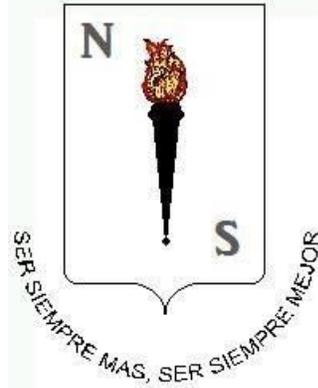


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: 8722



TESIS:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS INMEDIATOS Y
MEDIATOS AL RECIÉN NACIDO BASADOS EN EL MODELO DE SOR
CALLISTA ROY**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

LILIANA ALCARAZ RODRÍGUEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2022



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.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme puesto en el camino elegido, en donde yo pueda dar algo útil para los demás. Por permitirme estar en esta profesión maravillosa.

EENS

Agradezco a la institución por la oportunidad, el hospedaje de 4 años por la atención, el cuidado, dedicación y formación que me brindaron. En especial a las religiosas Sor Gloria Osornino, Sor Ángela y Sor Lulú.

A LA DIRECTORA ACADÉMICA LIC. MARTHA ALCARAZ

Que me brindo confianza, motivación, consejos.

A MIS MAESTROS (AS)

A todos mis maestros que me brindaron sus conocimientos durante cuatro años en todo mi proceso de formación educativa.

AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Por poder permitirnos dar nuestras prácticas, a los profesionales del hospital por brindarnos sus conocimientos y enseñanzas cada día.

DEDICATORIA

GRACIAS A MIS PADRES

J. Ventura Alcaraz Nieto y **Paula Rodríguez Verduzco**, por ser los principales promotores de mis sueños y mis pilares fundamentales y apoyo en mi formación académica., gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio y gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida., gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS

Primero que nada, quiero agradecer a mi hermano **José Alcaraz Rodríguez** que gracias por su apoyo incondicional y económicamente que con su apoyo y su ayuda pude cumplir mis sueños y meta. Gracias por apoyarme siempre. **Ana Yedeli Alcaraz Rodríguez, Cenobia Alcaraz Rodríguez, Mayra Iveth Alcaraz Rodríguez, Cristóbal Alcaraz Rodríguez, Yatziri Alcaraz Rodríguez, Roció Yamileth Alcaraz Rodríguez, José Alcaraz Rodríguez, María Alcaraz Rodríguez, y Emmanuel Alcaraz Rodríguez;** que han sido mi inspiración para ser mejor persona y quienes me apoyaron todo el tiempo.

Sin el apoyo de cada uno de ellos lo que hoy es una realidad no hubiera sido posible, porque este logro no es solo mío sino es fruto de cada uno de los esfuerzos de todos ellos.

Gracias a todos ellos se ha hecho realidad lo que un día solo fue un sueño hoy es una realidad.

GRACIAS A MIS FAMILIARES Y AMIGOS, que siempre confiaron en mí.

RESUMEN

La atención inmediata y mediata del recién nacido es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a niñas y niños en el proceso de parto e inmediatamente después, con la finalidad de reducir el riesgo de enfermar o morir.

El neonato se ve sometido a un período de transición debido a cambios externos cuando sale de un ambiente líquido termoestable que satisface plenamente sus necesidades vitales, y entra en una atmósfera cuya presión es variable y que requiere notables modificaciones fisiológicas para su supervivencia.

Por tanto, en la atención inicial del recién nacido (RN), se debe garantizar que el personal de salud involucrado en el procedimiento cuente con los conocimientos y equipos necesarios para crear todas las condiciones para una óptima recepción y así garantizar una atención y una adecuada evolución, que reduce su vulnerabilidad durante este período de transición.

Los profesionales de enfermería deben realizar una atención inmediata y mediata en el recién nacido y brindar al recién nacido atención primaria ya que solo en esta etapa se puede evitar un alto porcentaje de patologías. Durante las primeras horas de vida, el recién nacido requiere una supervisión especial, cuidados básicos y generales, etc.

Lo cual es importante para la evaluación y observación por parte del personal de enfermería, que debe estar presente en todo momento para detectar cualquier alteración y malformaciones que puedan ser tratadas a tiempo, durante el embarazo, parto y puerperio.

ABSTRACT

The immediate and mediate care of the newborn is the set of activities, interventions and procedures aimed at girls and boys in the process of birth and immediately after, with the purpose of reducing the risk of becoming ill or dying.

The neonate is subjected to a transition period due to external changes when it leaves a thermostable, liquid environment that fully satisfies its vital needs, and enters an atmosphere whose pressure is variable and that requires notable physiological modifications for its survival.

Therefore, in the initial care of the newborn (NB), it must be guaranteed that the health personnel involved in the procedure have the knowledge and equipment necessary to create all the conditions for an optimal reception and thus to guarantee care and adequate evolution, which reduces their vulnerability during this transition period.

Nursing professionals must carry out immediate and mediate care in the newborn and provide the newborn with primary care since only at this stage can a high percentage of pathologies be avoided. During the first hours of life, the newborn requires special supervision, basic and general care, etc.

Which is important for the evaluation and observation by the nursing staff, who must be present at all times to detect any alteration and malformations that can be treated in time, during pregnancy, childbirth and the puerperium.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Vida y Obras	4
2.2 Influencias	7
2.3 Hipótesis	9
2.4 Justificación	10
2.5 Planteamiento del problema	11
2.6 Objetivos	12
2.6.1 General	12
2.6.2 Específico	12
2.7 Método de investigación	12
2.8 Variables	12
2.9 Encuesta	13
2.10 Gráficas y resultado	16
3. GENERALIDADES DEL NEONATO	23
3.1 Definiciones	23
3.2 Clasificación del recién nacido	25
3.3 La valoración de la edad gestacional del recién nacido (RN),	26
3.4 La evaluación pediátrica al nacimiento utilizándose la exploración modificada de Dubowitz.	26
3.5 Según su edad gestacional, la Academia Americana de Pediatría, clasifica a los RN	26
3.6 Según el peso para la madurez estimada, los RN se clasifican como	27
3.7 Otras definiciones	27
3.7.1 Los recién nacidos prematuros se dividen en cuatro subgrupos basados en la edad gestacional (EG) en el parto	28
3.8 El desarrollo neurológico	28
3.9 Crecimiento y desarrollo fetal	30
3.9.1 Período embrionario	30

3.9.2 Mortalidad embrionaria	30
3.9.3 Factores de riesgos en el período embrionario	30
3.10 Fisiología del recién nacido.....	31
3.10.1 Características anatómicas y fisiológicas.....	33
3.10.2 Los genitales masculino y femenino	36
3.10.3 Desarrollo cognitivo.....	37
3. 11 Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016	38
4. PARTO DE ALTO RIESGO	46
4.1 Definiciones	46
4.2 Factores de riesgo	47
4.2.1 Categorías de riesgo.....	48
4.2.2 Controles generales en gestaciones de alto riesgo.....	49
4.3 Para clasificar a las mujeres para el componente básico del control prenatal.....	51
4.4 Manifestaciones clínicas	52
4.5 Características	53
4.5.1 Características físicas	53
4.5.2 Características sociales	56
4.6 Problemas en un embarazo previos.....	56
4.6.1 Trastornos presentes antes del embarazo	58
4.6.3 Trastornos en el embarazo	59
4.6.4 Exposiciones en el embarazo	59
4.7 Consulta preconcepcional.....	61
4.7.1 Consulta prenatal	62
4.8 Valoración del riesgo durante el embarazo	62
4.9 Clasificación del riesgo obstétrico	63
5. COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO	66
5.1 Causas frecuentes de alto riesgo neonatal	66
5.2 Edad gestacional.....	66
5.3 Características físicas de un recién nacido prematuro.....	67
5.4 Problemas antes del nacimiento	68

5.4.1 De salud maternos	68
5.4.2 Fetales	72
5.4.3 En el nacimiento.....	72
5.5 Estilo de vida materno.....	73
5.6 Diagnóstico	73
5.7 Clasificación	76
5.8 Evaluación	76
5.9 Tratamiento.....	80
6. CUIDADOS INMEDIATOS Y MEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO.....	84
6.1 Atención inmediata al recién nacido.....	84
6.1.2 La atención inmediata del recién nacido	85
6.1.3 Cuidados inmediatos durante la sala de parto	86
6.1.4 Material y equipo en la atención del recién nacido.....	87
6.2 Cuidados mediatos al recién nacido	88
6.3 Valoraciones en el recién nacido	89
6.3.1 Exploración física	89
6.3.2 Examen segmentario	93
6.4 Valoración del recién nacido	96
6.4.1 Test de APGAR.....	96
6.4.2 Prueba de silverman y anderson.....	100
6.4.3 Valoración de la edad gestacional	101
6.5 Identificación del recién nacido	104
6.6 Alojamiento conjunto.....	105
6.7 Ambiente térmico neutro	106
6.8 Reflejos	108
7. VÍNCULO MADRE E HIJO, CONTACTO Y APEGO Y LACTANCIA	
MATERNA	111
7.1 Vínculo afectivo entre la madre e hijo	111
7.2 Contacto precoz	112
7.3 Apego y crianza	113
7.4 Crianza de separación	115

7.5 Lactancia materna y apego seguro	115
7.6 La crianza biológica	115
7.7 Lactancia materna.....	116
7.7.1 Cuándo iniciar lactancia materna	118
7.7.2 Beneficios que la lactancia materna le aporta al bebé	119
7.7.3 Problemas más comunes en la lactancia y como se pueden resolver cuando se presentan.....	122
7.7.4 Cuáles son los indicadores de éxito de la lactancia materna	124
7.8 Qué técnicas se pueden realizar para lograr una mejor succión de la leche materna durante el amamantamiento	125
7.8.1 Algunas posiciones que se pueden recomendar son.....	126
7.9 Consejos y recomendaciones para iniciar una lactancia materna satisfactoria	127
7.9.1 Información y consejos para mantener el periodo de lactancia	129
8. CUIDADOS Y SUGERENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO	131
8.1 Papel de enfermería en los servicios de neonatología.....	131
8.3 Etapas de plan de cuidados de enfermería.....	134
8.4 Cuidados de enfermería antes del parto	136
8.5 Cuidados de enfermería después del parto	137
8.6 Cuidados de enfermería de acuerdo a la clasificación después del parto vaginal y cesárea.	139
8.7 Cuidados de enfermería en el departamento de alojamiento conjunto	140
8.8 Cuidados de enfermería en el muñón del RN	141
8.9 Educación sanitaria a la madre y familiares sobre la técnica de la lactancia materna.....	143
9. CONCLUSIÓN	146
10. BIBLIOGRAFÍA	149
10.1 Básica	149
10.2 Complementaria.....	151
10.3 Electrónica	154
11. GLOSARIO	156

1. INTRODUCCIÓN

Enfermería es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan. El personal de enfermería debe tener la formación y el entrenamiento necesarios para la supervisión y procedimientos que se requieren durante los primeros 28 días de vida del recién nacido, de esto depende el crecimiento y desarrollo del neonato. Generalmente se trabajan en las unidades de neonatología, cunero, UCIN de los hospitales, donde pueden proporcionar los cuidados básicos a los recién nacidos sanos, y cuidados intensivos a los recién nacidos prematuros o con complicaciones.

