el intestino y la piel. También empiezan a formarse los ojos, las orejas, la nariz y el labio superior de la boca. Es un mes de mucha evolución en el que el embrión empieza a adquirir forma humana con todo lo que ello conlleva.

Tercer mes de embarazo

A partir de este mes, finaliza el periodo de embrión y éste pasa a denominarse feto. En el tercer mes de embarazo, el futuro bebé ya tiene desarrollados todos sus órganos, aunque, por el momento, no están formados del todo. Falta que maduren y acaben de evolucionar correctamente. A pesar de que se irán definiendo también los genitales, aún es pronto para poder determinar con exactitud el sexo del bebé.

A lo largo de estas 4 semanas, el feto crece hasta los 7 cm y llegará a pesar unos 15-20 gramos aproximadamente.

El movimiento del futuro bebé a lo largo de este mes es bastante intenso: dobla los dedos, frunce el ceño, patalea, aprieta los labios, etc. Es importante conocer esta inquietud del feto para no alarmarse cuando los movimientos se intensifiquen. No

es motivo de preocupación, sino más bien al contrario: esta movilidad que expresa el bebé es una prueba más de que está vivo y de que todo evoluciona correctamente.

A final de este mes, se reducen los molestos síntomas causados por la hormona beta-hCG, como las náuseas o vómitos, pues los niveles de esta hormona se estabilizan.

Este mes ofrece calma y tranquilidad a los futuros padres, puesto que pasados los tres meses se considera superado el riesgo de aborto natural. A partir de ahora, no deberían surgir problemas alarmantes.

En esta fase, se intensifican todavía más las conexiones entre madre y feto, hecho que aumenta la atención que se le presta a la alimentación y el estilo de vida, ya que todo esto afectará directamente al futuro ser.

Cuarto mes de embarazo

En este mes, el feto se cubre de lanugo, un vello muy fino que recubre la piel cuando el cuerpo no tiene suficiente grasa, de modo que actúa de conservador del calor corporal.

Se forman las cuerdas vocales, aunque éstas no serán utilizadas por el bebé hasta su nacimiento, de ahí que al nacer los niños lloren, e incluso se les provoque llorar, para comprobar que las cuerdas vocales funcionan y que el recién nacido responde a los estímulos.

En esta fase, los ojos del feto son particularmente grandes, aunque los mantiene cerrados. Están muy separados entre sí, pero la cara ya está bien definida y se puede distinguir perfectamente el cuello que separa la cabeza del resto del cuerpo. Los dientes empiezan a brotar, aunque es solo el principio de este proceso. El oído externo se desplaza hacia arriba.

Al empezar a formársele la cara, sus músculos son capaces de realizar el movimiento de succionar y, por eso, el bebé puede chuparse el dedo. Un gesto que suelen repetir durante sus primeros años de vida.

El tamaño del feto al inicio de este mes es de 8,5 cm de longitud y puede llegar a desarrollarse hasta los 18 cm. Su peso será de unos 150-170 g. Aparecen los pliegues epidérmicos en la palma de las manos y en los dedos: el nuevo ser ya posee una huella dactilar.

Además, en este mes, el bebé empieza a expulsar orina, la cual se entremezcla con el líquido amniótico. Las funciones de sus glándulas sudoríparas y sebáceas empiezan a desarrollarse. El intestino comienza a llenarse de una sustancia espesa secretada por el hígado y denominada meconio.

Quinto mes de embarazo

Las cavidades cardíacas están delimitadas y el corazón ya late con fuerza. Otros cambios importantes también se dan en este período, en el que se desarrollan los sentidos, como el gusto, a raíz del desarrollo de las papilas gustativas. Además, empieza a percibir sonidos y luces.

Al final de este mes, el bebé puede llegar hasta los 22-25 centímetros aproximadamente

El feto se mueve mucho más y con más energía. Esto se debe a que el bebé se encaja mejor en la pelvis cuando estás de pie. Por esta razón, sentirás como si estuviese dormido, porque sus movimientos disminuyen considerablemente, mientras que aumentan cuando estás en posición horizontal.

En las últimas semanas de este quinto mes de embarazo, se crea la segunda capa de dientes. Los dientes de leche ya se han formado dentro de los alvéolos dentarios. En el cerebro, se crean millones de neuronas y éste ya es prácticamente igual a como será cuando se complete su formación y una vez haya nacido.

Sexto mes de embarazo

Respecto al pelo del futuro bebé, se le han creado ya las cejas, el cabello y las pestañas. También se le forman los músculos y, gracias a eso y a la longitud del cordón umbilical, puede moverse con más energía que hasta el momento.

La evolución del bebé pasa por medir de 27 cm a 32 cm aproximadamente, y de pesar cerca de 450 gramos hasta unos 750-1000 gramos. Se pueden palpar las diversas partes del cuerpo del pequeño a través de tu pared abdominal.

La piel del bebé empieza a volverse opaca, cogiendo consistencia. El bebé puede abrir y cerrar los ojos, además de hacer gestos como sacar la lengua. Las proporciones del cuerpo empiezan a igualarse en relación a su cabeza. Cada vez está mejor formado y se parece más al futuro recién nacido. Se termina el segundo trimestre y el estado de gestación ya se evidencia.

Séptimo mes de embarazo

Empieza el último trimestre de embarazo. El desarrollo fetal es ya avanzado. El parto se acerca. Es normal sentir mayor cansancio y pesadez. Además, te costará más dormir, hacer ciertos movimientos como atarte los cordones o agacharte a recoger cosas del suelo. Es probable que los pies y tobillos se te hinchen.

En este periodo, se desarrollan los pulmones y el esqueleto se hace más consistente. Además, la grasa ya empieza a acumularse en su cuerpo, lo que le permitirá controlar la temperatura tras el nacimiento.

La cantidad de pelo empieza a disminuir y el lanugo que cubre su cuerpo desaparece.

En este mes la longitud del feto va de 33 cm a 38 cm aproximadamente, y puede llegar a pesar hasta unos 1.100-1300 gramos.

Debido a este aumento considerable de peso y longitud, los movimientos del bebé empiezan a ser más limitados. Está más presionado contra tu vejiga, por lo que no solo lo notarás en los movimientos del feto, sino también en tus frecuentes ganas de orinar.

Se pigmenta el iris del ojo y la piel. La pigmentación se produce gracias a unas células denominadas melanocitos que producen melanina.

Octavo mes de embarazo

El bebé sigue perdiendo el lanugo y aumentando de peso y tamaño, por lo que también se siguen limitando sus movimientos y, al mismo tiempo, no deja de presionar, cada vez más, tu vejiga. A lo largo de este mes, alcanzará cerca del 50% del peso total que alcanza en todo el embarazo.

Los pulmones del bebé están casi desarrollados y eso también implica que ocupen más espacio, por lo que, además de sentirte pesada, también lo notarás a la hora de irte a la cama. Será normal que te cueste más dormir, ya que tus movimientos, al igual que los del bebé, empezarán a ser más limitados y difíciles.

Además de la luz y el sonido, que ya se habían desarrollado, a lo largo de este mes se crean también las neuronas olfativas, signo de que el cerebro tampoco deja de evolucionar. Empiezan los primeros hipos del bebé. La causa es que está tragando líquido amniótico, algo que al mismo tiempo provoca como consecuencia movimientos espasmódicos.

El cansancio durante este último período también es bastante normal. Esto ocurre no solo por el aumento de peso, que suele fatigar mucho, sino porque tu útero se ha ensanchado de tal manera que te presiona el costado y esto dificulta la respiración.

Noveno mes de embarazo

El bebé desciende en la pelvis y la cabeza empieza a acoplarse en ella. El estómago y el intestino ya funcionan. Su piel ya no está arrugada y es más suave debido a las células de grasa que ya se han formado debajo de ella. El color de la piel ya no es tan rojo, sino que empieza a sonrojarse y se asemeja más al color definitivo que tendrá en el momento del parto.

Al finalizar este mes, el feto debe medir cerca de 43 cm y su peso aumenta en este periodo desde alrededor de 1.980 g hasta unos 2.730 g de media.

Ahora sientes los movimientos más bruscos, como si fuesen patadas, ya que el bebé tiene muy poco espacio para moverse. La cabeza se desplazará durante estas semanas hacia abajo, preparándose para el parto, y podrás distinguir perfectamente

entre un pie, la espalda o una mano. Las uñas ya han crecido hasta cubrir la totalidad de sus dedos.

El final del embarazo

En esta última etapa del periodo de gestación, el bebé tiene las uñas más largas incluso de lo que miden sus deditos, tanto de las manos como de los pies, por lo que puede rascarse e incluso arañarse a sí mismo.

Sus órganos son completamente autónomos y está listo para salir de la placenta y del vientre de su madre. El útero será el encargado de ejercer la fuerza y presión necesarias para que se produzca el parto.

El bebé mide entre 45 cm y 55 cm, y pesa una media de entre 2.520 y 3.670 g.

4.3 Estoy embarazada asimilación de la noticia

En la actualidad las parejas se encuentran más preparadas a la hora de tomar la decisión de tener un hijo y cuando llega el momento de recibir la noticia de un embarazo lo toman con la tranquilidad y alegría.

4.4 Apoyo de la pareja

Ante estos cambios la mujer necesitara el ánimo de pareja la cual aliviara esos miedos y dudas. Si la pareja es inexistente o no le interesa en lo más mínimo todos estos cambios, la mujer se sentirá abandonada en esta nueva situación y deberá enfrentarse sola a todos los cambios.

En este sentido debemos tener en cuenta que el hombre tiene que adaptarse a la nueva situación y también es posible que aparezcan dudas e inseguridades que le hagan apartarse de su mujer y refugiarse en el trabajo. Ambos miembros de la pareja deberán compartir inquietudes y dudas sobre cualquier aspecto que le preocupen.

De esta forma podrían desarrollarse una mayor empatía y de esta forma entenderse mejor el punto de vista de la otra persona.

Este es otro aspecto que puede provocar una gran situación de estrés y preocupación en la embarazada.

En ocasiones la pareja es incapaz de averiguar las necesidades de su pareja y no actuara hasta que ella no se las haga ver.

La mujer embarazada no debe esperar a que su pareja reaccione y la mime, debe pedírselo, porque lo más seguro es que tenga tanto miedo como ella.

4.5 El apoyo de la familia

La pareja y la familia deben ofrecer apoyo y compañía a la futura madre para un hecho trascendental: el embarazo.

Esta preocupación no solo incluye a la pareja o a la embarazada si no a su entorno familiar., es decir, demás hijos (si los tiene) abuelos, suegros, e inclusiva amigos y amigas.

4.6 La ilusión de la llegada

El nacimiento de un bebé es un gran acontecimiento para la familia, pero si además es la llegada del primer hijo es toda una revolución, pues cambia totalmente la vida de la pareja.

Significa el paso de ser dos a tres, de ser una pareja a ser una familia. Las prioridades cambian. Nada volverá a ser como antes. Desde el mismo momento en que la pareja se entera que está esperando su primer hijo se produce una avalancha de sentimientos, entre ilusión, alegría, emoción pero también de cierto temor ante la nueva responsabilidad de ser padres.

La llegada del primer bebé implica un cambio radical. Supone empezar a pensar en la vida junto a él, preparar el hogar para acogerle, prepararse los padres para criarlo, y asumir su nuevo rol de padres primerizos.

La confirmación del embarazo marca el comienzo de la nueva vida. Es recibida con gran alegría, y cada quien comparte la noticia con familiares y amigos en el momento que cree más conveniente. Hay quienes ante la emoción desbordada lo

anuncian enseguida y quienes prefieren esperar a que pasen las primeras semanas para dar la noticia.

4.7 La paciente durante el trabajo de parto

El trabajo de parto es la culminación del embarazo, que tiene como objetivo expulsión del bebe a través del canal del parto, este es el momento más esperado por la madre porque por fin vera por primera vez a su bebe, aunque por otro lado existe el temor a que si todo saldrá bien.

En esos momentos lo más importante para la madre es que él bebe nazca sano, pero que sucede cuando algo sale mal y el trabajo de parto se complica, la situación es estresante tanto para la mama y el equipo médico, ya que en esos momentos lo más importante es poder sacar al bebe vivo.

Nacimiento de un hijo:

Nacimiento es una palabra que abarca todo lo comprendido al final de un embarazo, cuando una especie del sexo femenino o hembra da a luz la criatura que se estuvo desarrollando en un tiempo determinado de gestación. Es cuando la mujer luego de nueve meses alumbró a un bebe que tenía en su vientre materno. Este proceso se le llama nacer.

Un nacimiento natural supone tres esenciales etapas en las que se manifiesta todas las características de un parto normal: La primera etapa comprende todo lo relacionado a las contracciones y dolores hasta llegar a la dilatación del cuello uterino. La segunda parte y más importante por supuesto es el descenso del bebe, esto puede ser de dos maneras, en caso que no se presenten las condiciones estándar de un parto natural se procede a la preparación de una cesárea la cual es sacar al niño por medio de una incisión en el vientre. Una cirugía que no produce mayor dolor que el parto materno. La tercera y última se refiere a la extracción de la placenta y todos los residuos que quedan en el útero, esta limpieza debe hacerse con cuidado pero completa a fin de evitar males externos a causa de una infección.

La palabra Nacimiento se puede asociar como un sinónimo de la palabra comienzo, el comienzo de una vida, por lo que también se le puede utilizar por ejemplo cuando se inaugura algún negocio. El Nacimiento de un Río es el punto de salida del agua que recorrerá un trayecto determinado.

Nacimiento de mi primer hijo:

El nacimiento de un bebé es un gran acontecimiento para la familia, pero si además es la llegada del primer hijo es toda una revolución, pues cambia totalmente la vida de la pareja.

Significa el paso de ser dos a tres, de ser una pareja a ser una familia. Las prioridades cambian. Nada volverá a ser como antes. Desde el mismo momento en que la pareja se entera que está esperando su primer hijo se produce una avalancha de sentimientos, entre ilusión, alegría, emoción pero también de cierto temor ante la nueva responsabilidad de ser padres.

La llegada del primer bebé implica un cambio radical. Supone empezar a pensar en la vida junto a él, preparar el hogar para acogerle, prepararse los padres para criarlo, y asumir su nuevo rol de padres primerizos.

La espera del primer hijo:

La confirmación del embarazo marca el comienzo de la nueva vida. Es recibida con gran alegría, y cada quien comparte la noticia con familiares y amigos en el momento que cree más conveniente. Hay quienes ante la emoción desbordada lo anuncian enseguida y quienes prefieren esperar a que pasen las primeras semanas para dar la noticia.

Junto con los primeros signos de embarazo y los cambios físicos que se van produciendo en la mujer es lógico que aparezcan las dudas. “¿Seré capaz de cuidar a un bebé?”, “¿Saldará todo bien?”. A ello se empiezan a sumar los preparativos para la llegada del bebé y los consejos de los conocidos, aunque no se hayan pedido, sobre la crianza de los hijos.

Los nueve meses de embarazo son necesarios para que el bebé se desarrolle en el vientre materno, pero también para que los padres se vayan adaptando a la nueva situación y a la vida que les espera. La pareja va evolucionando a medida que lo hace el embarazo, y lo continuará haciendo a lo largo de la vida.

La llegada de un hijo une a la pareja (o no):

El nacimiento de un hijo es la expresión máxima del amor entre dos personas, sin embargo no siempre es todo color de rosa. Hay parejas que creen que la llegada de un bebé servirá para unirse, para recuperar el amor perdido, para resolver los problemas de la pareja, pero el bebé no arreglará la crisis si existen asuntos previos, que a la corta o a la larga volverán a aparecer. Si hay problemas graves en la pareja, por el bien del bebé, lo mejor es buscar ayuda profesional.

Ser padres es una experiencia maravillosa, pero aun así hay parejas que se desequilibran ante la noticia de la llegada del primer hijo y se destapa la caja de los truenos. Comienzan las tensiones, las discusiones sobre el cuidado del bebé, sobre la educación que se le dará, sobre quién resignará su trabajo por cuidar al bebé, y otras cuestiones que pueden plantear conflictos entre los futuros papás.

Lo mejor es hablar tranquilamente entre los dos sobre todo lo que pueda generar tensiones. El embarazo es un buen momento para expresar cómo nos sentimos, qué sentimientos provoca la llegada del bebé, así como las dudas o temores que genera.

Durante el embarazo, es fundamental que ambos se sientan felices y plenos, pues esa felicidad repercute en la salud de la madre y en la del bebé que se está gestando. La espera del primer hijo es única, como la de cada hijo, pero esta es especial pues no hay más hijos a los que cuidar, así que disfrutadlo a pleno. Es el momento de preparar su llegada, elegir el nombre y hacer todo aquello que queréis hacer “solos”.

Cambio para los abuelos:

La llegada de un bebé supone un nuevo estilo de vida para los padres, pero también para los abuelos, especialmente si además es también el primer nieto, pues ellos también se estrenan como abuelos.

Todas las expectativas se depositan en el recién nacido que ha venido a dar un cambio radical en la vida de los padres y de los padres de éstos.

Es normal que los abuelos se ofrezcan a echar una mano, ofrecimiento que suele aceptarse de buen grado por los padres, porque una ayuda viene muy bien y porque la relación nieto-abuelo es muy positiva para ambas partes. Lo que sucede es que en ocasiones los abuelos se entrometen demasiado creando un malestar entre los padres que no saben muy bien cómo actuar.

La comunicación con los abuelos en estos casos es imprescindible para llegar a un entendimiento sobre lo que los padres quieren y no quieren con respecto a la crianza del niño.

Cuidados del neonato:

Concepto: Cuidado es la acción de cuidar preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

Cuidados médicos que recibe el bebé en el parto:

- Contacto piel con piel

Si el bebé comienza el llanto y tiene buen tono, se pone encima de la madre para favorecer el contacto piel con piel y comenzar el amamantamiento

- Limpieza de nariz y boca

Tradicionalmente, y aún sigue siendo así en muchas maternidades y hospitales, el ginecólogo o la matrona limpia con suavidad la boquita del recién nacido para eliminar las secreciones bucofaríngeas, es decir, flemas y mocos, y ayudarle a tomar su Corte del cordón umbilical

- Pinzamiento de cordón umbilical

El ginecólogo o la matrona primero lo pinzará con un instrumento quirúrgico (aún no le colocarán la pinza de plástico) y luego romperá el nexo que los ha mantenido unidos. Los únicos procedimientos que se realizarán al recién nacido durante este tiempo de contacto piel con piel, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar. La correcta identificación del recién nacido tras su nacimiento es necesaria desde el momento de la ligadura del cordón umbilical

- Test de Apgar

Es la prueba clínica que mide la vitalidad del recién nacido en sus primeros minutos de existencia. Lo que el neonatólogo valora son cinco valores del bebé. Su tono muscular, el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, la respuesta a los estímulos externos y la coloración de la piel.s primeras bocanadas de oxígeno.

- Peso y medida del bebé

Luego se le pesa y mide y se toma las medidas del perímetro cefálico del recién nacido.

- Vitamina K inyectada y colirio.

También se administra una profilaxis de vitamina K intramuscular para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, que puede provocar sangrados graves en algunos casos También se le aplica un colirio en los ojitos para prevenir la infección ocular gonocócica, que puede contraer al pasar por el canal del parto.

- Lavado de recién nacido.

Los bebés nacen un poco sucios pero hoy no se les lava. En las primeras horas de vida la limpieza debe ser superficial y en todo caso no debe interferir con el contacto piel con piel con la madre El neonato se coloca sobre el abdomen o el pecho de la madre en decúbito prono y se seca y estimula con toallas precalentadas para evitar la pérdida de calor.

Cuidados de enfermería en el recién nacido:

Apoyar a la madre y al niño para que la adaptación a la vida extrauterina sea adecuada.

- Establecer y mantener la respiración: Se limpia con una gasa estéril la boca y secreciones orofaríngeas para que empiece a respirar y si no se le estimula frotándole la espalda o en las plantas de los pies. Utilizaremos oxigenoterapia con mascarilla que cubra boca y nariz sino ha comenzado a respirar espontáneamente.
- Estabilizar la temperatura: Evitar el enfriamiento secando al recién nacido con una toalla caliente para que no pierda calor. Además, se puede colocar cerca de una estufa para que le proporcione calor.
- Examen clínico inicial: El test de Apgar es el método para valorar como se adapta el recién nacido a la vida extrauterina. Se valoran cinco parámetros: frecuencia cardíaca respiración tono muscular deprimido, flácido, extremidades algo flexionadas, movimiento activo de miembros respuesta a estímulos ausente, muecatos o estornudo, llanto y color: azulado, pálido/cuerpo rosado y extremidades cianóticas, rosado completamente. Una puntuación entre 0-3 sería muy grave, entre 4-6 dificultad moderada y entre 7-10 bueno. El test de Apgar se hace al minuto y a los 5 minutos de vida, si vemos que a los 5 minutos no ha llegado a bueno se le vuelve a repetir a los 10 minutos.
- Ligadura del cordón umbilical: Se corta cuando el cordón deja de latir. Si la madre ha estado anestesiada se corta a los 15 segundos. Se ponen dos pinzas en el cordón, una hacia la madre y otra hacia el niño y se corta en el centro. A unos cuatro centímetros de la pared abdominal aproximadamente se le pone la pinza al niño. Se cubre el muñón umbilical con una gasa impregnada en alcohol o en alguna solución antiséptica, nunca povidona yodada. Cuando cortamos observaremos que tenga las dos arterias y una vena.

- Peso, talla y perímetro craneal. Según el peso el recién nacido puede ser microsómico: < 2500 gr, normosómico: 2501-4250 gr, macrosómico >4250 gr. El peso medio suele ser 3500 gr. El 95% de los recién nacidos pesa entre 2500-4250 gr. El peso va a estar influenciado por la edad gestacional, nutrición de la madre, enfermedad de la madre que pueda repercutir en la función placentaria, raza y sexo. Se produce una pérdida fisiológica entre el tercer y quinto día de vida. Entre el octavo y décimo día de vida el peso es el mismo que al nacer. Al mes la ganancia es de 200-250 gr por semana. La talla se mide en decúbito supino desde el vértice craneal hasta el talón y la media es de 51 cm. El 95% de los recién nacidos miden entre 46-56 cm. Es importante saber cuánto mide el niño cuando nace para ver cómo va creciendo. El perímetro craneal se mide entre el segundo y cuarto día de vida. Se mide por la frente, encima de las orejas y occipucio, suele estar entre 33-37 cm.
- Identificación: Hay que identificarlo con una pulserita al niño y otra a la madre. En algunos centros se toman las huellas digitales de la madre y plantares del niño.
- Evitar infecciones: Todo lo que esté en contacto con el niño estéril o lo más limpio posible.
- Inspección general buscando anomalías: Miraremos el paladar, posibles fracturas de clavícula (sobre todo en niños grandes), luxaciones de cadera (mediante las maniobras de Ortollani), anomalías en los pies.

Cuidados de enfermería en sala de cunas:

Confirmar identidad: Verificar pulsera e historia clínica.

Estado del recién nacido: Si ha necesitado reanimación, si se sospecha anomalías, anomalía de vasos, etc.

Historia del trabajo de parto y del parto: Si ha sido con anestesia, si ha necesitado instrumental, etc.

Historia prenatal: Tiempo que ha durado el parto, si la madre fuma, bebe alcohol, drogas, etc.

Valoración del recién nacido: Signos de sufrimiento o de enfermedad, edad gestacional, permeabilidad del ano (comprobar con una sonda si el niño no ha expulsado el meconio)

Constantes vitales: Pulso central o apical (en el quinto espacio intercostal), respiración, temperatura. Se deben tomar cada dos horas o al menos una vez por turno.

Mediciones del recién nacido: Si no se han tomado en paritorio.

Protocolos de la sala de cunas: Profilaxis de enfermedad hemorrágica (se administra primera dosis de vitamina k), oftalmia purulenta (gotas de antibiótico, vacuna de hepatitis B, programa de despistaje de metabolopatías (hipotiroidismo y fenilcetonuria).

Higiene, cura del cordón umbilical, alimentación: Se enseña a los padres como se debe bañar al recién nacido, cura del cordón y las recomendaciones oportunas sobre alimentación.