La Atención del Recién Nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir. Objetivo Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas de discapacidad en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal. lo cual es importante la evaluación y observación por parte de enfermería que debe estar presente en todo momento para poder detectar alguna alteración y malformaciones que se puedan tratar a tiempo, etc.

Los profesionales de enfermería deben realizar los cuidados inmediatos del recién nacido en la sala de parto o quirófano, brindan al recién nacido la atención primordial ya que sólo en esta etapa se puede evitar un porcentaje alto de patologías. Durante las primeras horas de vida el recién nacido requiere una supervisión especial, cuidados básicos como la limpieza, la ligadura del cordón umbilical, exámenes físicos, detección del tipo de sangre y la administración de vitaminas y vacunas, etc.

Los cuidados inmediatos del recién nacido son fundamentales para su adaptación óptima a la vida extrauterina, por lo que las intervenciones deben ser planeadas y oportunas. Y en los cuidados mediatos al recién nacido están orientados a valorar de manera continua su comportamiento hemodinámico, con el fin principal de tomar decisiones y actuar de manera oportuna. Lo cual se quiere conocer la utilidad y los cuidados en el recién nacido, tanto en el área de la unidad tocoquirúrgica como la de cunero así poder brindar los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido. Ya que la enfermera es el primer profesional de la salud que efectúa una valoración completa del neonato. Aunque la persona que atiende el parto es quien realiza la valoración inmediata, pero la enfermera suele ser la encargada de vigilar al recién nacido durante el periodo de transición de seis a ocho horas y de completar la valoración inicial.

En el presente documento se desglosan algunos de los temas enfocados al recién nacido como como primer tema generalidades del neonato, basándose en definiciones y conceptos del recién nacido, la clasificación del recién nacido, características anatómicas y fisiológicas del recién nacido, crecimiento y desarrollo fetal y fisiología del recién nacido; de lo cual todas las intervenciones se deben de cumplir basándose en la norma oficial mexicana 007 que tiene como enfoque a la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

En el parto de alto riesgo, se desglosa lo que es el embarazo de alto riesgo hablando de complicaciones que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal, secuelas transitorias y permanentes en la madre y el recién nacido. clasificación a las mujeres para el componente básico del control prenatal, manifestaciones clínicas basada en la evaluación inicial rápida, que determina rápidamente el grado de riesgo de la embarazada, características físicas y sociales, problemas en un embarazo previos, trastornos presentes antes del embarazo o Durante el embarazo puede surgir un problema o sobrevenir un trastorno que lo convierta en un proceso de alto riesgo, exposiciones en el embarazo, consulta preconcepcional y prenatal, clasificación del riesgo obstétrico.

En este capítulo se describen las complicaciones en el recién nacido que pueden aparecer antes del nacimiento, durante las contracciones y el parto, y después del nacimiento, relacionadas con la edad gestacional, problemas maternos, problemas antes del nacimiento, estilos de vida, problemas fetales y en el nacimiento.

En el siguiente capítulo se describen los cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido, basándose en la atención inmediata y mediatos del recién nacido, material y equipo para dar dichos cuidados así como realizando los cuidados generales al recién nacido, la curación del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales, exploración física del recién nacido y valoraciones del recién nacido basándose en cada una de las maniobras, pruebas de examen, técnicas clínicas y criterios a evaluar y reflejos en el recién nacido, así como es de suma importancia la identificación del RN, alojamiento conjunto.

En el siguiente capítulo se describe el vínculo madre e hijo, contacto y apego y lactancia materna. Una de las tareas de las enfermeras o enfermeros es estimular la conexión con los padres, enseñándoles cosas esenciales sobre el cuidado del bebé y principalmente ayudar con la lactancia materna. Beneficios de la lactancia materna le aporta al bebé, qué técnicas se pueden realizar para lograr una mejor succión de la leche materna durante el amamantamiento, etc. Así como también teniendo un vínculo efectivo entre madre e hijo, apego y crianza. En el siguiente capítulo se describen los cuidados y sugerencias del personal de enfermería en los cuidados del recién nacido, está enfocado en las intervenciones de enfermería en los cuidados durante la sala de parto, antes del parto, después del parto, alojamiento conjunto, así como la enfermera tiene la tarea de brindar educación sanitaria a la madre y familiares sobre la técnica de la lactancia materna, explicarle las ventajas e importancia que proporciona para la madre y para el RN la lactancia materna exclusiva. En el cual la enfermera debe intervenir continuamente en el cuidado de los pacientes que presentan un alto compromiso para la adaptación en la vida extrauterina, debe seguir un plan de cuidado que consta de 3 etapas: valoración, intervención y adaptación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Vida y Obras

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California en los Estados Unidos. Y en 1963 inició su carrera de enfermera. Obtuvo un B.A. en enfermería en el Mount Saint Mary's College en Los Ángeles y en 1966 una M.S.N. de la Universidad de California en Los Ángeles. Aún muy joven, con solo 14 años, entró a trabajar en un hospital, aunque en el departamento de comidas. Pronto cambió su cometido, siendo ascendida a ayudante de enfermería. Durante esa época decidió ingresar como monja en la congregación Hermanas de San José de Carondelet.

Cuando trabajaba como enfermera de pediatría, observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. De ahí surge la idea de considerarlo como un marco conceptual adecuado para la enfermería. El Roy Adaptation Model (RAM) se presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la *Nursing Outlook*, titulado "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing".

- **Educación:** Roy obtuvo un pregrado en enfermería por el Mount St. Mary's College en 1963, seguido por un máster en enfermería por la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) en 1966. Después obtuvo másters y doctorados en sociología por la UCLA. Fue becaria de postdoctorado en enfermería de neurociencia en la Universidad de California en San Francisco. También se le han concedido cuatro doctorados honoris causa.
- **Carrera:** Callista Roy es profesora y teórica de enfermería en la Escuela de Enfermería de William F. Connell, en el Boston College. En 1991, fundó la Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS), que más tarde renombró como Roy Adaptation Association (Asociación de Adaptación de Roy). Ha dado numerosas conferencias en más de treinta países,

incluyendo Estados Unidos. Actualmente, estudia los efectos de las intervenciones en la recuperación cognitiva tras una lesión leve en la cabeza.

Fue profesora en diversas Universidades. Desde 1983 a 1985 trabajo como enfermera clínica especialista en neurología en la Universidad de California, San Francisco. Realizo un gran número de libros, capítulos y artículos, los cuales los publico periódicamente, también impartió numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación.

OBRAS O TEXTOS ESCRITOS POR SOR CALLISTA ROY

- **Teoría:** En realidad, el modelo presentado por Callista Roy es lo que los expertos denominan meta teoría. Esto significa que estuvo basado en otras teorías anteriores. En este caso, utilizó la teoría general de sistemas de A. Rapoport y la teoría de adaptación de Harry Helson.

La mejor definición de su modelo la dio ella misma en uno de sus escritos:

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación.”

Conceptos: Existen varios conceptos utilizados por Roy que hay que tener en cuenta para entender su teoría. El primero es el de Persona, definida por la autora como un ser holístico y adaptable. Para ella, un individuo combina las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Uniendo las tres, la persona estará completa.

El segundo de los conceptos importantes es el de Entorno. Se trata de todas las circunstancias e influencias que rodean a la persona, afectando su conducta y forma de pensar. El Entorno no es estático, sino que va cambiando con el tiempo, provocando que la persona tenga que adaptarse.

Obras: Aparte de la gran cantidad de artículos que la autora ha publicado a lo largo de los años, su bibliografía más importante es la siguiente:

- Roy, C. (2009). «Assessment and the Roy Adaptation Model»
- Roy, C. (2008). «Adversity and theory: The broad picture»
- Whittemore, R. & Roy, C. (2002). «Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis».

Los principales supuestos de su modelo se describen a continuación:

- **Adaptación**

Se refiere "al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno". Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

- **Enfermería**

Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.

- **Persona**

Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para

mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

- **Salud**

Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

- **Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

2.2 Influencias

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

En uno de sus seminarios en su proceso formativo de maestría, junto con Dorothy Johnson su asesora desarrolló los principios de un modelo conceptual de enfermería, basada en su experiencia en el área de pediatría en el que tuvo en cuenta la capacidad de recuperación y adaptación a cambios físicos y psicológicos por parte del niño. Cuando realizaba su master le pidió a Dorothy E. Johnson que desarrollaran un modelo conceptual de enfermería. Comenzó a trabajar como enfermera en pediatría y ahí se dio cuenta de la gran capacidad que tenían los

niños en adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, esto el impacto de tal manera que lo considero como un marco conceptual para la enfermería.