Cuidados en el hogar del recién nacido:

Valoración de la vivienda y ambiente familiar: Interrelación hijo-madre-padre.

Valoración del recién nacido: Motilidad (como se mueve, como responde), nutrición (si está o no bien nutrido), higiene general (si saben bañar al niño), inspección del ombligo (se necrosa y suele caerse a los siete o diez días) valoraremos la cicatriz si drena, si tiene mal olor, etc.

Proporcionar información: Sobre higiene, baño, ropa, alimentación, evolución y fisiología normal del bebé e importancia de la estimulo terapia inespecífica (acariciarle, hablarle, etc.).

4.8 Muerte

Concepto:

La muerte es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento.

Existen distintos tipos de muerte. Así, en primer lugar, podríamos hablar de la llamada muerte natural que, como su propio nombre indica, es aquella que se produce a consecuencia de la vejez que tiene la persona en cuestión.

Establecer el origen etimológico de la palabra muerte nos lleva a trasladarnos hasta el latín. Y es que en concreto descubrimos que aquella procede del vocablo latino mors, mortis que es el que daría lugar con el paso del tiempo al verbo morir.

Pero, por otro lado, está la llamada muerte violenta que es aquella que experimenta alguien a raíz bien de un traumatismo contundente y de forma fortuita o bien como consecuencia de que otro individuo ha decidido acabar con su vida. Así, alguien muere de muerte violenta cuando es víctima de un asesino u homicida.

El concepto de muerte, de todas maneras, ha variado a lo largo de la historia. En la antigüedad se consideraba que la muerte, como evento, tenía lugar cuando el corazón dejaba de latir y el ser vivo ya no respiraba. Con el avance de la ciencia, la muerte pasó a entenderse como un proceso que, a partir de un cierto momento, se vuelve irreversible.

En la actualidad, una persona puede haber dejado de respirar por sus propios medios y, sin embargo, seguir con vida a través de un respirador artificial. Por otra parte, puede hablarse de muerte cerebral para hacer referencia al cese completo e irreversible de la actividad cerebral.

Más allá de la biología, existe una concepción social y religiosa sobre la muerte. Se suele considerar a la muerte como la separación del cuerpo y el alma. Por lo tanto,

la muerte implicaría el final de la vida física pero no de la existencia. La creencia en la reencarnación también es bastante común.

La muerte de un hijo:

La ley de la vida nos dice que deben ser los hijos quienes entierren a sus padres, por lo cual ningún padre está preparado para que esta relación se invierta.

Según Kubler Ross (2001) la muerte de un hijo es calificada como el dolor más devastador que los padres pueden sentir pero en la madre recae la mayor parte, no hay forma de describir es dolor porque es como si una parte de la vida de la madre se fuera con él, es por eso que el recuperarse de esa pérdida lleva un largo proceso de adaptación.

La madre en esos momentos siente mucha rabia, impotencia y comienza a llegar la culpa con lo que solo se añade más dolor y retraso en el proceso de aceptación.

El dolor es diferente para cada persona, pero es necesario para que se logre superar la pérdida, no existe forma de evitar dolor, solamente viviéndolo.

4.9 Definición de duelo

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida. Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia. En la actualidad se encuentra en discusión el tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como los seres humanos, y en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres.

5.- Duelo

5.1 Concepto

El duelo es el proceso psicológico que se produce tras una pérdida, una ausencia, una muerte o un abandono. Es diferente para cada persona. Se pueden sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

El dolor por la pérdida se puede experimentar no solo por la muerte, sino cada vez que en la vida tenemos una experiencia de interrupción definitiva de algo, de pérdida, de distancia que no podrá ser cubierta. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida, es lo que llamamos elaboración del duelo, que nos conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación.

El duelo se trata de una herida y, por tanto, requiere de un tiempo para su cicatrización.

5.2 Duelo en la madre

Estar en un período de duelo significa tener que reponerse a muchas emociones diferentes, no sólo la de la tristeza y por eso es vital conocer por cual está pasando ella sin juzgarla. Cuando una madre pierde a un hijo escucha muchos consejos, no hay una forma única de afrontar algo así, y es posible que muchas madres no lleguen nunca a afrontarlo si no cuenta con ciertas estrategias que le permitan superarlo.

Muchas veces, la familia o amigos tampoco saben cómo reaccionar y tratan de animar a la persona o tratan de empatizar con ella sin mucho resultado, ya que sólo las personas que han pasado por un proceso similar pueden llegar a estar más próximos a comprenderlo. Lo más importante es estar atento a las necesidades específicas de cada persona y así poder ofrecerles una solución.

5.3 Etapas de duelo:

Negación:

Cuando una persona se entera de la enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia devastadora.

La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor que estamos preparados para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es “Esto no me puede estar pasando a mí”.

En este primer momento, el mundo pierde sentido y nos abruma. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante. No es que estemos negando que la muerte o la pérdida se hayan producido sino que nos invade un sentimiento de incredulidad de que la persona que amamos no la veremos nunca más. Los sentimientos de esta etapa nos protegen brindando a nuestro cuerpo y mente un poco de tiempo para adaptarse a esta nueva realidad sin la persona fallecida. Luego el doliente comienza a sentirse como si lentamente estuviera despertando, recordando lo sucedido progresivamente.

La ira:

Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros pero este enojo se vive con culpa haciéndonos sentir más enojados aún. La frase que podría contener la esencia de esta etapa es “¿Por qué yo? ¡No es justo!”, “¿Cómo puede sucederme esto a mí?” Esta comprensión del “por qué” de las cosas puede ayudarte a encontrar una cierta paz.

Puedes preguntarte, “¿Dónde ha estado Dios cuando me sucedía esto?”, es importante que los familiares y amigos del doliente dejen que éste exprese libremente su ira sin juzgarlo o reprimirlo ya que este enojo no sólo es temporal sino que, principalmente, necesario. Debajo de esta ira ilimitada se encuentra el dolor producido por esta pérdida.

La negociación:

En esta etapa surge la esperanza de que se puede posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a una familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia. En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación.

Se desea volver a la vida que se tenía antes de que muriera el ser querido y que éste vuelva a nosotros. Se concentra gran parte del tiempo en lo que el doliente u otras personas podrían haber hecho diferente para evitar esta muerte. Las intenciones de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente en esta etapa para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera. La frase que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido si...?” Nos quedamos en el pasado para intentar negociar nuestra salida de la herida mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si éste ser querido estuviera con nosotros.

Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas las etapas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual. Por eso es importante

conectarse con las personas y actividades del presente siguiendo una rutina que le brinde a tu mente la comodidad de realizar tareas regulares.

La depresión:

En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos.

Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente complicada. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa es “Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?”

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

Si bien el doliente siente que esta etapa durará por siempre es importante considerar que la depresión de este proceso de duelo no es sinónimo de enfermedad mental sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas para sanar. Sé paciente contigo mismo y recuerda que sentir esta depresión es la manera de salir de ella.

La aceptación:

Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con

esta muerte sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es “Todo va a estar bien”.

Esta etapa consiste en aceptar la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente por lo que debemos comprender que esta nueva realidad que vivimos sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer a través del conocimiento de nuestros sentimientos. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida.

La rutina diaria toma un mayor protagonismo en la vida del doliente mientras que ya no se invocan los recuerdos del ser querido con sentimientos de culpa. Esta introspección te permitirá realizar una evaluación de tu vida y analizar cuál es el crecimiento obtenido durante este proceso a partir del cumplimiento de asuntos irresueltos. Esto se debe a que puedes observar que las cosas malas le suceden a la gente buena y a la gente mala también, por lo que la muerte no es percibida como un “castigo” sino como parte de la vida.

5.4 Intervención psicológica en el duelo.

La intervención psicológica se basa o se identifica según los terapeutas con los siguientes pasos:

- 1) Aceptar la realidad de la pérdida: es frecuente que ocurran diferentes negaciones a este respecto. Por ejemplo, negar la realidad de la pérdida, negar el significado de la pérdida o negar que la muerte sea irreversible. El objetivo en esta tarea es trabajar la sensación de irrealidad, aceptar que esa persona está muerta y no volverá para así poder afrontar el impacto emocional de la pérdida.
- 2) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: es necesario experimentar el sufrimiento y expresar el amplio rango de emociones que pueden originarse como el enfado, tristeza, culpa, ansiedad o impotencia. Es importante resaltar que nuestra

sociedad no favorece la expresión del sufrimiento, siendo también una forma de negación el no sentir. Aquí la intervención es la de ayudar al superviviente a identificar y expresar sus sentimientos.

3) Adaptarse a un medio en donde el fallecido está ausente: la pérdida supone un cambio de roles, funciones o necesidades que cubría la persona fallecida y requerirá un reajuste. El psicoterapeuta aquí ha de facilitar a que construya una nueva vida sin esa persona, así como ayudar en la toma de decisiones hacia esa nueva vida.

4) Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo: dar un lugar adaptativo al recuerdo y restablecer su vida sin esa persona. El objetivo en esta tarea es la de aprender un nuevo rol, dando la bienvenida al recuerdo y despidiéndose del mismo modo del vínculo físico de la persona fallecida.

Desde este paradigma el duelo se ve como un proceso de homeostasis, es decir, un proceso cuyo fin es restaurar el equilibrio. Por tanto, la persona que sufre una pérdida se encuentra en un mundo en el que su vida ya no es igual a la que era, lo que supone la necesidad de atravesar un proceso de adaptación a la pérdida. De esta manera, para que la elaboración del duelo resulte adaptativa, requiere de la realización de las tareas anteriormente mencionadas.

Este es un proceso en el que la persona en duelo puede atravesar de forma natural por sí sola, o puede ocurrir también que quiera o necesite un acompañamiento profesional en este proceso. A veces ocurre en la elaboración del duelo que la persona se estanca en alguna de las tareas o etapas por determinados factores (tipo de pérdida, falta de apoyo, vínculo con el fallecido,

Estilo de afrontamiento, etc.) haciendo que el duelo se complique y no se termine de resolver. El tratamiento psicológico en estos casos se vuelve fundamental.

5.5 Apoyo psicológico que la enfermera puede proporcionarle a la paciente.

El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. La comprensión adecuada

de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad.

Para desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar los pacientes. Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en detrimento de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación enfermero-paciente.

5.6 Tratamiento de duelo.

El apoyo más importante que una persona recibe después de sufrir una pérdida, proviene de amigos y familiares, pero en caso de dificultades para superar la pérdida, puede ser útil el apoyo terapéutico. El periodo de duelo permite a la persona superar la pérdida, vivir sin la persona fallecida e independizarse emocionalmente de ella, tomar decisiones por sí mismo, establecer nuevas relaciones, siendo capaz de superar los momentos más críticos como celebraciones familiares, cumpleaños o fechas significadas.

Las estrategias de apoyo psicológico o médico buscan ayudar a la persona a superar este proceso, haciendo posible hablar de la persona fallecida y reconocer si hay emociones mínimas o exageradas alrededor de la pérdida, con vivencias de culpa, rabia u otros sentimientos negativos.

Las distintas técnicas terapéuticas buscan ayudar a la persona en duelo a superarlo, a través de:

- Desarrollar la capacidad de experimentar, expresar y adaptarse a los cambios afectivos.
- Utilizar los medios más eficaces para afrontar las distintas situaciones y superar el dolor que provocan.
- Establecer una relación continuada con el difunto.

- Mantener el estado de salud y la autonomía física y afectiva de la persona.
- Restablecer las relaciones personales.
- Alcanzar un buen nivel de autoestima y de relación con el entorno.

5.7 Muerte de cuna factores asociados a la madre.

Se ha encontrado asociación con relación a un ambiente intrauterino no óptico y una mayor susceptibilidad ante agentes externos durante el periodo neonatal.

El consumo de cigarro por parte de la madre es un factor de riesgo clave para el desarrollo de síndrome de muerte súbita (muerte de cuna) tanto para el feto en desarrollo como para el neonato infante.

Otros factores de riesgo hallados son el cuidado prenatal inadecuado, el bajo nivel socioeconómico, el embarazo en madres adolescentes, el bajo nivel educativo, el estado civil de la madre (soltera), la multiparidad los cortos intervalos intergenesicos y bajo nivel de test de apgar.