PROPONE PARA EL GREMIO ENFERMERIL

- En el año 2007 fue reconocida por la American Academy of Nursy como una Living Leyend.
- En 1981 recibio el premio Nacional del Fundador a la Excelencia en el Fomento de los Estándares Profesionales de Enfermería. Fue admitida como miembro de la American Academy of Nursy en 1978.

Es una teórica muy respetada. Enfermera, escritor, profesor, investigador y docente que actualmente ocupa el cargo de profesor y teórico de la enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston College en Chestnut Hill, Massachusetts y realiza conferencias constantemente.

2.3 Hipótesis

Es que las enfermeras licenciadas en enfermería y obstetricia sean capaces de dar los cuidados inmediatos al neonato, según la norma oficial mexicana 007, la LEO debe contar con los conocimientos para dar dichos cuidados en los primeros minutos se vida extrauterina. Debe conocer el todo el protocolo y material necesario para dar dichos cuidados también debe saber todo el proceso que ocurre durante el embarazo y las complicaciones que pueda tener tanto la embarazada como principalmente el de recién nacido durante, antes.

2.4 Justificación

El presente trabajo de investigación está enfocado en el estudio de los cuidados inmediatos y mediatos que recibe el recién nacido en sus primeros minutos de vida extrauterina por parte de las licenciadas en enfermería y obstetricia, guiados por la norma oficial mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, donde las LEO tienen el campo abierto para su dominio en los cuidados, procedentes de un embarazo considerado de bajo riesgo. Los cuidados inmediatos son los que se brindan desde el momento preciso en que nace el neonato y también hasta que abandona la unidad tóco quirúrgica, la persona encargada del parto realiza la primera aspiración de secreciones y a partir de ahí, se valora el estado en el que se deprecia al recién nacido para poder realizar los cuidados inmediatos que son aquellos que son vitales justo al momento de nacer, y Los cuidados mediatos, son aquellos que contribuyen a la adecuada valoración y transición del recién nacido a la vida extrauterina, además ayudan a detectar anomalías al nacimiento, aunque se realizan posterior a los cuidados inmediatos y casi no valoran funciones vitales.

La intervención de enfermería en ámbito de la salud debe ser competente en su práctica para lograr los cuidados holísticos que pretenden alcanzar y en colaboración con otros profesionales. Lo cual es fundamental el conocimiento de los cuidados inmediatos y mediatos del neonato para las enfermeras especialistas. Así mismo como lo describe sor Callista Roy la enfermera debe ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación para conseguir que las respuestas sean eficaces y llegar a un nivel óptimo de bienestar. Lo cual el modelo de adaptación de sor Callista Roy comprende tres clases de estímulos que son focales, contextuales y residuales.

2.5 Planteamiento del problema

¿Es capaz las licenciadas en enfermería y obstetricia en dar los cuidados inmediatos al recién nacido en sus primeros minutos de vida extrauterina?

El profesional de enfermería debe ir teniendo el crecimiento y la evolución en su práctica exige el conocimiento y dominio de su área. De acuerdo sor Callista Roy la enfermera debe ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación para conseguir que las respuestas sean eficaces y llegar a un nivel óptimo de bienestar.

El cuidado inmediato se debe brindar al recién nacido pertenece también a las licenciadas en enfermería y obstetricia mencionando la norma oficial 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, la práctica se ha estado perdiendo con el tiempo, el conocimiento de los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido que nos permite tomar nuevamente esta práctica y en esta investigación se pretende identificar si el personal de enfermería posee los conocimientos para la restauración de la práctica. Lo cual los profesionales de enfermería se deben de seguir capacitando, continuamente durante todas sus prácticas y ser evaluada de todo lo que implique, tecnologías, nuevos y mejorando los procesos y técnicas, tratamientos, patologías, aspirando el conocimiento del ser humano, para brindar los cuidados especializados que se requieran.

2.6 Objetivos

2.6.1 General

- es conocer los cuidados inmediatos que requiere el neonato en sus primeros minutos de vida extrauterina.
- Conocer los cuidados mediatos que requiere el neonato.

2.6.2 Específico

- Capacitar al personal de salud para que brinde atención de alta calidad al recién nacido en la sala de parto y quirófano.
- Conocer todo el material necesario para dar dichos cuidados.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre la atención inmediata al recién nacido.
- Controlar riesgos y situaciones problema en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano.

2.7 Método de investigación

Utilizaré para llevar a cabo mi investigación el método descriptivo con un enfoque cualitativo. La investigación de este trabajo es pura, con un fenómeno descriptivo porque se requiere explicar todos los fenómenos por los cuales ocurre ese problema. Con fuentes de información tipo documental y bibliografías.

2.8 Variables

- **Variables independientes**
- **variables dependientes**

La variable independiente la aplicaré en los cuidados inmediatos como el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento inmediatamente después de nacer. Y la variable dependiente la aplicaré en el recién nacido.

2.9 Encuesta

Esta encuesta va dirigido a las estudiantes de la licenciatura en enfermería y personal médico, enfermería del hospital de nuestra señora de la salud.

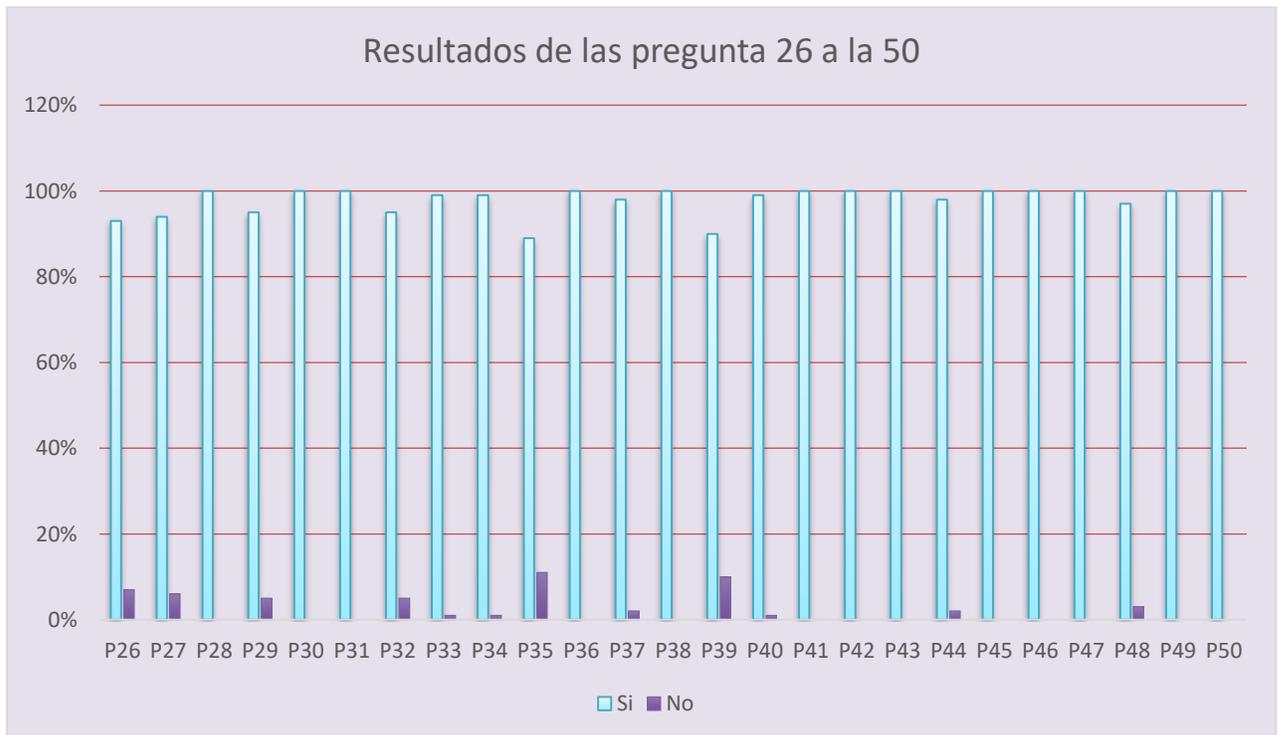
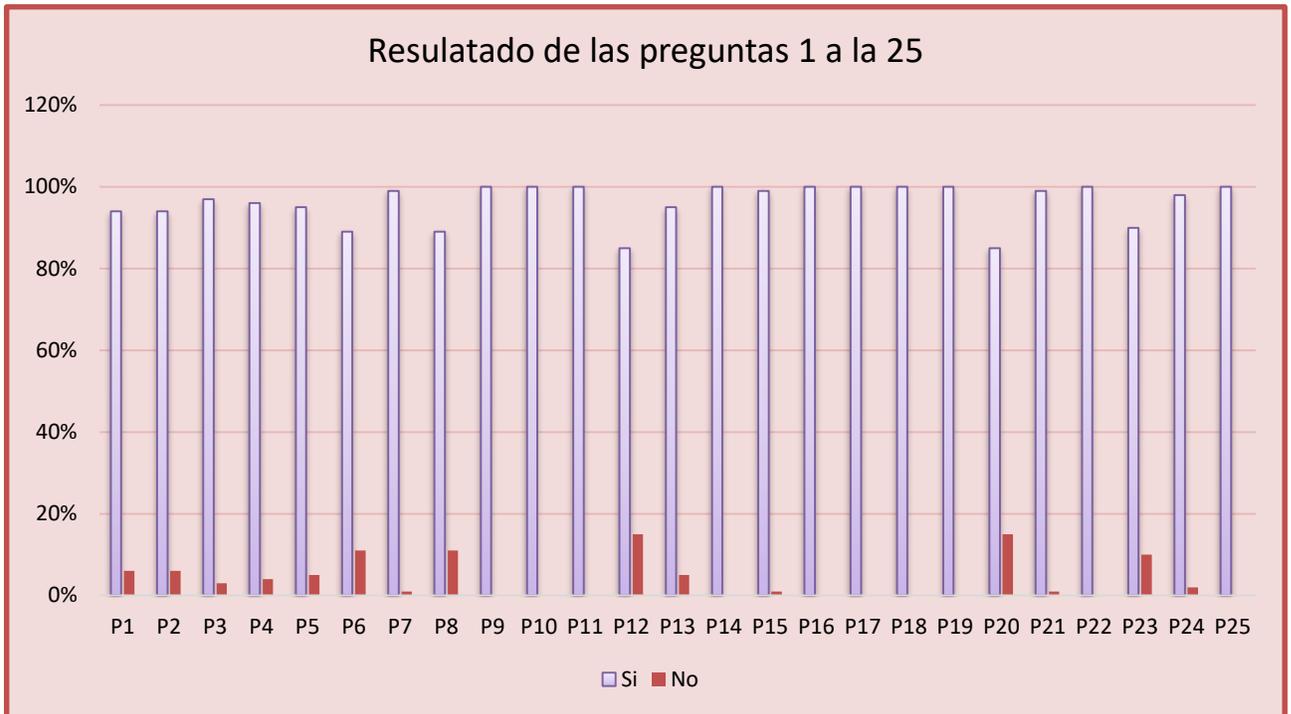
Lea cuidadosamente cada pregunta y marque (X) la respuesta que considere correcta de acuerdo a sus conocimientos.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Conoce cuáles son los cuidados mediatos e inmediatos del recién nacido?	94%	6%
2. ¿Conoce usted los principales cuidados en la atención inmediata del recién nacido?	94%	6%
3. ¿Sabe cuál es el equipo necesario para brindar los cuidados inmediatos en los primeros minutos de vida?	97%	3%
4. ¿Conoce la Valoración del neonato Tras el nacimiento?	96%	4%
5. ¿Sabe cuáles son los signos de alarma en el recién nacido?	95%	5%
6. ¿Sabe cuáles son los parámetros normales de la somatometría pediátrica?	89%	11%
7. ¿Sabe cuál es el peso ideal de un bebe?	99%	1%
8. ¿Conoce las complicaciones que puede tener un recién nacido en el trabajo de parto?	89%	11%
9. ¿Considera que la enfermera debe saber dar dichos cuidados?	100%	0%
10. ¿La valoración de silverman se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología?	100%	0%
11. ¿Conoce la función de la vitamina k en el recién nacido?	100%	0%
12. ¿Los recién nacidos prematuros se dividen en cuatro subgrupos basados en la edad gestacional en el parto?	85%	15%
13. ¿Ha escuchado de la Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-2016?	95%	5%
14. ¿Considera que todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, para identificar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio?	100%	0%
15. ¿Conoce las características de un recién nacido prematuro?	99%	1%

16. ¿La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento?	100%	0%
17. ¿Es necesario que el personal de salud sepa dar Reanimación neonatal; de ser necesaria?	100%	0%
18. ¿Sabe en qué consiste La atención prenatal?	100%	0%
19. ¿La vinculación afectiva padres e hijo es un aspecto esencial para el recién nacido?	100%	0%
20. ¿La primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación?	85%	15%
21. ¿La edad gestacional es el número de semanas que han transcurrido entre el primer día del último período menstrual de la madre y el día del parto?	99%	1%
22. ¿Los problemas que aparecen antes del nacimiento pueden estar relacionados con afecciones maternas que existían antes del embarazo o que han aparecido durante éste o con afecciones en el feto?	100%	0%
23. ¿Un recién nacido prematuro es un bebé que nace antes de las 37 semanas de gestación?	90%	10%
24. ¿Los problemas de salud durante el embarazo de la madre pueden afectar el crecimiento del feto y tener un impacto negativo sobre la salud del recién nacido?	98%	2%
25. ¿El objetivo de realizar un examen físico general, es valorar el estado general y detectar cualquier anomalía que, en forma inmediata, pueda poner en peligro la vida del recién?	100%	0%
26. ¿El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico?	93%	7%
27. ¿Alrededor del 10% de los recién nacidos necesitan atención especial después del nacimiento debido a la prematuridad?	94%	6%
28. ¿La atención especializada se brinda a menudo en una unidad de cuidados intensivos neonatales?	100%	0%
29. ¿Los cuidados mediatos, son aquellos que contribuyen a la adecuada valoración y transición del recién nacido a la vida extrauterina?	95%	5%
30. ¿Se debe Verificar que el cordón fue ligado correctamente y no hay riesgo de sangrado?	100%	0%
31. ¿Se debe de ligar el cordón umbilical por arriba de 3-5 centímetros?	100%	0%

32. ¿El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe de realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento?	95%	5%
33. ¿Sabe cuáles son los cuidados que se le deben de dar al cordón umbilical?	99%	1%
34. ¿Se debe verificar permeabilidad esofágica y anal del recién nacido?	99%	1%
35. ¿El recién nacido pretérmino es aquel cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas?	89%	11%
36. ¿Aplicación de vitamina K con dosis de 1 mg es por vía IM?	100%	0%
37. ¿La Aplicación de Cloranfenicol vía oftálmica en el recién nacido es 1 gota en cada ojo?	98%	2%
38. ¿Las LEO tienen el campo abierto para su dominio en los cuidados?	100%	0%
39. ¿Recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea?	90%	10%
40. ¿El Test de Capurro es un criterio utilizado para estimar la <u>edad gestacional</u> de un <u>neonato</u> ?	99%	1%
41. ¿El tamiz neonatal Sirve para la detección precoz de varias enfermedades?	100%	0%
42. ¿El tamiz neonatal se realiza dentro de las 72 horas hasta los 5 días?	100%	0%
43. ¿conoce usted algunos reflejos primarios del neonato?	100%	0%
44. ¿El recién nacido pos término es producto de la concepción con más de 42 o más semanas completas o más?	98%	2%
45. ¿Conoce que es asfixia neonatal?	100%	0%
46. ¿Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses?	100%	0%
47. ¿Sabe cuáles son los beneficios de proporcionarle al recién nacido lactancia materna exclusiva?	100%	0%
48. ¿Se considera con bajo peso al nacer al recién nacido de menos de 2500 gramos?	97%	3%
49. ¿Conoce cuáles son los cuidados de enfermería que se le brindan al recién nacido en la unidad tococirugía?	100%	0%
50. ¿En caso de no conocerlas estarías dispuesta de asistir a un curso informativo sobre los cuidados del recién nacido?	100%	0%

2.10 Gráficas y resultado



- Como pueden observar en la tabla de porcentajes de los resultados de las encuestas realizadas en la primera pregunta la mayoría de las estudiantes de enfermería como personal de enfermería, conoce cuáles son los cuidados mediatos e inmediatos del recién nacido aunque también podemos observar que el 6% no sabe cuáles son los cuidados.
- En la pregunta 2 se pudo percibir que las estudiantes de enfermería tienen el conocimiento de conocer principales cuidados en la atención inmediata del recién nacido que se realizan en los primeros minutos de vida, el 6% de ellas no sabe cuáles son esos cuidados.
- En la pregunta 3 observa que la mayoría de las estudiantes de enfermería saben cuál es el equipo necesario para brindar los cuidados inmediatos en los primeros minutos de vida y así como también se observa que el 3% no saben cuál es el material necesario para poder brindar esos cuidados.
- En la pregunta 4 la mayoría de las estudiantes conoce la Valoración del neonato tras el nacimiento en cambio el 4% de las estudiantes no conocen cual es la valoración que se le realiza al neonato al nacer.
- En la pregunta 5 el 95% de las estudiantes saben identificar cuáles son los signos de alarma en el recién nacido, en cambio el 5% no identifica los signos de alarma que pueda tener un RN.
- En la pregunta 6 el resultado que obtuve fue un 89% que las estudiantes saben cuáles son los parámetros normales de la somatometría pediátrica dado que un 11% del porcentaje de los entrevistados no idéntica cuales los parámetros normales de la somatometría normal en RN.
- En la pregunta 7 el resultado que obtuve fue bueno ya que las estudiantes de enfermería saben cuál es el peso ideal de un bebe dado que un mínimo porcentaje que fue el 1% de los entrevistados no sabe cuál es el peso normal de un bebe.
- En la pregunta 8 pude observar que el 89% de las estudiantes conoce las complicaciones que puede tener un recién nacido en el trabajo de parto y un 11% no identifica cuales son las complicaciones que puede tener un RN en el trabajo de parto lo cual es importante que impulsemos la educación a las

estudiantes de enfermería para que puedan identificar cuáles son las complicaciones que puede tener un RN en el trabajo de parto.

- En la pregunta 9 el resultado que obtuve fue muy bueno dado que el porcentaje de los entrevistados consideraron necesario que la enfermera debe saber dar dichos cuidados.
- En la pregunta 10 el resultado que obtuve fue muy bueno dado que el porcentaje de los entrevistados conocen la valoración de silverman y que evalúa esta valoración.
- En la pregunta 11 el resultado que obtuve fue muy bueno dado que el porcentaje de las estudiantes de enfermería, conoce la función de la vitamina k en el recién nacido.
- En la pregunta 12 observo que el 15% de las estudiantes no conocen que los recién nacidos prematuros se dividen en cuatro subgrupos basados en la edad gestacional en el parto y en cambio el 85% de las entrevistadas si tienen conocimiento.
- En la pregunta 13 Se identifico que la mayor parte de 95% de las estudiantes saben y conocen la Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-2016 y en cambio el 5% no identifica o no ha escuchado de esta norma.
- En la pregunta 14 el resultado fue muy bueno ya que las estudiantes consideran que todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, para identificar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y para que así pueda intervenir con mayor seguridad.
- En la pregunta 15 se identifica que la mayor parte de las entrevistadas conocen cuales son las características de un recién nacido prematuro y en cambio el 1% no identifica esas características del recién nacido prematuro.
- En la pregunta 16 el resultado fue muy bueno ya que las estudiantes consideran que la atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento.