5.8 Duelo perinatal.

Cuando una mujer o una pareja se entera de que están esperando un bebé, en seguida les invade una mezcla de sentimientos: ilusión, miedo, alegría, dudas. Pronto empezamos a imaginar cómo será, si será niño o niña, cómo seremos nosotros como madre o padre, nuestras primeras navidades en familia.

Pero si desgraciadamente el embarazo no va como se esperaba y el bebé muere antes o al poco de nacer, todas esas expectativas se ven truncadas de repente, y todo lo que habíamos construido alrededor de ese bebé se derrumba. Entonces empieza el difícil camino del duelo perinatal.

5.9 Qué es el duelo perinatal y cómo aceptar la pérdida del bebé.

El camino de aceptación o superación de esta pérdida conlleva un proceso de duelo que consta de cuatro fases:

1. Shock y adormecimiento: es la primera de las fases, al conocer la noticia de la muerte del bebé. La característica principal es un aturdimiento que protege del impacto total de la pérdida. Pueden aparecer sensaciones de quedar paralizada por

la ira, la incredulidad, el sufrimiento o el pánico, a veces interrumpidas por estallidos emocionales.

2. Búsqueda y ansiedad: en esta segunda fase aparecen sentimientos de inquietud, ansiedad por lo que pudo haber sido, ambigüedad. Pueden aparecer síntomas físicos como pesadillas, oír llantos de bebé... Además se intenta buscar respuestas o razones de la pérdida, lo que puede hacer surgir el sentimiento de culpa.

3. Desorganización o desorientación: poco a poco se va desarrollando el convencimiento de que la pérdida es definitiva y surgen la tristeza, dificultades de concentración, malestar físico y emocional, sensaciones de 'enloquecer' o 'no poder superarlo'.

4. Reorganización: el duelo está llegando a su fin, las familias comienzan a seguir con sus vidas normalmente, sin sentirse culpables por ello. Toman decisiones y actúan más eficazmente. La muerte ocupa el lugar apropiado en su memoria y en su vida. No van a olvidar nunca al bebé que murió, pero reanudan su vida con una 'nueva normalidad'.

6.-Factores del hogar:

6.1 concepto:

Es un edificio para habitar. El término suele utilizarse para nombrar a la construcción de una o pocas plantas que está destinada a la vivienda de una única familia, en oposición a los edificios de múltiples departamentos, apartamentos o pisos.

Cuentan con diversos ambientes (salones, habitaciones, sótano, azotea, etc.) y brindan un techo a los integrantes del núcleo familiar. De esta manera, la casa es un refugio contra las condiciones climáticas (lluvia, sol, frío), aporta un lugar para guardar las propiedades de sus habitantes y brinda protección.

6.2 Tipos de hogar:

- Términos genéricos: casa, hogar, cabaña, alojamiento.
- Tipos según la asociación con otras viviendas:
- Vivienda prefabricada.

- Tipos específicos de viviendas de diversas culturas y regiones geográficas.

6.3 Familia:

Concepto: es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.

La familia es la organización social más general, pero asimismo la más importante para el hombre. Ya sea por vínculos sociales, legalmente consagrados o por vínculos sanguíneos, el pertenecer a una agrupación de este tipo es sumamente importante en el desarrollo psicológico y social del individuo.

La relación de parentesco se puede dar en diferentes niveles. Esto lleva que no todas las personas que conforman una familia tengan la misma cercanía o tipo de relación.

6.4 Tipos de familia:

Concepto: Ya que la familia parte de la sociedad, es una estructura que puede cambiar a lo largo del tiempo, y de hecho lo hace. La estructura familiar no indica si una familia es funcional o no, sino que simplemente tiene que ver con la forma de ésta y los miembros que la integran. Algo que tiene mucho que ver con el contexto históricoeconómico cultural.

1. La familia nuclear:

Es lo que conocemos como familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre y sus hijos. Las sociedades, generalmente, impulsan a sus miembros a que formen este tipo de familias.

2. Familia monoparental:

La familia monoparental consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos. Suele ser la madre la que se queda con los niños, aunque también existen casos en en que los niños se quedan con el padre. Cuando solo uno de los padres se ocupa de la familia, puede llegar a

ser una carga muy grande, por lo que suelen requerir ayuda de otros familiares cercanos, como los abuelos de los hijos. Las causas de la formación de este tipo de familias pueden ser, un divorcio, ser madre prematura, la viudedad, etc.

3. Familia adoptiva:

Este tipo de familia, la familia adoptiva, hace referencia a los padres que adoptan a un niño. Pese a que no son los padres biológicos, pueden desempeñar un gran rol como educadores, equivalente al de los padres biológicos en todos los aspectos.

4. Familia sin hijos:

Este tipo de familias, las familias sin hijos, se caracterizan por no tener descendientes. En ocasiones, la imposibilidad de procrear de los padres lleva a éstos a adoptar a un hijo. En cualquier caso, podemos perfectamente imaginar una unidad familiar en la que, por un motivo u otro, no se haya querido o podido tener hijos. No hay que olvidar que lo que define a una familia no es la presencia o ausencia de hijos.

5. Familia de padres separados:

En este tipo de familia, que podemos denominar familia de padres separados, los progenitores se han separado tras una crisis en su relación. A pesar de que se nieguen a vivir juntos deben seguir cumpliendo con sus deberes como padres. A diferencia de los padres monoparentales, en los que uno de los padres lleva toda la carga de la crianza del hijo sobre sus espaldas, los padres separados comparten funciones, aunque la madre sea, en la mayoría de ocasiones, la que viva con el hijo.

6. Familia compuesta:

Esta familia, la familia compuesta, se caracteriza por estar compuesta de varias familias nucleares. La causa más común es que se han formado otras familias tras la ruptura de pareja, y el hijo además de vivir con su madre y su pareja, también tiene la familia de su padre y su pareja, pudiendo llegar a tener hermanastros.

Se trata de un tipo de familia más común en entornos rurales que en los urbanos, especialmente en contextos en los que hay pobreza.

7. Familia homoparental:

Este tipo de familia, la familia homoparental, se caracteriza por tener a dos padres (o madres) homosexuales que adoptan a un hijo. También puede haber familias homoparentales formadas por dos madres, obviamente. Aunque esta posibilidad suscita un amplio debate social, los estudios han demostrado que los hijos de padres o madres homoparentales tienen un desarrollo psicológico y emocional normal, como por ejemplo explica este informe de la APA.

8. Familia extensa:

Este tipo de familia, la familia extensa, se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa.

6.5 Estabilidad y cambio en la familia:

Como se ha mencionado, la familia normal, si es que ese concepto tiene sentido, no está exenta de dificultades o problemas, lo que obliga a basarse en un esquema conceptual del funcionamiento familiar para poder entender su disfuncionalidad. La familia normal está en constante funcionamiento eficaz, y a pesar de las dificultades es capaz de transformarse, adaptarse, y reestructurarse a lo largo del tiempo para continuar funcionando.

Es importante diferenciar la familia disfuncional de la familia pobre. Esta última está caracterizada por las dificultades de satisfacción de los recursos económicos. De entrada, las familias pobres no tienen por qué ser disfuncionales, sin embargo, las investigaciones científicas han aportado datos que afirman que las familias con escasos recursos económicos pueden tener dificultades a la hora de llevar a cabo las distintas funciones familiares. Por ejemplo, la educación o desarrollo afectivo y relacional de sus hijos.

6.6 Importancia de la familia en el desarrollo del niño:

La familia es sumamente importante en el desarrollo de los niños, pues es, posiblemente, el agente socializador que más va a influir en su crecimiento. De

hecho, los niños necesitan de los adultos durante un largo periodo de tiempo, lo que ha provocado que todas las sociedades se organicen en torno a grupos de personas que generalmente conocemos como “la familia”.

Pero con los cambios que han ido sucediendo en los últimos años respecto a las estructuras familiares, los más pequeños, en ocasiones, han tenido que vivir entornos familiares que no siempre son los idóneos. Las familias educan a los hijos, y su objetivo primordial debería ser aportarles una base sólida para que puedan afrontar el futuro con las mejores garantías posibles. En otras palabras, las familias deben ayudarles a que aprendan a ser respetuosos con los demás, a que tengan una personalidad fuerte y resistente o adquieran seguridad afectiva y económica, en resumen, prepararles para la una vida adulta exitosa. Por desgracia, esto no siempre sucede así.

6.7 Familias tóxicas o patológicas

La importancia de la familia en el bienestar emocional de sus miembros ha sido de interés científico durante las últimas décadas. No solamente por el origen genético de algunas patologías como la esquizofrenia, sino por la importancia del ambiente y la influencia de las estructuras familiares en los trastornos mentales.

En el ámbito de la salud mental, cada vez hay más conciencia de cómo afectan las dificultades familiares a sus miembros, por lo que es necesario que éstos afronten sus dificultades de la mejor manera posible. En este sentido, lo que diferencia a una familia disfuncional de una funcional no es la presencia o no de problemas, sino que lo importante es la utilización de los patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo social y psicológico de sus miembros, y afecta a su adaptación y resolución de conflictos.

6.8 Condiciones del hogar:

Una vivienda debe ser fija y habitable, se deben planificar, proyectar, ejecutar, utilizar y conservar de tal forma que se cumplan los requisitos básicos de funcionalidad, seguridad, habitabilidad y accesibilidad, establecidos por las normas de cada país.

El déficit habitacional, no es sólo la ausencia o falta de vivienda, sino el conjunto de carencias o precariedad en la vivienda y las condiciones del entorno que determinan las condiciones en que habita la población en un territorio determinado.

La idea de vivienda digna alude a una edificación que permite a sus habitantes vivir de manera segura, confortable y en paz. La noción, por lo tanto, se vincula a ciertas características estructurales y ambientales de la morada en cuestión.

Es importante tener en cuenta que el derecho a la vivienda forma parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) destaca en diversos documentos que dicha vivienda debe ser “digna y adecuada”: es decir, tiene que permitirle al individuo alcanzar un nivel de vida aceptable.

Una persona puede vivir en una casilla con paredes de cartón, techo de lona y piso de tierra, sin cloacas ni electricidad. Aunque dicha casilla es la vivienda del sujeto, No se puede definir como un espacio digno ya que las condiciones de vida que propicia ese tipo de casas son precarias.

Una vivienda digna, en cambio, debe proporcionar aislamiento frente a las condiciones climáticas (es decir, tiene que proteger al morador del calor, el frío, las precipitaciones, etc.), tener una estructura segura (sin correr riesgo de derrumbe), contar con servicios básicos (acceso a agua potable, desagües, energía) y estar ubicada en un entorno que facilite la comunicación y los traslados. La vivienda digna, además, tiene que brindar seguridad jurídica al habitante.

Como sucede con la mayoría de los pilares de nuestra civilización, los seres humanos aceptamos el concepto y las implicaciones de «vivienda digna» sin hacer preguntas, porque desde pequeños nos inculcan la necesidad de contar con las comodidades y los servicios antes expuestos, y nos aseguran que no podríamos subsistir sin ellos, o al menos no en condiciones saludables. Asumimos que el único caso en el cual la vivienda digna no existe es cuando la pobreza lo impide, pero qué ocurre si alguien intenta prescindir de ella, si opta por una nueva serie de condiciones para su desarrollo.

6.9 Servicios básicos para un hogar habitable:

- La seguridad de la tenencia: la vivienda no es adecuada si sus ocupantes no cuentan con cierta medida de seguridad de la tenencia que les garantice protección jurídica contra el desahucio desalojo forzoso, el hostigamiento y otras amenazas.
- Disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura: la vivienda no es adecuada si sus ocupantes no tienen agua potable, instalaciones sanitarias adecuadas, energía para la cocción, la calefacción y el alumbrado, y conservación de alimentos o eliminación de residuos.
- Asequibilidad: la vivienda no es adecuada si su costo pone en peligro o dificulta el disfrute de otros derechos humanos por sus ocupantes.
- Habitabilidad: la vivienda no es adecuada si no garantiza seguridad física o no proporciona espacio suficiente, así como protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otros riesgos para la salud y peligros estructurales.
- Accesibilidad: la vivienda no es adecuada si no se toman en consideración las necesidades específicas de los grupos desfavorecidos y marginados.
- Ubicación: la vivienda no es adecuada si no ofrece acceso a oportunidades de empleo, servicios de salud, escuelas, guarderías y otros servicios e instalaciones sociales, o si está ubicada en zonas contaminadas o peligrosas.
- Adecuación cultural: la vivienda no es adecuada si no toma en cuenta y respeta la expresión de la identidad cultural.