- En la pregunta 17 el resultado fue muy bueno ya que las estudiantes consideran de gran importancia que es necesario que el personal de salud sepa dar Reanimación neonatal; de ser necesaria.
- En la pregunta 18 el resultado fue muy bueno ya que las estudiantes de enfermería conocen y saben en qué consiste la atención prenatal.
- En la pregunta 19 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas consideran de suma importancia que la vinculación afectiva padres e hijo es un aspecto esencial para el recién nacido.
- En la pregunta 20 observo que el 15% de las estudiantes no conocen cuando se debe realizar la primera consulta prenatal que se debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación y en cambio el 85% de las entrevistadas si tienen conocimiento.
- En la pregunta 21 el resultado que obtuve fue bueno ya que las estudiantes de enfermería tienen conocimiento de que la edad gestacional es el número de semanas que han transcurrido entre el primer día del último período menstrual de la madre y el día del parto y el 1% no conoce.
- En la pregunta 22 el resultado fue muy bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento en que los problemas que aparecen antes del nacimiento pueden estar relacionados con afecciones maternas que existían antes del embarazo o que han aparecido durante éste o con afecciones en el feto.
- En la pregunta 23 observo que el 10% de las estudiantes no tienen conocimiento que un recién nacido prematuro es un bebé que nace antes de las 37 semanas de gestación y en cambio el 90% del estudiante si tienen conocimiento.
- En la pregunta 24 el resultado que obtuve fue bueno ya que las entrevistadas de tienen conocimiento de que los problemas de salud durante el embarazo de la madre pueden afectar el crecimiento del feto y tener un impacto negativo sobre la salud del recién nacido y en cambio el 2% de las entrevistadas no tiene conocimiento los problemas de salud de la madre que puedan afectar al recién nacido.

- En la pregunta 25 el resultado fue muy bueno ya que las estudiantes de enfermería conocen y saben el objetivo de realizar un examen físico general, es valorar el estado general y detectar cualquier anomalía que, en forma inmediata, pueda poner en peligro la vida del recién.
- En la pregunta 26 observo que el 7% de las entrevistadas considera que el embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico y en cambio el 93% considera que sí.
- En la pregunta 27 observe que el 96% de las estudiantes de enfermería consideran que alrededor del 10% de los recién nacidos necesitan atención especial después del nacimiento debido a la prematuridad y el 4% no tiene conocimiento de ello.
- En la pregunta 28 el resultado fue muy bueno ya que las estudiantes de enfermería conocen y saben en donde se da la atención especializada, se brinda a menudo en una unidad de cuidados intensivos neonatales.
- En la pregunta 29 se puede percibir que las estudiantes de enfermería tienen el conocimiento de que los cuidados mediatos, son aquellos que contribuyen a la adecuada valoración y transición del recién nacido a la vida extrauterina y el 5% no tiene conocimiento de ello.
- En la pregunta 30 observe muy buen resultado ya que las entrevistadas consideran de suma importancia que se debe verificar que el cordón fue ligado correctamente y no hay riesgo de sangrado.
- En la pregunta 31 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento que se debe de ligar el cordón umbilical por arriba de 3-5 centímetros.
- En la pregunta 32 observe que la mayoría de las entrevistadas no tienen conocimiento de cuánto tiempo se debe realizar el pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe de realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento y en cambio el 5% si identifica cuanto tiempo debe ser.
- En la pregunta 33 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento y saben cuáles son los cuidados que se le deben de dar al cordón umbilical y el 1% de las entrevistadas no tiene conocimiento de ello.

- En la pregunta 34 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento de que se debe verificar permeabilidad esofágica y anal del recién nacido y en cambio el 1% no tiene conocimiento de ello.
- En la pregunta 35 observe que el 89% de las estudiantes de enfermería consideran que el recién nacido pretérmino es aquel cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas y en cambio el 11% no considera el recién nacido pretermino esas semanas de gestación.
- En la pregunta 36 observe muy buen resultado ya que las entrevistadas tienen conocimiento de la aplicación de vitamina K con dosis de 1 mg es por vía IM.
- En la pregunta 37 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento de la aplicación de Cloranfenicol vía oftálmica en el recién nacido es 1 gota en cada ojo y en cambio el 2% no tienen conocimiento de ello.
- En la pregunta 38 observe muy buen resultado ya que las entrevistadas consideran de suma importancia que las LEO tienen el campo abierto para su dominio en los cuidados y así dar los cuidados.
- En la pregunta 39 observe que el 90% de las entrevistadas consideran que el Recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea y en cambio el 10% de las entrevistadas no tiene conocimiento.
- En la pregunta 40 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento el Test de Capurro que es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato y el 1% de las entrevistadas no conoce este método.
- En la pregunta 41 observe muy buen resultado ya que las entrevistadas tienen conocimiento del tamiz neonatal sirve para la detección precoz de varias enfermedades.
- En la pregunta 42 el resultado que obtuve fue muy bueno dado que el porcentaje de los entrevistados tienen el conocimiento de que el tamiz neonatal se realiza dentro de las 72 horas hasta los 5 días.
- En la pregunta 43 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento de conocer algunos reflejos primarios del neonato.

- En la pregunta 44 el resultado fue bueno ya que las entrevistadas tienen conocimiento del recién nacido post término es producto de la concepción con más de 42 o más semanas completas o más y el 2% no tiene conocimiento de ello.
- En la pregunta 45 observe muy buen resultado ya que las entrevistadas tienen conocimiento de conocer que es asfixia neonatal.
- En la pregunta 46 observe que todos los entrevistados coinciden en que es de gran importancia que se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.
- En la pregunta 47 el resultado fue bueno ya que los entrevistados tienen conocimiento y sabe cuáles son los beneficios de proporcionarle al recién nacido lactancia materna exclusiva.
- En la pregunta 48 el resultado fue bueno ya que los entrevistados tienen conocimiento de que se considera con bajo peso al nacer al recién nacido de menos de 2500 gramos y el 3% no tiene conocimiento de ello.
- Observe en la pregunta 49 que todos coinciden en que es de gran importancia y conocen cuáles son los cuidados de enfermería que se le brindan al recién nacido en la unidad de cuidados neonatales.
- Por último en la pregunta 50 todos los entrevistados están dispuestos en que en caso de no conocerlas estarías dispuesta de asistir a un curso informativo sobre los cuidados del recién nacido, para así saber dar dichos cuidados.

3. GENERALIDADES DEL NEONATO

La Atención del Recién Nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

OBJETIVO

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal.

3.1 Definiciones

- **Nacidos vivos:** Es la expulsión o extracción de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que después de la separación del cuerpo de la madre respire o dé cualquier otra señal de vida, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, como si se ha desprendido o no de la placenta.
- Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.
- **Recién nacido:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- **Recién nacido a término:** Es el que nace entre las 37 y menos de 42 semanas de edad gestacional.
- **Recién nacido pretérmino:** Es el que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional.

- **Recién nacido inmaduro:** Nacido vivo con menos de 1 000 g de peso, por lo general con menos de 28 semanas de edad gestacional.
- **Recién nacido pos término:** Nacido de una edad gestacional de 42 semanas o más, embarazo prolongado.
- **Recién nacido de gran peso:** Es el que nace con peso de 4 000 g o más.
- **Recién nacido de bajo peso al nacer:** Es el que pesa al nacer menos de 2 500 g independientemente de la edad gestacional.
- **Recién nacido de bajo peso para su edad gestacional:** Es el que nace con un peso por debajo del percentil 10 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de esta.
- **Crecimiento intrauterino acelerado:** Nacido con un peso mayor que el 90 percentil de la curva de peso intrauterina, de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de esta.
- **Defunción neonatal:** Todo nacido vivo fallecido antes de los 28 días de vida.
- **Defunción neonatal precoz:** Todo nacido vivo fallecido antes de los 7 días de vida.
- **Defunción neonatal tardía:** Todo nacido vivo fallecido entre los 7 y 27 días de vida.
- **Defunción potsneonatal:** Es la que ocurre en un niño entre los 28 días y menos de los 12 meses de edad.
- **Defunción fetal:** Es la muerte de un producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.
- **Aborto:** Nacimiento de un feto muerto con un peso inferior a 500 g y menos de 20 semanas de edad gestacional.
- **Defunción fetal intermedia:** Es la defunción fetal en que el feto pesa al nacer de 500 a 900 g, lo que equivale a 20 - 27 semanas de edad gestacional.
- **Defunción fetal tardía:** Es aquella defunción fetal en la que el feto pesa 1 000 g o más, equivalente a 28 semanas de edad gestacional.
- **Feto macerado:** Es aquel que presenta cambios post mortem de autólisis que se produce intraútero.

- **Mortalidad perinatal:** Abarca las defunciones fetales de 1 000 g y más de peso, y los neonatos fallecidos antes de los 7 días de vida, con 1 000 g o más de peso al nacer.
- **Mortalidad infantil:** Todo nacido vivo que fallece antes de cumplir el primer año de edad.
- **Mortinato o nacido muerto:**
- Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

3.2 Clasificación del recién nacido

De acuerdo a la edad gestacional el recién nacido se clasifica.

- **Recién nacido pre término:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- **Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos
- **Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- **Recién nacido postérmino:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación
- **Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.
- **De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:**

- **De bajo peso (hipotrófico):** Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional
- **De peso adecuado (eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- **De peso alto (hipertrófico):** Cuando el peso corporal sea mayor a la percentil a 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

3.3 La valoración de la edad gestacional del recién nacido (RN)

Se puede basar en:

La información obstétrica que considera:

- Fecha de última Regla
- Estimación por Ecografía Fetal Precoz a las 12 semanas (precisión de ± 4 días)

3.4 La evaluación pediátrica al nacimiento utilizándose la exploración modificada de Dubowitz.

- (Nuevo score de Ballard) basada en signos de maduración física y neuromuscular, lo cual permite considerar RN muy inmaduros.
- Se recomienda reevaluar la estimación de EG Pediátrica a las 24-72 horas de vida, cuando esta no resulta coincidente con la EG Obstétrica, y en los RN deprimidos al nacer o Pretérminos, dada la dificultad de la evaluación neuromuscular del RN en ciertos casos.

3.5 Según su edad gestacional, la Academia Americana de Pediatría, clasifica a los RN en.

- **RN de pretérmino:** Menos de 37 semanas completas (hasta 258 días después del inicio de la última menstruación)
- **RN de término:** 37 – 41 semanas (259 días a 293 días después del inicio de la última menstruación)
- **RN postérmino:** 42 semanas completas o más (294 días o más).

3.6 Según el peso para la madurez estimada, los RN se clasifican como.

- Adecuados para la edad gestacional (AEG): entre percentiles 10 - 90
- Grandes para la edad gestacional (GEG): superior a percentil 90
- Pequeños para la edad gestacional (PEG): inferior al Percentil 10

3.7 Otras definiciones.

De acuerdo al peso de nacimiento los RN se pueden clasificar en:

- Macrosómicos: 4.000 g. o más
- Bajo peso de nacimiento (BPN): 2.500 g o menos.
- Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): 1.500 g o menos.
- Muy muy bajo peso de nacimiento (MMBPN) ≤ 1.000 g
Peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)

Según edad gestacional, los RN de pretérmino se clasifican en:

- **Prematuros extremos:** Menor de 28⁺⁰ semanas de gestación.
- **Prematuros muy prematuros:** 28⁺⁰ a 31⁺⁶ semanas.
- **Prematuros moderados:** 32 semanas a 33⁺⁶ semanas de gestación.
- **Prematuros tardíos (o leves):** 34⁺⁰ semanas a 36⁺⁶ semanas de gestación.

Cada uno de estos grupos tiene aspectos de morbilidad asociada.

Índice Ponderal.

- Al establecer la relación Peso Talla, se obtiene el Índice Ponderal
- $(\text{Peso (g)}/\text{Talla}^3 \text{ (cm)} \times 100)$, lo cual permite clasificar los trastornos del crecimiento en:

Simétricos: (Entre percentiles 10-90)

Asimétricos: Percentil > 90 (RN con Sobrepeso) Percentil < 10 (RN enflaquecido).

3.7.1 Los recién nacidos prematuros se dividen en cuatro subgrupos basados en la edad gestacional (EG) en el parto.

- Prematuros Extremos (< 28 semanas)
- Muy prematuros (28-31 semanas),
- Prematuros Moderados (32-33 semanas)
- y Prematuros Tardíos (34-36 semanas)

3.8 El desarrollo neurológico

Que ocurre en el niño en los 2 primeros años de vida, cumple fielmente los principios generales del desarrollo La integración y especialización de funciones que ocurren están programadas genéticamente y no son nunca absolutamente independientes de factores del ambiente, los que actúan como agentes de estimulación.

Este sistema nervioso inmaduro tiene 4 propiedades fundamentales

- Número de neuronas activadas (y activables) relativamente bajo
- Conducción lenta de señales.
- Transmisión sináptica difícil, con una débil producción de señales
- plasticidad especial, que llamaremos electiva

Reflejos como el de succión y búsqueda, están encaminados a permitir el elementos nutricionales para la Subsistencia, pero en forma paralela, también se fincarán las bases para el desarrollo cognitivo y emocional.

Parte de una secuencia de madurez que lo llevará en un futuro a la adquisición de patrones motrices más complejos y siempre con la finalidad de ir rompiendo con la acción de la gravedad.

Exploración Neurológica:

- No debe efectuarse inmediatamente después del parto (puede estar modificada por el estrés del parto) 72 horas de edad.

- No practicarse inmediatamente antes o después de los alimentos.
- Cuando los niños son muy pequeños (1500 gr) que el examen sea fraccionado.

En el examen neurológico se explora:

- El tono pasivo, tono activo y el reflejo
- El tono pasivo evidencia el tono muscular (sinapsis muscular) se basa en la búsqueda de extensibilidad de los segmentos. Actitud, ángulos del pie y manos. Así como la maniobra de bufanda, talón-oreja y mentón- acromion.

Maniobra talón-oreja

- RN en decúbito dorsal, viendo hasta dónde le es posible doblar sus extremidades estiradas sobre el tronco sin forzar al niño.

Sigo o Maniobra de Bufanda

- Decúbito dorsal, pasando su extremidad superior alrededor del cuello hacia el lado contrario y observando si el codo pasa más de la línea media sin forzarlo.

Mentón-acromion

- Valora los músculos laterales del cuello (esternocleidomastoideo) la cabeza del RN es rotada lentamente con suavidad intentando llevar el mentón hacia el acromion.

Tono activo Pone en juego la actividad postural y motora, significa el establecimiento de la sinapsis neuromuscular y el impulso correcto de los estímulos nerviosos.

Neonato en decúbito dorsal es sujetado por sus extremidades superiores y enseguida es llevado a la posición sentado

- **Se explora el llanto:** No audible, débil, con poca intensidad y duración, fuerte sostenido, agudo, quejumbroso. (Valorar a diferentes horas del día)
- **Fijación de la vista:** Colocar objeto brillante a 10 o 15 cm al nivel de los ojos.

3.9 Crecimiento y desarrollo fetal.

La vida intrauterina se divide en dos fases principales. Embrionaria y Fetal.

3.9.1 Período embrionario.

Es considerado desde la primera a la octava semana del crecimiento, durante el cual el huevo fertilizado se diferencia en un organismo que tiene muchos de los rasgos anatómicos groseros del cuerpo humano. La organogénesis continua más allá de la octava semana en algunos sistemas. Algunos autores prefieren designar el periodo embrionario como el primer trimestre del embarazo o las doce semanas.

3.9.2 Mortalidad embrionaria.

Durante el período embrionario la mortalidad es probablemente más alta que en ningún otro período de la vida, esta situación puede deberse a alteraciones de la salud materna, anomalías cromosómicas, edad materna avanzada, entre otros factores.

3.9.3 Factores de riesgos en el período embrionario.

- Enfermedad hipertensiva gravídica.
- Enfermedades crónicas de la madre Ej.: diabetes Mellitus.
- Hábitos tóxicos.
- Bajo peso y baja talla materna.
- Condiciones socioeconómicas malas.
- Primiparidad precoz y tardía

Período Fetal.

Comprende desde la duodécima hasta las cuarenta semanas de gestación, este período se distingue por un rápido crecimiento y desarrollo de las funciones fetales. Morbilidad fetal. Proviene de una gran variedad de factores intrauterinos, pueden estar dados por interferencias en la oxigenación fetal a través de

alteraciones placentarias o del cordón umbilical, infecciones tales como sífilis, toxoplasmosis, enfermedad por citomegalovirus y otras enfermedades virales y bacterianas; lesiones por radiación, traumatismos, agentes químicos nocivos, alteraciones inmunológicas o alteraciones nutricionales maternas.

Condiciones nutricionales maternas.

La malnutrición en la mujer embarazada conduce a una alta incidencia de fetos muertos o niños/as bajo peso al nacimiento. Las deficiencias en la dieta materna tienden más a afectar el peso y las condiciones generales del niño/a que a producir defectos anatómicos específicos. Las deficiencias de calcio en la dieta influyen en cierto modo sobre la estructura ósea del recién nacido. Una malnutrición por parte de la madre durante su vida, incluyendo su embarazo repercute a largo plazo en el crecimiento y desarrollo del niño/a, lo que provoca efectos devastadores en el niño/a.

Desarrollo de la función cerebral.

La velocidad de crecimiento en el número de neuronas es alta durante la gestación que puede ir aumentando a una velocidad decreciente en el hombre hasta los 18 meses de edad post natal. Se incrementa el número y la complejidad de las conexiones dendríticas, el número de neuroglías, la mielinización y el y el número de neuronas gliales.

3.10 Fisiología del recién nacido.

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina impone al recién nacido la necesidad de activar un número elevado de funciones que habían permanecido latentes, algunas de ellas, como la respiración o el mantenimiento de la temperatura corporal, son rápidamente adquiridas. Se considera la actividad más crítica del recién nacido realizar una adecuada actividad respiratoria y un efectivo recambio de gases. La frecuencia respiratoria varía entre 35 – 50 respiraciones por minuto y en algunas ocasiones fuera de este rango.

La frecuencia cardiaca oscila entre 120 y 160 latidos por minuto, se pueden encontrar soplos cardiacos transitorios.

El recién nacido experimenta la sensación de hambre en horarios irregulares que se irán adecuando a intervalos entre dos a cinco horas, se apoyará para lograr sus requerimientos nutritivos a través del llanto, reflejos de búsqueda, reflejo de succión palatofaríngeos y de deglución.

Las primeras deposiciones ocurren aproximadamente en las primeras 24 horas (meconio). Al iniciarse la alimentación láctea el meconio va disminuyendo progresivamente y aparecen las diarreas transicionales esto ocurre entre el tercero o cuarto día, estas son de color verde oscuro y pueden contener coágulos de leche pasado este tiempo aparece la verdadera deposición láctea. La periodicidad de las deposiciones estará en correspondencia con la frecuencia y calidad del alimento ingerido. El promedio de deposiciones en el recién nacido es de tres a cinco al final de la primera semana, es inusual que realice más de seis a siete deposiciones diarias a partir del segundo día, puede darse el caso que no defecue en todo el día y es normal. La temperatura corporal del recién nacido después del nacimiento sufre una disminución transitoria, pero se recupera a las cuatro u ocho horas de vida. Las necesidades calóricas van en aumento un 50 % se destina para las necesidades metabólicas basales, un 40 % al crecimiento y actividad, un 50 % a la acción dinámica específica de las proteínas y el otro 5 % se pierde por la orina y heces fecales.

El cuerpo del recién nacido está constituido por una elevada cantidad de líquido, el espacio extracelular posee un 35 % del peso corporal. Durante los primeros días existe una pérdida del exceso de líquido, cuando esta pérdida es excesiva puede presentarse deshidratación o fiebre por inanición hacia el tercero o cuarto día de vida.

Los requerimientos de agua después de la primera semana de vida se calculan entre 120 – 150 ml/kg/día, la mitad se utiliza en la formación de orina, el resto en pérdidas insensibles por el pulmón, piel y otras.

La orina contiene pequeñas cantidades de proteínas y durante la primera semana de vida puede contener abundantes uratos, los cuales pueden teñir el pañal de un color sonrosado.