Características de la vivienda digna:

Para que una vivienda sea digna y adecuada, además debe ser:

- Vivienda fija y habitable.
- Vivienda de calidad
- Vivienda asequible y accesible.
- Seguridad jurídica de tenencia.

Vivienda fija y habitable

Una vivienda debe ser fija y habitable, se deben planificar, proyectar, ejecutar, utilizar y conservar de tal forma que se cumplan los requisitos básicos de funcionalidad, seguridad, habitabilidad y accesibilidad, establecidos por las normas de cada país. Donde cumpla con unos mínimos requisitos de confort, aislamiento climático (frío, humedad, lluvia, calor), seguridad estructural, calidad constructiva, entre otros.

Una vivienda adecuada debe contener ciertos servicios indispensables para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición. Todos los beneficiarios del derecho a una vivienda adecuada deberían tener acceso permanente a recursos naturales y comunes, a agua potable, a energía para la cocina, la calefacción y el alumbrado, a instalaciones sanitarias y de aseo, de almacenamiento de alimentos, de eliminación de desechos, de drenaje y a servicios de emergencia.

Calidad de la vivienda:

La vivienda adecuada y digna debe encontrarse en un lugar que permita el acceso a las opciones de empleo, equipamientos, espacios libres, accesibles al transporte público, a los servicios de atención de la salud, centros de atención para niños, escuelas y otros servicios sociales. Es decir la vivienda debe construirse en entornos urbanos plenamente dotados. De manera semejante, la vivienda no debe construirse en lugares contaminados ni en la proximidad inmediata de fuentes de contaminación que amenazan el derecho a la salud de los habitantes.

Vivienda asequible, vivienda protegida:

La vivienda digna y adecuada debe ser asequible a los que tengan el derecho. Pero especialmente la legislación y normativa de cada país, debe concederse a los grupos de población en situación de desventaja o bajo poder adquisitivo. Por ello

las políticas de vivienda protegida, en sus distintos regímenes alquiler o propiedad deben contemplar unos precios protegidos o asequibles para personas y/o familias con escasos recursos.

Seguridad jurídica de tenencia:

La seguridad jurídica de tenencia de la vivienda es el cumplimiento jurídico y también práctico del Derecho a la vivienda. La tenencia adopta una variedad de formas, como el alquiler (público y privado), la vivienda en cooperativa, la vivienda en propiedad, la vivienda de emergencia y los alojamientos públicos y privados. Sea cual fuere el tipo de tenencia, todas las personas deben gozar de cierto grado de seguridad de tenencia que les garantice una protección legal contra el desahucio, el hostigamiento u otras amenazas. Por consiguiente, los Estados Partes deben adoptar inmediatamente medidas destinadas a conferir seguridad legal de tenencia a las personas y los hogares que en la actualidad carezcan de esa protección consultando verdaderamente a las personas y grupos afectados.

7.-Recomendaciones para los padres para disminuir la muerte de cuna

- Los niños deben ser colocados para dormir en posición supina (totalmente sobre sus espaldas).
- La cuna debe respetar las medidas de seguridad de la comisión de productos seguros para consumir (comisión que se encarga de dictar las normas de seguridad para la confección de utensilios a ser utilizados por la población).
- Las superficies para dormir diseñadas para adultos, por lo general pueden ser peligrosas para lactantes.
- Los lactantes no deben dormir en colchones de agua, sofás, colchones blandos o superficies blandas.
- Debe evitarse el uso de materiales suaves o blandos en el lugar donde duerme el niño (frazadas, almohadas, muñecos de peluche).
- Evitar el sobrecalentamiento.

- Programar una cantidad de tiempo en decúbito prono cuando el niño esté despierto.
- El monitoreo cardiorrespiratorio en niños de riesgo, no se ha demostrado que sea del todo efectivo.
- La madre deberá llevar un control prenatal.
- No beber o consumir alcohol durante el embarazo
- Al nacer tener al bebé piel con piel con la madre.

7.1 Factores ambientales del sueño

- Dormir boca abajo o de costado. Los bebés que se colocan en estas posiciones para dormir pueden tener más dificultad para respirar que aquellos bebés que se colocan boca arriba.
- Dormir sobre una superficie blanda. Estar acostado boca abajo sobre una manta mullida, un colchón blando o una cama de agua puede bloquear las vías respiratorias del bebé.
- Compartir la cama. Si bien el riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante se reduce cuando el bebé duerme en la misma habitación que sus padres, el riesgo incrementa si duerme en la misma cama que los padres, los hermanos o las mascotas.
- Calor excesivo. Estar demasiado abrigado mientras duerme puede aumentar el riesgo del bebé de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante.

7.2 Fases del sueño

El ser humano pasa un tercio de su vida durmiendo. Dormir es una necesidad básica, porque con ella recuperamos el equilibrio físico y psicológico. Un bebé recién nacido puede llegar a descansar alrededor de veinte horas diarias.

El sueño se divide en dos grandes fases: el no REM y el REM. La primera de ellas es cuando el cuerpo utiliza para descansar físicamente y, en el caso de los adultos, se divide en cuatro. Por último, llega la fase REM (Rapid EyeMovements), que es el periodo en el que se consolidan los aprendizajes, se retiene información en la

memoria y se olvida la innecesaria. Dejando así un total de cinco etapas entre sueño REM y no REM.

7.3 Fases de sueño del bebé

- **De los 3 a los 8 meses:** Se empiezan a organizar las fases del sueño en función de los paseos, los baños y la comida. Durante esta etapa el bebé deja de entrar directamente en fase REM (es muy difícil despertar), esto quiere decir, que aparecerá el conocido fenómeno de la “cuna de pinchos” o la típica frase de “es dejarlo en la cuna y que se ponga a llorar”, y es que ahora cualquier ligero ruido o movimiento le despertará, pero es algo totalmente normal.
- **De los 8 a los 24 meses:** Durante esta etapa, irán adquiriendo todas sus fases del sueño. Seguirá habiendo despertares nocturnos, pero cada vez serán menos frecuentes. Además, en este periodo es común que aparezca el sentimiento de extrañeza y con él las demandas de nuestra presencia para dormir.
- **De los 2 a los 5 años:** En este periodo se experimenta una mejoría considerable. Alrededor de los 3 o 4 años desaparecerán las siestas diurnas y a partir de los 5 el niño ya casi no se despertará por las noches, aunque esto depende mucho de cada caso en concreto.

Algunas pautas para mantener un correcto descanso son:

- Mantener una rutina y horarios fijos.
- Gozar de un ambiente relajado y con poca luz a la hora de dormir.
- Evitar actividades muy estimulantes antes de acostarlos, como el ejercicio o los dispositivos móviles.
- Evitar siestas muy prolongadas.
- Usar algún tipo de muñeco, peluche o mentita para que el niño lo asocie a dormir y no necesite tanto de nuestra presencia.

7.4 Consejos para hábitos de sueños saludables del bebé

- Los recién nacidos no tienen un cronograma establecido de día o noche para las primeras semanas de vida. Es mejor para un recién nacido no dormir más de 5 horas por vez en las primeras 5 a 6 semanas ya que sus pequeños cuerpos necesitan alimentación frecuente.
- Los bebés más grandes y los niños deben tener un tiempo para la siesta y una hora para ir a dormir.
- Inicie un momento tranquilo, como escuchar música tranquila o leer un libro 20 a 30 minutos antes de ir a dormir. La televisión no debe ser parte de un momento de tranquilidad.
- Después de un momento de tranquilidad, siga una rutina de hora de ir a dormir, como el cambio de pañal, ir al baño y lavarse los dientes.
- Establezca un límite de horario para el momento de tranquilidad y la rutina así no se extiende demasiado y su hijo sabe qué esperar antes de la hora de ir a dormir.
- Diga buenas noches, apague la luz y deje la habitación.
- Los objetos de seguridad, como una manta especial o peluche, pueden ser parte de la rutina de ir a dormir.
- Es importante para los niños que los pongan en la cama despiertos así aprenden a dormirse solos.
- No se debe poner a dormir a los bebés con un biberón. Causa problemas con caries e infecciones del oído.

7.5 Consejos útiles para niños con malos hábitos de sueño

- Si su hijo llora, hable con calma y tranquilícelo, "Estás bien. Es hora de ir a dormir." Luego deje la habitación.
- No le proporcione un biberón ni lo alce.

- Extienda el tiempo entre idas a la habitación si su hijo continúa. No haga nada más que hablar con calma e irse.
- Su hijo se calmará y dormirá si se ajusta a esta rutina. Puede llevar varias noches para que su hijo se acostumbre al nuevo plan.
- Si su hijo está acostumbrado a recibir una gran cantidad de leche a la hora de ir a dormir, comience a reducir la cantidad de leche en el biberón desde 1/2 hasta 1 onza cada noche hasta que el biberón esté vacío y luego sáquelo completamente.
- A veces los niños abandonan su rutina de sueño a la noche debido a una enfermedad o viaje. Regrese rápidamente a los buenos hábitos de sueño cuando las cosas vuelvan a la normalidad.

7.6 Reducir la muerte de cuna y otras muertes relacionadas con el sueño

- Asegúrese de que su bebé esté inmunizado. Un infante que está completamente inmunizado reduce su riesgo del síndrome de muerte súbita en lactantes.
- Amamante a su infante. se recomienda amamantar durante al menos 6 meses.
- Coloque a su niño sobre su espalda para dormir o para las siestas. Esto puede reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita en lactantes, inhalación, y ahogo. Nunca coloque a su bebé sobre su costado o estómago para dormir o siestas. Si su bebé está despierto, permita que su hijo pase tiempo sobre su barriguita siempre y cuando esté supervisando, para disminuir las chances de que su hijo desarrolle una cabeza plana.
- Siempre hable con el médico de su bebé antes de elevar la cabeza de su cuna si se le ha diagnosticado reflujo gastroesofágico.
- Ofrezca a su bebé un chupete para dormir o las siestas si no es amamantado. Si está siendo amamantado, demore la introducción de un chupete hasta que se haya establecido firmemente el amamantamiento.

- Use un colchón firme (cubierto por una sábana ajustable) para evitar huecos entre el colchón y los lados de la cuna, un área de juego o un moisés. Esto puede reducir el riesgo de compresión, sofoco y síndrome de muerte súbita en lactantes.
- Comparta su habitación en lugar de su cama con su bebé. Poner al bebé en la cama con usted eleva el riesgo de estrangulamiento, sofoco, compresión y síndrome de muerte súbita en lactantes. No se recomienda que los mellizos u otros bebés múltiples compartan la cama.
- Evite usar sillas para niños, asientos para automóviles, cochecitos, cargadores para bebés y hamacas para bebés para el sueño de rutina y las siestas diarias. Estas pueden causar la obstrucción de la vía aérea del bebé o sofoco.
- Evite usar drogas ilícitas y alcohol. No fume durante el embarazo o después del nacimiento.
- Evite abrigo o vestir en exceso o cubrir el rostro o la cabeza del infante. Esto evitará que se caliente en exceso, lo que reduce los riesgos del síndrome de muerte súbita en lactantes.
- Evite usar ropa de cama floja u objetos suaves. No deben usarse almohadillas amortiguadoras, almohadas, colchas y mantas en la cuna o moisés de un niño para evitar el sofoco, el estrangulamiento, la compresión y el síndrome de muerte súbita en lactantes.
- Evite usar monitores cardiorrespiratorios y dispositivos comerciales. No deben usarse cuñas, posicionadores y colchones especiales para ayudar a disminuir los riesgos del síndrome de muerte súbita en lactantes y muertes infantiles relacionadas con el sueño.
- Siempre coloque las cunas, los moisés y las áreas de juego en zonas libres de peligros. Evite las cuerdas o cables colgando para reducir el riesgo de estrangulamiento.

7.7 Medidas de prevención para la muerte de cuna

- Acuesta al bebé boca arriba, sobre su espalda, y en un colchón firme. También está desaconsejada la posición lateral.
- Evita abrigarle en exceso, y mantén la habitación a una temperatura de 20-22 °C.
- No utilices almohadas, cojines o edredones. Tampoco le dejes colgantes en el cuello –el del chupete, por ejemplo y revisa que en la cuna no haya cintas con las que pudiera enredarse.
- No le tapes por encima de las axilas. Para evitar que se desplace por debajo de la ropa de cama, conviene que sus pies contacten con el límite de la cuna.
- Procura no fumar ni durante el embarazo y ni después del parto. Si lo haces, estarás aumentando en un 50% las posibilidades de que tu hijo padezca SMSL. No permitas que se fume delante del niño a todas las personas que conviven contigo y con el niño.
- El colecho puede ser un factor facilitador aunque no existe consenso entre los profesionales. Eso sí, mientras los riesgos persistan, ponle a dormir en vuestra misma habitación.
- Ofrécele el chupete, sin obligarle cuando lo suelte o si no lo quiere.

7.8 ¿La muerte de cuna es lo mismo que una muerte por asfixia de cuna?

El hecho de que un niño muera en la cuna mientras duerme no significa, necesariamente, que se deba al síndrome por muerte súbita del bebé. En algunos casos, la causa puede ser la asfixia provocada por mantas, cojines o cualquier objeto que impida que respiren correctamente.

La diferencia entre el síndrome de muerte súbita del lactante y la asfixia es la causa del fallecimiento. Un bebé muere por asfixia porque no puede respirar, mientras que la muerte por SMSL se produce por causas desconocidas.

7.9 Factores que la madre embarazada puede hacer para disminuir la muerte de cuna

- Programe y asista a todas las visitas médicas prenatales.
- No fume, no beba alcohol ni consuma drogas mientras esté embarazada y después del nacimiento. Manténgase alejada de los fumadores y de los lugares en los que la gente fuma.
- Cargue a su bebé piel con piel mientras lo está amamantando. Si puede amamantar, hágalo tan pronto pueda después del parto. La atención de piel con piel también tiene beneficios para los bebés alimentados con biberón.

8.-Cuidados e intervenciones de enfermería en muerte de cuna.

8.1 Cuidado de enfermería

Concepto

Es una parte fundamental del sistema de salud. Este personal cumple importantes funciones en el proceso de apoyo y tratamiento de los pacientes, así como en las actividades de promoción de la salud y prevención de las distintas enfermedades. Todas estas actividades se conocen como cuidados de enfermería.

8.2 Principales cuidados de enfermería

- **Monitorear signos vitales:** El personal de enfermería es el primer contacto de tipo asistencial con el sistema de salud, siendo quien recoge los datos relacionados con el motivo de consulta, así como la determinación de parámetros fundamentales como es el caso de los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura).
- **Procedimientos:** Las enfermeras y enfermeros realizan procedimientos como la cateterización de las vías periféricas, colocación de algunos tipos de sondas y varios tipos de curas y drenajes.

- **Aplicar medicamentos:** La administración de los medicamentos indicados por el médico en la historia del paciente corre a cargo de esta área profesional.
- **Asistir al médico en diversos procedimientos.**
- **Actividades preventivas:** son de gran importancia para la salud pública, una de las más importantes es la vacunación de la población.

8.3 Intervención de enfermería

Concepto

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Tipos de intervenciones:

- **Independientes:** son actuaciones que realiza el profesional de enfermería sin una indicación médica, es decir, son las actuaciones que las enfermeras están autorizadas a prescribir y ejecutar sin supervisión ni indicación de otros profesionales.
- **Interdependientes:** son las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros de salud. Este tipo de intervención incluye las prescripciones de los médicos, dentista, asistente social, laboratorio, entre otros.
- **Cuidado directo:** consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente, la intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales como: cuidados de sonda gastrointestinal, cuidados del sitio de incisión, etc.
- **Cuidado indirecto:** Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del mismo, incluyen las acciones del cuidado dirigidas al ambiente que lo rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar con otros

profesionales, como: informe al cambio de turno, planificación del alta, preparación del material.

8.4 Intervenciones de enfermería para la prevención de muerte de cuna

- El personal de enfermería deberá promocionar los múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva para reducir el riesgo de síndrome de muerte de cuna durante los primeros 6 meses de edad dirigida a embarazadas y puérperas tanto para el lactante como la madre.
- Se recomienda que el personal de enfermería proporcione información sobre los factores de riesgo y prevención de la muerte de cuna a través de la educación materna o consultoría de enfermería en el primer nivel de atención.
- El personal de enfermería deberá enseñar a los padres colocar al lactante en posición supina para dormir.
- Saber identificar a las mujeres embarazadas con características de riesgo como baja escolaridad, desempleadas, sin pareja y nivel socioeconómico bajo para aplicar y reforzar de manera individualizada las recomendaciones de estrategias educativas de prevención de muerte de cuna con seguimiento continuo.
- El personal de enfermería deberá continuar con el control prenatal en el embarazo y en el periodo postnatal para identificar los riesgos.
- El personal de enfermería deberá recomendar a la paciente evitar fumar durante a la paciente durante el periodo prenatal y postnatal, ya que este factor de riesgo aumenta la posibilidad de que el lactante pueda presentar síndrome de muerte de cuna.

8.5 Recomendaciones de enfermería hacia la madre para la prevención de muerte de cuna

- El personal de enfermería deberá recomendar a los padres o tutor sobre la importancia de que los neonatos duerman solos antes de los 6 meses de vida para evitar la muerte de cuna
- Orientar sobre las medidas de precaución de vigilancia estrecha en los recién nacidos

- Se deberá recomendar a la madre llevar un adecuado control prenatal que prevenga la prematuridad en el producto
- Recomendar a los padres vigilancia continua o estrecha sobre los recién nacidos durante la hora de dormir
- Sugerir que el lactante duerma en una superficie plana y no acompañado pero si en el mismo cuarto
- Orientar a los padres sobre el uso del chupón y sus precauciones
- El personal de enfermería deberá vacunar y continuar el esquema de vacunación del recién nacido
- Se deberá recomendar evitar el uso del tabaco en el ambiente cercano al lactante para evitar repercusiones en su salud.

8.6 Cuidados de enfermería en el recién nacido

- Establecer y mantener la respiración: Se limpia con una gasa estéril la boca y secreciones oro faríngeas para que empiece a respirar y si no se le estimula frotándole la espalda o en las plantas de los pies. Utilizaremos oxigenoterapia con mascarilla que cubra boca y nariz sino ha comenzado a respirar espontáneamente.
- Estabilizar la temperatura: Evitar el enfriamiento secando al recién nacido con una toalla caliente para que no pierda calor. Además, se puede colocar cerca de una estufa para que le proporcione calor.
- Examen clínico inicial: El test de Apgar es el método para valorar como se adapta el recién nacido a la vida extrauterina. Se valoran cinco parámetros: frecuencia cardíaca, respiración ausente, lenta e irregular, buena o llanto), tono muscular deprimido, flácido, extremidades algo flexionadas, movimiento activo de miembros), respuesta a estímulos ausente, mueca, tos o estornudo, llanto) y color azulado, pálido, cuerpo rosado y extremidades cianóticas, rosado completamente). Una puntuación entre 0-3 sería muy grave, entre 4-6 dificultad moderada y entre 7-10 bueno. El test de Apgar se hace al minuto y a los 5 minutos de vida, si vemos que a los 5 minutos no ha llegado a bueno se le vuelve a repetir a los 10 minutos.

- Ligadura del cordón umbilical: Se corta cuando el cordón deja de latir. Si la madre ha estado anestesiada se corta a los 15 segundos. Se ponen dos pinzas en el cordón, una hacia la madre y otra hacia el niño y se corta en el centro. A unos cuatro centímetros de la pared abdominal aproximadamente se le pone la pinza al niño. Se cubre el muñón umbilical con una gasa impregnada en alcohol o en alguna solución antiséptica, Cuando cortamos observaremos que tenga las dos arterias y una vena.
- Peso, talla y perímetro craneal. El peso medio suele ser 3500 gr. El 95% de los recién nacidos pesa entre 2500-4250 gr. El peso va a estar influenciado por la edad gestacional, nutrición de la madre, enfermedad de la madre que pueda repercutir en la función placentaria, raza y sexo. Se produce una pérdida fisiológica entre el tercer y quinto día de vida. Entre el octavo y décimo día de vida el peso es el mismo que al nacer. Al mes la ganancia es de 200-250 gr por semana. La talla se mide en decúbito supino desde el vértice craneal hasta el talón y la media es de 51 cm. El 95% de los recién nacidos miden entre 46-56 cm. Es importante saber cuánto mide el niño cuando nace para ver cómo va creciendo. El perímetro craneal se mide entre el segundo y cuarto día de vida. Se mide por la frente, encima de las orejas y occipucio, suele estar entre 33-37 cm.
- Identificación: Hay que identificarlo con una pulserita al niño y otra a la madre. En algunos centros se toman las huellas digitales de la madre y plantares del niño.
- Evitar infecciones: Todo lo que esté en contacto con el niño estéril o lo más limpio posible.
- Inspección general buscando anomalías: Miraremos el paladar, posibles fracturas de clavícula.

8.7 Cuidados de enfermería en salas de cunas

- Confirmar identidad: Verificar pulsera e historia clínica.

- Estado del recién nacido: Si ha necesitado reanimación, si se sospecha anomalías, nº anormal de vasos, etc.
- Historia del trabajo de parto y del parto: Si ha sido con anestesia, si ha necesitado instrumental, etc.
- Historia prenatal: Tiempo que ha durado el parto, si la madre fuma, bebe alcohol, drogas, etc.
- Valoración del recién nacido: Signos de sufrimiento o de enfermedad, edad gestacional, permeabilidad del ano (comprobar con una sonda si el niño no ha expulsado el meconio)
- Constantes vitales: Pulso central o apical (en el quinto espacio intercostal), respiración, temperatura. Se deben tomar cada dos horas o al menos una vez por turno.
- Mediciones del recién nacido: Si no se han tomado en paritorio.
- Protocolos de la sala de cunas: Profilaxis de enfermedad hemorrágica (se administra primera dosis de vitamina k)
- Higiene, cura del cordón umbilical, alimentación: Se enseña a los padres como se debe bañar al recién nacido, cura del cordón y las recomendaciones oportunas sobre alimentación.

8.8 Cuidados del recién nacido en el hogar

- Valoración de la vivienda y ambiente familiar: Interrelación hijo-madre-padre.
- Valoración del recién nacido: Motilidad (como se mueve, como responde), nutrición (si está o no bien nutrido), higiene general (si saben bañar al niño), inspección del ombligo (se necrosa y suele caerse a los siete o diez días) valoraremos la cicatriz si drena, si tiene mal olor, etc.
- Proporcionar información: Sobre higiene, baño, ropa, alimentación, evolución y fisiología normal del bebé e importancia de la estimulo terapia inespecífica (acariciarle, hablarle, etc.)
- Lactancia materna

- La postura en la cuna: El niño debe de estar en la cuna boca arriba, nunca boca abajo pero, para evitar que al regurgitar se atragante, se le debe poner una almohada o una toquilla debajo del colchón en un plano inclinado de 20-25°. Postura que se debe mantener en todos los sitios donde el niño reposa: la cuna, el moisés, la maxi-cosi, etc. durante los primeros 6 meses.
- Las uñas del bebé: Es importante en todas las etapas de la infancia que el niño tenga las uñas cortas y limpias, éstas son vehículo de auto-inoculación y transmisión de gérmenes.
- El baño y cuidado del ombligo: hay que bañar al bebé todos los días, con poco agua y sujetando con la mano izquierda su hombro izquierdo, apoyando la cabeza del niño sobre el antebrazo izquierdo de la madre. Con la mano derecha le enjabonamos todo el cuerpo –no hay mejor antiséptico que el agua y el jabón- con especial cuidado al pasar por la zona del ombligo La temperatura ideal del agua es de 36-37 °C. Después del baño, ponemos al niño en el cambiador para secarle y aplicarle crema hidratante por todo el cuerpo. En el ombligo hay que darle unos toquitos con clorhexidina y ponerle una gasa seca. Si vemos que la gasa se ensucia, hay que cambiarla por una limpia. Es importante recordar que el ombligo sólo debe mojarse una vez al día, con agua y jabón durante el baño y que, asimismo, el antiséptico sólo se aplicará tras el baño si fuera necesario. El resto del día, el ombligo debe permanecer seco.