La hemoglobina en el recién nacido oscila entre 17 y 19 g/l, observándose durante las primeras 48 horas de vida reticulocitosis y normoblastemia moderada. Las cifras de leucocitos al nacer oscilan alrededor de 10.000 mm³ que se incrementan en las primeras 24 horas con neutrofilia relativa. Después de la primera semana de vida el número de leucocitos es inferior a 14.000 mm³ con linfocitosis característico de la lactancia y primera infancia.

Los niveles de gammaglobulina en el recién nacido (enteramente IgG) son ligeramente más altos que en la madre. La transferencia de anticuerpos de la variedad de IgG de la madre al niño puede proporcionar protección contra muchas enfermedades virales y algunas bacterianas.

Las cantidades de gammaglobulina en lactantes disminuyen a su tasa más baja en el tercer mes, se experimenta un incremento a los niveles que caracterizan a los niños/as mayores y a los adultos.

La respuesta inmunitaria en el recién nacido a término es lenta y aún más en el prematuro en comparación con los lactantes mayores. Los anticuerpos del sistema ABO aparecen en el segundo mes de vida.

3.10.1 Características anatómicas y fisiológicas

- **Proporciones Corporales:**

Al nacer, el niño parece desproporcionado, tiene una cabeza de gran tamaño dado principalmente por el volumen del cráneo y constituye cerca de la cuarta parte de la longitud total del niño. En el recién nacido de término, en reposo y acostado de espaldas, tiene una postura de flexión y está influida por la posición intrauterina y la edad gestacional.

- **Cabeza:**

Los huesos del cráneo están unidos por una membrana: las fontanelas ("molleras"), que permite que la cabeza se amolde en el momento del parto y siga su crecimiento después del nacimiento. La fontanela anterior o bregma, corresponde a un espacio conforma de rombo, de tamaño variable. Se cierra alrededor de los 18 meses.

La fontanela posterior o lambdaica, pequeña, de forma triangular, y se cierra alrededor de los dos o tres meses.

- **El pelo:**

El pelo del neonato puede ser fino o grueso, ralo o aglutinado. El cuello es corto, simétrico, flexible, con pliegues profundos y húmedos. Cara. La cara es pequeña y redonda, tiene el mentón un tanto retraído y la nariz algo aplanada por la presión dentro del útero.

- **Los ojos:**

Los están firmemente cerrados al nacer, no tiene cejas y puede tener pestañas largas. El niño es muy sensible a la luz y sonidos intensos y presenta un parpadeo protector. Comienza a ver desde el nacimiento, sigue los objetos colocados en su campo de visión y ven mejor a una distancia de 20 cm., distancia que alcanzan generalmente cuando es colocado al seno materno. Enfoca un objeto en cerca de 10 segundos. Prefieren los patrones simples, por ejemplo, óvalos como la cara materna; las imágenes nítidas a las difusas; les gustan los colores muy contrastantes como el blanco y negro y de mediana intensidad, como rosas, amarillos y verdes.

- **La nariz:**

La nariz es pequeña, poco prominente, relativamente plana, angosta y muy flexible. El niño es un respirador nasal, estas son estrechas y pueden estar

levemente obstruidas por acumulación de secreciones. En la nariz se observa pequeños puntos blancos llamados millium que aparecen en también en el mentón y frente, representan glándulas sebáceas que se obstruyen, son benignas y desaparecen espontáneamente en un par de semanas.

- **La boca:**

En la boca, los labios son húmedos, brillantes, de color rojo violáceo, están bien delimitados e íntegros. La mucosa debe estar húmeda y rosada. Al nacer pueden existir dientes, que se denominan supernumerarios, son poco común es y caen espontáneamente antes de que erupciones los dientes. El sentido del gusto está desarrollado y comienza a funcionar al nacer, tiene preferencia por los sabores dulces.

- **La oreja:**

En la oreja, el conducto auditivo externo es evidente, corto, recto, aunque a veces se presenta tortuoso. La trompa de Eustaquio es corta y ancha, lo que puede favorecer la otitis.

- **El tórax:**

Las clavículas y costillas están en posición horizontal; el tórax del recién nacido tiene una forma cilíndrica. La formación del nódulo mamario tiene directa relación con el crecimiento intrauterino, por lo que es útil para estimar la edad gestacional. Hacia el tercer día de vida en algunos casos se observa aumento de volumen mamario y la compresión puede dar salida de secreción láctea llamada también, "leche de brujas". El número de latidos cardiacos en reposo es de a 120 a 140 por minuto. Los movimientos respiratorios oscilan entre 40 y 60 respiraciones por minuto.

- **Zona lambaica:**

El abdomen es simétrico; globuloso, fácilmente depresible. Es frecuente encontrar diastásis. El cordón umbilical está formado por los vasos umbilical eso Al nacer es de color blanco azulado y húmedo o Cambia de color y aspecto desde el nacimiento y cae entre el séptimo y décimo día. Al caerse el cordón, los vasos sanguíneos están funcionalmente ocluidos:

- La columna vertebral al nacer prácticamente no presenta curvaturas, éstas comienzan a formarse a medida que el desarrollo motor progresa.
- Las deposiciones reciben el nombre de meconio, se producen por la evacuación de material que se ha acumulado en el intestino del niño en el último período de la vida intrauterina; habitualmente son de color verde oscuro casi negro, de consistencia viscosa. o Dura por lo general tres a cuatro días

3.10.2 Los genitales masculino y femenino.

- **Genitales masculinos:**

En el recién nacido determino, el escroto es pendular, con arrugas que cubren el saco pigmentado y de tamaño variable. Los testículos están en el escroto, algunas veces pueden encontrarse en el conducto inguinal y descender con maniobras suaves o calor El pene, es de apariencia blanda, tamaño variable. El prepucio o piel que cubre el glande, suele estar adherido a él y es estrecho, situación llamada fimosis, la que es fisiológica a esta edad. Se debe retraer el prepucio en forma suave.

- **Genitales femeninos:**

En la recién nacida de término los labios mayores cubren casi totalmente a los menores y clítoris, a pesar de existir diferencias individuales. Durante los primeros días del nacimiento puede observarse una secreción vaginal blanquecina mucosa y lechosa, y en algunos casos sanguinolentas llamadas pseudo- menstruaciones,

resultado de la crisis hormonal, ocurrida por efecto de las hormonas maternas. Situación normal y pasajera.

- **La piel:**

La piel se presenta reseca, debido a la pérdida del unto sebáceo que la cubre al nacer y la adaptación al aire seco del ambiente, entre el segundo y tercer día presenta descamación, especialmente en la zona de los pliegues. En las primeras 24 horas se observa con frecuencia acúmulo de líquido bajo la piel, es decir, edema en párpados y cara. Presenta lanugo, un vello fino que cubre el dorso y hombros.

Existen manchas especiales sin significado patológico como: Los Hemangiomas, de color rosado, ubicados en la nuca, cuero cabelludo, frente, párpados superiores, alas de la nariz y a veces en otros sitios, son comunes en recién nacidos de piel es claras y más notorias durante el llanto, y desaparecen en el primer o segundo año de vida.

- **La mancha mongólica:** De color azul pizarra de tamaño variable, se ubica en distintas partes del cuerpo, normalmente en el dorso, nalgas o glúteos. Son benignas y desaparecen o se atenúan en el curso del primer o segundo año de vida, en algunos casos persisten hasta los 6 años.
- **El eritema tóxico:** Corresponde a un hallazgo normal, se presenta como una erupción cutánea, semejante a ronchas, con vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo o blanco.

3.10.3 Desarrollo cognitivo

Corresponde a la etapa sensorio-motriz o Reflejo de Moro o sobresalto:

Se desencadena en respuesta a un estímulo brusco; un movimiento súbito, ruido fuerte al que responde con un movimiento en forma de abrazo. Reflejo de succión:

Movimiento rítmico y coordinado de la lengua y de la boca del niño, que aparece al colocar el pezón de su madre dentro de ella.

- **Reflejo de búsqueda:**

Es llamado también de orientación, consiste en la aplicación de un estímulo en la mejilla o zona peri-bucal, a lo cual responde volviendo la cabeza hacia el lado en que se le aplica el estímulo, como buscando el pezón de la madre.

Reflejo de prehensión palmar y plantar: Se observa al aplicar presión en palmas de manos y plantas de pies; responde flexionando sus dedos, empuñando la mano o fletando los dedos del pie, siendo sustituido hacia los dos o tres meses por un movimiento voluntario. La prehensión plantar se obtiene al tocar la planta del pie en la base de los dedos, los que se cierran alrededor de un objeto pequeño.

- **Desarrollo afectivo o psicosocial.**

La vinculación afectiva padres e hijo es un aspecto esencial para el recién nacido. El apego es la relación única de vinculación singular y específica entre dos personas.

El recién nacido a partir del nacimiento deberá adaptarse también al entorno humano y físico del cual tiene una gran dependencia: Encuentro entre la madre y el recién nacido e inicio del proceso de impregnación afectiva. Pasó de un medio húmedo y termo neutro hacia un ambiente seco no termo neutro. Pasó de un medio protegido por las defensas maternas a un entorno con abundantes agentes externos.

3. 11 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016

“PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.”

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD.

- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Dirección General de Promoción de la Salud.
- Dirección General de Epidemiología.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

- Dirección General de Sanidad.
- Hospital de Especialidades de la Mujer.

SECRETARIA DE MARINA.

- Dirección General de Sanidad Naval.
- Centro Médico Naval.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

- Dirección de Prestaciones Médicas.
- Unidad del Programa IMSS a Oportunidades.
- División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal.
- Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

- Dirección Médica.
- Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES".

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

HOSPITAL DE LA MUJER.

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ.

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

- Coordinación de Salud Reproductiva.

FEDERACION MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.

FEDERACION MEXICANA DE NEONATOLOGIA, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

COMITE PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS, A.C.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO, A.C.

RED NACIONAL PARA LA PREVENCION DE LA DISCAPACIDAD EN MEXICO, A.C.