8.9 Diagnósticos de enfermería

Concepto

Es un juicio que desarrolla un enfermero o una enfermera sobre el estado de salud de una persona. Se trata de un dictamen realizado por el profesional según su experiencia y su formación.

Puede decirse que un diagnóstico de enfermería alude a un trastorno concreto o potencial que un enfermero tiene la capacidad y el derecho de tratar. Estos

trastornos pueden ser prevenidos, reducidos o resueltos mediante el desarrollo de acciones propias de la enfermería.

El desarrollo de un diagnóstico de enfermería requiere, como primera etapa, de la recolección de datos. Luego se deben detectar señales que permitan establecer una hipótesis, la cual deberá ser validada. Una vez validada la hipótesis, se llega al diagnóstico. Esto permite arribar a un juicio clínico respecto a las experiencias de individuos o grupos ante procesos vitales o problemas de salud: el diagnóstico de enfermería brinda sustento a la elección de las intervenciones de los enfermeros con el objetivo de alcanzar un cierto resultado.

Diagnósticos de enfermería:

- Riesgo de duelo complicado relacionado con muerte de una persona significativa, falta de apoyo social e inestabilidad emocional.
- Autoestima situacional baja relacionado con fallo rechazo.
- Aislamiento social relacionado con alteración mental manifestado por afectividad triste o apagada.
- Descuido personal relacionado con depresión manifestado por higiene personal inadecuada.
- Duelo relacionado con pérdida potencial percibida de alguien significativo manifestado por culpabilidad.
- Duelo complicado relacionado con muerte de una persona significativa manifestado por depresión
- Duelo relacionado con pérdida de persona significativa manifestado por sufrimiento.

9.- Conclusión

Pude observar dentro de mi investigación acerca de la muerte de cuna y concluyo que nos falta más educación sobre dicho tema, así como información ya que esta nos ayuda principalmente a saber que la muerte de cuna es la muerte repentina y sin causas evidentes de un bebé, aparentemente sano y menor de un año.

Que, por lo general, sucede durante el sueño de un bebé, el síndrome de muerte súbita del lactante podría estar relacionado con defectos en la porción del cerebro del bebé que controla la respiración y la vuelta al estado de vigilia.

Los factores físicos relacionados con el síndrome de muerte súbita del lactante comprenden los siguientes:

Defectos cerebrales. Algunos lactantes nacen con problemas que los hacen más propensos a morir a causa del síndrome de muerte súbita del lactante. En el caso de muchos de estos bebés, la parte del cerebro que controla la respiración y el despertar del sueño no maduran lo suficiente como para funcionar de manera correcta.

Bajo peso al nacer. El nacimiento prematuro o el haber sido parte de un parto múltiple incrementan las posibilidades de que el cerebro del bebé no haya madurado por completo, por lo que tiene menos control sobre procesos automáticos, tales como la respiración y la frecuencia cardíaca.

Infección respiratoria. Muchos bebés que murieron a causa del síndrome de muerte súbita del lactante habían tenido un resfrío hace poco, lo que podría provocar problemas respiratorios.

Por otro lado cabe mencionar que las madres pueden prevenir la muerte de cuna llevando a cabo:

Atención prenatal temprana y regular.

Colocar al bebé a dormir sobre un colchón firme, nunca debe hacerlo sobre una almohada, una cama de agua, piel de cordero, un sillón, una silla u otra superficie blanda.

No usar protectores acolchados en las cunas. Los protectores acolchados pueden sofocar o estrangular al bebé.

Compartir la habitación sin compartir la cama.

Amamantar, si es posible. La mayor protección se obtiene al alimentar al bebé exclusivamente con leche materna, pero está demostrado que cualquier cantidad de leche materna reduce el riesgo de SMSL.

Poner a dormir a su bebé llevando puesto el chupete durante el primer año de vida.

Asegurarse de que su bebé no esté demasiado abrigado al dormir.

No fumar durante el embarazo ni después del nacimiento.

No consumir alcohol ni drogas durante el embarazo ni después del nacimiento.

Asegúrese de que su bebé reciba todas las vacunas recomendadas.

Así mismo también la atención de enfermería sería orientar a todas las mujeres sobre lo ya mencionado, la atención debe ser completa e idónea para cada situación así esto lograra reducir la cantidad de muerte de cuna.

Todo el cuidado de enfermería está enfocado al mejoramiento de la salud, de esta manera puedo concluir que la mejor forma de prevenir la muerte de cuna se da cuando utilizamos dentro del personal de salud la prevención y llevando una planificación familiar y un adecuado control prenatal dado que al tomar estas medidas se pueden detectar posibles malformaciones así como complicaciones, dentro del embarazo.

Cabe mencionar que también hay que orientar a los padres de cómo debe dormir su bebé y que posición debe tener para así poder evitar la muerte de cuna.

La posición al dormir es el factor de riesgo más importante asociado al síndrome de muerte súbita, ya que la posición supina (boca arriba), es la más segura, y reduce

el riesgo de muerte; por lo que debe ser utilizada cada vez que el niño duerme hasta el primer año de vida. Además, se ha demostrado que esta no aumenta el riesgo de asfixia ni de aspiración, incluso en aquellos niños con reflujo gastroesofágico. De la misma manera, existe mayor riesgo de muerte súbita al dormir prono (boca abajo), debido a que en esta posición es posible desencadenar apneas obstructivas por la compresión contra el plano de la cama de la mandíbula, de las estructuras blandas de la orofaringe y de las vías aéreas superiores, más aún si el colchón es blando.

El personal de la salud puede orientar a todas esas mujeres que serán madres o que son para así disminuir de este problema que se ve afectado cada vez más en el mundo ya que es un tema que mucha gente desconoce y que no sabe las causas y él porque de esta problemática.

Se debe también informar que esta causa se puede prevenir si la mujer lleva un buen cuidado durante su embarazo., es decir un buen control prenatal, llevando una vida sana donde no se consuma alguna droga o algo que pueda afectar al bebé

En esta investigación que se llevó a cabo se trató de explicar la causa y factores que prevalecen la muerte de cuna o también conocida como síndrome del lactante así como lo que se puede hacer para prevenirla.

También se habló acerca de lo que sucede o como ayudar a una madre o es decir a la familia o padres al Salir del duele después de la pérdida de un hijo(a).

Por lo tanto concluyo diciendo que la muerte de cuna es un tema sumamente importante al cual debemos darnos a la tarea a indagar más ya que lo que falta es información u orientación de cómo prevenirla.

10.-Bibliografía

10.1.-Básica

- Berhrman, R, Kliegman R. Sistema Respiratoria. En: Nelson Compendio de Pediatría. 2 da edición. Pennsylvania, USA. McGraw-hill interamericana editores, SA. De C.V; 2015; p 458-460.
- Cuadernos de Medicina forense. El forense en la escena del crimen; n 36 Abril 2016 En: <http://www.scribd.com/doc/7322949/EL-FORENSE-EN-LAESCENA-DEL-CRIMEN>. Consultado el 2 de septiembre del 2017
- Fattorusso, V O. Ritter. Vademécum clínico del diagnóstico al tratamiento. 9 na edición, Buenos Aires, República de Argentina, Editorial El Ateneo; 2016, p 816
- Frank H. Netter, M.D Atlas de Anatomía Humana, España, Mason S.A; 2015; p 180.
- Kumar, V. Abbas, A. Fausto, N. Enfermedades de la infancia. En: Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional. 7 a edición. Barcelona, España, Elsevier; 2016; p 499-502.
- Quintero L. Alteraciones del estado de conciencia y muerte cerebral. En: Situaciones críticas en Medicina de urgencias. Santiago de Cali, Publicaciones Salamandra; 2017; p 285-288.
- Schunke., Schulte., Schumacher, Cuello y Órganos Internos. En: Prometheus Texto de Atlas de Anatomía. Voll. Tomo 3. Madrid España, Editorial Médica Panamericana. 2016; p 92-95.
- Stevens A, James Lowe. Texto y Atlas de Anatomía Patológica, España, Editorial Mosby / Doyma Libros; 2016, p 148.
- Tamayo R., Corella L. Principios de Patología. 4ª edición. México D.F, Editorial Médica Panamericana; 2018; p 87, 170,469-477.
- Vargas E. Muerte sospechosa. En: Medicina Legal. 2 da edición. México DF, Trillas.2017;p.100-101.

- American Academy of Pediatrics. (2015). Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics*, 105 (3), 650-658. [[Links](#)]
- American Academy of Pediatrics. (2011). SIDS and Other Sleep-Related Infants Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*, 128 (5), 1030-1039. [[Links](#)]
- Brockmann, P. y Holgrem, N. (2006). Muerte Súbita del Lactante. *Neumología Pediátrica*, 1 (3), 129-132. [[Links](#)]
- Center Disease Control. About SUID and SIDS. Recuperado en Noviembre 2015 de: <http://www.cdc.gov/sids> [[Links](#)]
- Center Disease Control. Data and Statistics. Recuperado en Noviembre 2015 de: <http://www.cdc.gov/sids> [[Links](#)]
- Claret, G. (2013). Episodio Aparentemente Letal. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Barcelona, España: Asociación Española de Pediatría. 85-93 [[Links](#)]
- Gormaz, M., Leal, J. & Izquierdo, M. (2013). Programa de monitorización domiciliaria. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Barcelona, España: Asociación Española de Pediatría. 79-83 [[Links](#)]
- Hauck, F., Omojokun, O. & Siadaty, M. (2017). Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics*, 116 (5), 716-723. [[Links](#)]
- Izquierdo, I., Zorio, E., Molina, P. y Marín, P. (2013). Principales hipótesis y teorías patogénicas del síndrome de la muerte súbita del lactante. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Barcelona, España: Asociación Española de Pediatría. 47-60.
- Leal, R., Del Rosal, T. y Climent, F. (2016). Actuación del pediatra ante una muerte súbita infantil. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Barcelona, España: España: Asociación Española de Pediatría. 237-246. [[Links](#)]
- Martínez, M., Rubén, D. y Rodríguez, R. (2016). Muerte Súbita del Lactante: Qué hacemos y qué debemos hacer para prevenirla. *Acta Pediátrica de México*, 27 (5), 253-258. [[Links](#)]

- Massachusetts Center for Sudden Infant Death Syndrome. Sudden Unexpected Infant and Child Death: A guide for emergency department personal. Recuperado en Noviembre de 2015 de: <http://www.bmc.org/pediatrics/special/sids> [[Links](#)]
- Mesa, T. (2018). Muerte Súbita en el Lactante. En Meneguello Pediatría. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. 2679-2681. [[Links](#)]
- Mitchel, E. & Mileraid, J. (1999). Smoking and Sudden Infant Death Syndrome. USA: World Health Organization. [[Links](#)]
- Monge, T. y Montero, C. (2010). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXVII, 592, 215-217. [[Links](#)]
- Morales, A., Molina, A., Uberos, J. & Muñoz, A. (2015). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. SPAO, 1 (2), 4-13. [[Links](#)]
- National Center for Education in Maternal and Child Health. Guía de Sueño Seguro para el Proveedor de Cuidado Infantil. Recuperado en Noviembre 2015de: <http://ncemch.org/suid-sids/documents/SIDRC/ChildCareProvSleep.pdf> [[Links](#)]
- Rossato, N. (2016). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: De la teoría a la práctica diaria. Clínicas Pediátricas del Sur, 3(4), 65-82. [[Links](#)]
- Safe to Sleep: National Institute of Child Health and Human Development. (2016). Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Other Sleep-Related Causes of Infant Death: Questions and Answers for Health Care Providers. USA. [[Links](#)]
- Sánchez, J. (2017). Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Previnfad. [[Links](#)]
- Sierra, J. (2017). Campañas de prevención: Factores de Riesgo. En Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Barcelona, España: Asociación Española de Pediatría. 61-70. [[Links](#)]

10.2.-Complementaria

- © 1998-2020 Mayo Fundación for Medical Education and Research. Allrightsreserved.

- Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEMPSI de la AEP)
- D. Getahun, D. Amre, G.G. Rhoads, K. Demissie.
- Maternal and obstetric risk factors for sudden infant death syndrome in the United States. *Obstet Gynecol*, 103 (2004), pp. 646-652
- Libro blanco muerte de cuna Edición y realización: Ergon Creación, S.A. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid) www.ergon.es
- Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEMPSI de la AEP)
- : Sánchez Ruiz-Cabello, J. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado enero de 2016. [consultado DDMM-AAAA]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm>.
- Comité de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Colecho, SMSL y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso. Asociación Española de Pediatría; 2014.
- Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil. Asociación Española de Pediatría. Anexo 5: Información a padres. En: Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Tercera edición. Ediciones Ergon; 2016. p. 277-80. [51]
- Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil. Asociación Española de Pediatría. Capítulo 1: Evolución del síndrome de la muerte súbita del lactante en los países desarrollados. Situación actual en España. En: Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Segunda edición. 2015. p. 1-15.
- Medline Plus, Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de Salud – NIH. APGAR. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003402.htm> [71]

- Grupo de Trabajo de la Muerte Súbita Infantil – AEP, Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil 3ª Edición.
- Barkley L. Síndrome Infantil de Muerte Súbita. Disponible en Emedicine.medscape.com/article/804412. [78] Willinger M, James LS, Catz C.,
- Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Rockville, Maryland 20852. *Pediatr Pathol*. 2016 Sep-Oct;11(5):677
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Guía de procedimientos para la realización de necropsias medicolegales, segunda edición. 2016. Páginas 62-63.
-] Avalos MM, Poulot S, Mariño ER, Hernández GM. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, Presentación de Casos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009. 25(2)1-4 [83] Barkley L. Sudden Infant Death
- Syndrome. Disponible en internet: Emedicine.medscape.com/article/804412, octubre de 2017. [84] Sandomirsky Marianna, MD, FCAP, del CAP Forensic Pathology Resource Committee. The Past, Present, and Future of SIDS, Part I of II. Disponible en internet en: <http://www.cap.org/apps/docs/newspath/1302/sids.pdf> [85]
- Hoffman HJ, Hillman LS. Epidemiology of the sudden infant death syndrome: prenatal, neonatal, and postneonatal risk factors. *Clin Perinatol* 1992;19:717-37. [86]
- Silveira Pinho, Ana Paula. Aerts, Denise. Lahorgue Nunes, Magda. 2016. Risk factors for sudden infant death syndrome in a developing country. *Rev Saúde Pública* 2017;42(3):396-401. [87]
- BBC Mundo. El libro que revolucionó la crianza de los bebés. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/08/110825_doctor_spock_libro_crianza_bebe.shtml [88]

- Hackett M. Unsettled Sleep: The construction and consequences of a public health media campaign. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, The City University of New York. 2007 [89]
- Galán M. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud. Capítulo XI. Sistemas de información en salud pública. CEPAL. 2011. 254-255

10.3.- Electrónica

- <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-mes-a-mes/#primer-mes-de-embarazo>
- <https://www.bebesymas.com/ser-padres/la-llegada-del-primer-hijo-toda-una-revolucion>
- <https://manejodelduelo.com/etapas-del-duelo-segun-elizabeth-kubler-ross/>
- <https://isepclinic.es/blog/intervencion-en-el-duelo/>
- <https://conceptodefinicion.de/educacion/>
- <https://eresmama.com/tipos-de-camas-para-ninos/>
- <https://psicologiyamente.com/social/tipos-de-familias>
- <https://definicion.de/muerte/>
- <https://www.natalben.com/primeros-cuidados-recien-nacido>
- <https://kidshealth.org/es/parents/birth-defects-esp.html>
- <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/anomalia>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=healthysleephabits-90-P05395>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sudden-infant-death-syndrome/symptoms-causes/syc-20352800>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sudden-infant-death-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20352804>
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf

- <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a11.pdf>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-muerte-subita-cardiaca-estratificacion-riesgo-S1405994015000634>
- [www.mayoclinic.org › symptoms-causes › syc-20352800](http://www.mayoclinic.org/symptoms-causes/syc-20352800)
- <http://pediatria.org/muerte-de-cuna/>
- [. https://www.bbmundo.com/bebes/cero-seis/la-muerte-de-cuna/](https://www.bbmundo.com/bebes/cero-seis/la-muerte-de-cuna/)
- <https://contenidos.bupalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/muerte-en-cuna-o-s%C3%ADndrome-de-muerte-infantil-s%C3%BAbita-smis>
- [http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm.](http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm)
- www.ergon.es
- https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_496.html

11.-Glosario

A

- **Angiotensina:** Es un poli péptido de la sangre que produce vasoconstricción, aumento de la presión arterial y liberación de aldosterona por la corteza suprarrenal. **Angiotensina.** Hormona Poli péptido.
- **Autopsia:** Estudio y examen de los órganos, tejidos o huesos de un cadáver para averiguar o investigar la causa de su muerte.
- **Anomalía congénita:** Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas
- **Anti arrítmicos:** son un grupo de medicamentos que se usan para suprimir o prevenir las alteraciones del ritmo cardíaco, tales como la fibrilación auricular, el aleteo auricular sus indicaciones en las arritmias auriculares aún no aclaran si la supresión de dichas arritmias prolongan la vida, la taquicardia ventricular y la fibrilación ventricular, a concentraciones en la que no ejercen efectos adversos sobre la propagación normal del latido cardíaco. Los antiarrítmicos son el tratamiento de elección para los pacientes con trastornos del ritmo cardíaco, aunque pueden ser reemplazados en algunas ocasiones específicas por desfibriladores, marcapasos, técnicas de ablación y quirúrgicas.
- **Apgar:** La puntuación de Apgar es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia.

C

- **Cuidado prenatal:** es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal
- **Congénitos:** Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de

anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

- **Craneofaciales:** es un término médico que está relacionado con los huesos del cráneo y de la cara. Las anomalías craneofaciales son defectos de nacimiento de la cara o de la cabeza. Algunos defectos, como el labio y paladar leporino, son los más comunes de todos los defectos congénitos
- **Crecimiento uterino:** es un proceso complejo en virtud del cual a partir de una única célula se forma un ser pluricelular con órganos y tejidos bien diferenciados. ... El estado de nutrición y bienestar materno junto al desarrollo placentario son agentes limitantes del potencial genético de crecimiento del feto
- **Cianosis:** Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.
- **Cromosoma:** Orgánulo en forma de filamento que se halla en el interior del núcleo de una célula eucariota y que contiene el material genético; el número de cromosomas es constante para las células de una misma especie.

D

- **Discapacidad:** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.
- La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive
- **Duelo:** es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación,

etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.

E

- **Espina bífida:** es un defecto del tubo neural, un tipo de defecto congénito del cerebro, la columna vertebral o de la médula espinal. Ocurre si la columna vertebral del feto no se cierra completamente durante el primer mes de embarazo. Esto puede dañar los nervios y la médula espinal. Pruebas de detección durante el embarazo pueden diagnosticar espina bífida. A veces se descubre sólo después del nacimiento del bebé
- **ETS:** enfermedades de transmisión sexual.
- **Endocrino:** es el conjunto de órganos y tejidos del organismo, que segregan un tipo de sustancias llamadas hormonas.
- **Embarazo:** es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

F

- **Fondo uterino:** se define como altura del fondo uterino a la distancia entre el pubis y la parte superior del útero, medida en centímetros
- **Fisiopatología:** Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.
- **Fecundación:** Fase de la reproducción sexual en la cual el elemento reproductor masculino se une con el femenino para iniciar el desarrollo de un nuevo ser.

- **Familia:** Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen
- **Fases:** Estado, diferenciado de otro, por el que pasa una cosa o una persona que cambia o se desarrolla

G

- **Gestación:** Proceso de elaboración o formación de una cosa

H

- **Hipoxia:** es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de los mismos.
- **Hidrocefalia:** es la acumulación de una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro. Normalmente, este fluido protege y amortigua el cerebro. Sin embargo, demasiado líquido ejerce una presión dañina para el cerebro
- **Hematológico:** es la especialidad médica (rama de la medicina interna) que se dedica al tratamiento de los pacientes con enfermedades de la sangre o hematológicas, su campo de actuación es el diagnóstico, tratamiento, estudio e investigación de la sangre y los órganos hematopoyéticos (médula ósea, ganglios linfáticos y bazo) tanto sanos como enfermos.
- **Hiperdinámica:** El estado hiperdinámico se caracteriza por aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la resistencia arterial sistémica y consecuentemente aumento del gasto cardíaco con el fin de aumentar el aporte de oxígeno.

I

- **Intervelloso:** El espacio intervelloso es parte de la placenta y se forma desde los inicios de la implantación del embrión en el tejido del útero. La implantación es una invasión real del endometrio uterino por parte del embrión con la finalidad de ganar acceso a los nutrientes maternos.

- **Inducción:** Forma de razonamiento que consiste en establecer una ley o conclusión general a partir de la observación de hechos o casos particulares.

L

- **Lactante:** Que está en el período de la lactancia.
- **Lactogeno:** Sustancia que aumenta la producción de leche. Los dos lactógenos más importantes son la hormona lactógena placentaria y la prolactina producida por la hipófisis.
- **Leucocitosis:** Aumento del número de leucocitos en la sangre circulante; puede ser por causas fisiológicas, como en el embarazo o durante la digestión, o por causas patológicas, como en las infecciones.

M

- **Muerte súbita:** es la aparición repentina e inesperada de una parada cardíaca en una persona que aparentemente se encuentra sana y en buen estado. ... Si no recibe atención inmediata, la consecuencia es el fallecimiento al cabo de unos minutos.
- **Muerte:** Fin de la vida.
- **Malformación:** Deformidad física o anomalía, en especial congénita, que resulta de un error en la producción y evolución de los caracteres morfológicos.
- **Melasma:** es una enfermedad que produce unas manchas simétricas principalmente en la cara (frente, mejillas o labio superior). Se produce debido al aumento de melanina a nivel de la epidermis o la dermis
- **Meconio:** Primer excremento de los recién nacidos, que es de color verdoso y consistencia viscosa y está compuesto de moco, bilis y restos de la capa superficial de la piel.

N

- **Nativos:** Que ha nacido en el lugar en que vive o en que se especifica; se utiliza a menudo para referirse a los miembros de comunidades consideradas exóticas o primitivas.
- **Neonato:** Niño recién nacido
- **Premisas:** Afirmación o idea que se da como cierta y que sirve de base a un razonamiento o una discusión

P

- **Prematuro:** Que ha nacido antes de que se cumplan los nueve meses desde que fue engendrado.
- **Perinatal:** Que afecta o concierne al bebé en el período inmediatamente anterior o posterior a su nacimiento

R

- **Regurgitación:** Acción de regurgitar.

S

- **SIDS:** síndrome de muerte súbita.
- **SMSL:** síndrome de muerte súbita del lactante.
- **Síndrome de Down:** Alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, que origina retraso mental y de crecimiento y produce determinadas anomalías físicas.
- **Sibilancias:** son un signo de que una persona puede estar presentando problemas respiratorios. El sonido de las sibilancias es más evidente cuando se expulsa el aire (exhalar). También se puede escuchar al tomar aire (inhalar).
- **Succión:** Extracción de una cosa, generalmente un líquido, aspirándolo o absorbiéndolo con la boca o con un instrumento.
- **Síndrome:** Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

- **Sueño:** Deseo o necesidad de dormir.

T

- **Teoremas:** Proposición matemática demostrable a partir de axiomas o de proposiciones ya demostradas.
- **Trimestre:** Período de tres meses.

U

- **Uteroplacentaria:** La circulación uteroplacentaria es el intercambio de sangre entre la madre y el feto.

V

- **Vírico:** De los virus o que tiene relación con estos microorganismos.
- **Viscosidad sanguínea:** La resistencia del flujo sanguíneo no solo depende del radio de los vasos sanguíneos (resistencia vascular), sino también de la viscosidad sanguínea.