FUNDACION CLINICA MEDICA SUR, A.C.

IPAS, MEXICO, A.C.

FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR, A.C.

PARTO LIBRE, A.C.

1. Objetivo y campo de aplicación

3.5 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

5. Disposiciones generales

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.7 Atención a la persona recién nacida.

5.7.1 La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

5.7.2 Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimación neonatal; de ser necesaria;

5.7.2.2 Manejo del cordón umbilical;

5.7.2.3 Valoración de Apgar, conforme al Apéndice F Normativo, de esta Norma;

5.7.2.4 Valoración de Silverman Anderson. Apéndice G Normativo, de esta Norma;

5.7.2.5 Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM;

5.7.2.6 Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local;

5.7.2.7 Exámenes físico y antropométrico completos;

5.7.2.8 Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice H Normativo, de esta Norma;

5.7.2.9 Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.7.2.10 Alojamiento conjunto;

5.7.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y

5.7.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.7.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

5.7.4 Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

5.7.4.1 Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.

5.7.4.2 Piel: Color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.

5.7.4.3 Cabeza y Cara: Tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.7.4.4 Ojos: Presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de Córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

5.7.4.5 Oídos: Tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice pre auricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.

5.7.4.6 Nariz: Permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.7.4.7 Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.

5.7.4.8 Cuello: Movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.7.4.9 Tórax: Forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.

5.7.4.10 Cardiovascular: Frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.

5.7.4.11 Abdomen: Forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).

5.7.4.12 Genitales: Anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario,

presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.

5.7.4.13 Ano: Permeabilidad y localización.

5.7.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.7.4.15 Extremidades: Integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.7.4.16 Estado neuromuscular: Reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.7.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deben utilizarse las tablas de la OMS vigentes.

5.7.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se debe aplicar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.19, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.7.7 Se recomienda investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de anti globulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas.

5.7.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

5.7.9 Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación Médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según los requerimientos, conforme a la Guía de Práctica Clínica Nutrición Parenteral en Pediatría, que se encuentra en la página de internet:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GPC_NUTRICION_PARENTERAL_PED/Ssa_121_08_grr.pdf.

5.7.10 En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.7.11 Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o pos término.

5.7.12 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito.

5.7.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida.

4. PARTO DE ALTO RIESGO

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El embarazo es un proceso fisiológico pasajero en la mujer, que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide (fecundación) y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

Las Complicaciones relacionado con el embarazo, patología médica e instancia de riesgo relacionado con la salud, aparición o incremento de las complicaciones que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal, secuelas transitorias y permanentes en la madre y el recién nacido.

4.1 Definiciones

Embarazo de bajo riesgo: Es el que transcurre en patrones de normalidad o sin patología dentro de los cambios que esperaríamos encontrar en la madre y que conlleva un feto y recién nacido con un adecuado crecimiento y desarrollo biopsicosocial (Ej. mujer sin condiciones anormales como una paciente joven de 20-26 años, sana, sin evidencia o antecedentes de enfermedad, que no toma alcohol y no fuma).

Embarazo de alto riesgo: Se reconocen como embarazos de Alto Riesgo aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad materna y perinatal superior a la de la población general. En estos casos es de suma importancia identificar tempranamente los factores de riesgo y valorar su importancia relativa frente al resultado perinatal, para realizar la intervención pertinente y disminuir así las consecuencias adversas de los mismos.

La atención prenatal consiste en un conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto, cuyo propósito es que termine cada gestación en un

parto feliz y seguro, un recién nacido vivo sano, de buen peso y sin complicaciones.

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, debe ser considerado como de excepción ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente tanto a la madre como al recién nacido. Ésta ha sufrido modificaciones de acuerdo con los conocimientos actuales y el desarrollo de nuestro sistema nacional de salud.

4.2 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquella característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Cada factor de riesgo tiene un impacto, prevalencia y complicaciones específicos para la madre, el feto o ambos.

Se consideran cuatro grandes grupos:

- **Psicosociales:** El stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos. La ansiedad, el soporte familiar inadecuado.
- **Antecedentes médicos:** El embarazo es un gran desafío fisiológico para la mujer, porque condiciona una serie de cambios que ponen a prueba su capacidad de adaptación y su reserva, y las patologías que alteran esta capacidad de adaptación pueden manifestarse significativamente durante el embarazo. Las patologías crónicas maternas que pueden afectar el embarazo son diversas, pero algunas de ellas tienden a complicarse más en este estado.

Entre las complicaciones más frecuentes están la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica con el consiguiente daño para el feto, la

Preeclampsia añadida o no a la hipertensión, que en algunos casos puede ser agravada con riesgo, en este caso para la vida de la mujer, la Diabetes Gestacional, los problemas tromboembólicos con las complicaciones propias de esta patología hasta llegar al tromboembolismo pulmonar, alteraciones del sistema endocrino como el hipo e hipertiroidismo.

- La asociación de hipertensión materna con embarazo es una de las principales causas de muerte materna, así como de muerte fetal, crecimiento intrauterino retardado, desprendimiento placentario y sufrimiento fetal agudo. Su detección y tratamiento precoz mejoran el resultado perinatal y disminuyen las complicaciones maternas.
- **Antecedentes reproductivos:** Total de embarazos y partos; abortos, ectópicos, molas; parto prematuro o prolongado, intervalos intergenésicos cortos; placenta previa, desprendimiento placentario; ruptura prematura de membranas; polihidramnios, oligoamnios(exceso o escasez de líquido amniótico), retardo en el crecimiento intrauterino; parto por cesárea; retención placentaria o infecciones en el postparto; hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y bajo peso al nacer.
- **Evolución del embarazo actual:** La gestación es un proceso dinámico. Un factor de riesgo puede identificarse en algún momento del embarazo y persistir permanentemente o desaparecer al cabo de un tiempo. De esta manera puede variar la calificación del riesgo, y una paciente de alto riesgo al resolverse su condición (por ejemplo, amenaza de aborto), pasa a ser de bajo riesgo.

4.2.1 Categorías de riesgo

Riesgo bajo Gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio (I)

Anomalías pélvicas, Cardiopatía leve, Condiciones socioeconómicas desfavorables, Embarazo no deseado, Estatura baja, Control insuficiente de la

gestación, Esterilidad previa, Fumadora habitual, Edad inferior a 16 años o superior a 38 años, Gestante Rh negativo, Gran multiparidad, Incremento excesivo o insuficiente de peso Obesidad no mórbida, Infección urinaria o bacteriuria asintomática, Riesgo laboral Sangrado genital en el primer trimestre, Periodo intergenésico inferior a 12 meses.

Riesgo alto (II)

Anemia grave, Cardiopatía moderada, Cirugía uterina previa, Diabetes gestacional, Embarazo gemelar Endocrinopatía, Obesidad mórbida, Preeclampsia leve, Infección materna: - Hepatitis B, Sífilis, Herpes tipo II, Citomegalovirus, Rubeola, Toxoplasmosis, VIH, Pielonefritis, Estreptococo beta- hemolítico Sospecha de malformación fetal.

Riesgo muy alto (III)

Amenaza de parto prematuro, Cardiopatías severas, Diabetes pregestacional, Drogadicción y alcoholismo, Malformación fetal confirmada, Gestación múltiple (más de 2 fetos), Muerte fetal confirmada, Muerte perinatal recurrente, Incompetencia cervical, Retraso del crecimiento intrauterino, Patología asociada grave, Placenta previa, Preeclampsia grave, rotura prematura de membranas en el pretérmino.

4.2.2 Controles generales en gestaciones de alto riesgo

- **Primera consulta**

Anamnesis:

- Filiación
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales

- Antecedentes obstétricos y ginecológicos, Gestación actual

En cuanto a exámenes de laboratorio y demás exploraciones complementarias iniciales serán básicamente las mismas que el control de un embarazo normal de bajo riesgo. Además, pediremos aquellas pruebas que nos ayuden más al control de la patología propia de cada paciente (electrocardiograma, ecocardiografía en patología cardíaca, marcadores serológicos en infecciones virales, etc.), y cuando corresponda, interconsulta a nutricionista, psicólogo, genetista y otros especialistas clínicos o quirúrgicos.

Consultas posteriores

La frecuencia de cada visita y las exploraciones complementarias vendrán determinadas por el tipo de enfermedad y por la severidad de la misma.

Siempre habrá que controlar:

- Peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca - Latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, altura o tamaño uterino y detección de actividad uterina.
- El examen vaginal (“tacto”) se indica siempre en la primera consulta (además de la exploración con espéculo), y cuando esté indicado valorar cambios en el cuello si la paciente presenta actividad uterina (contracciones).
- Periódicamente y de acuerdo a la presunción del riesgo se realizarán ecografías para evaluar el desarrollo y bienestar fetal, estimar el peso y el volumen del líquido amniótico y otros parámetros según cada caso particular.
- Si el riesgo se deriva de una enfermedad preexistente o concurrente con el embarazo se deberá hacer el seguimiento específico. Si la paciente es hipertensa crónica se indican exámenes para valorar función renal, fondo

de ojo y monitoreo de tensión arterial; si es diabética, determinaciones seriadas de glucosa en sangre y orina además de otros exámenes para evaluar el control metabólico y ecografías para valorar anatomía y desarrollo fetal.

Los principales objetivos del control prenatal

Son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de:

- La historia médica y reproductiva de la mujer,
- El examen físico,
- La realización de exámenes complementarios (laboratorio y ultrasonográfico).
- Además de ser importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, consejería nutricional, estomatológica y educación al respecto.

4.3 Para clasificar a las mujeres para el componente básico del control prenatal

Son aquellas que no califican tienen un factor de riesgo que debe seguirse con mayor rigor y frecuencia, estableciendo conductas de manera distinta al del embarazo calificado para el componente básico, la calificación se realizara en base a 18 puntos, si una mujer embarazada coincide con alguno de estos puntos, se considera como un factor de riesgo del embarazo.

1. ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

- Muerte fetal o neonatal previas.
- Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.
- Peso menor a 2500g del último bebe.

- Peso mayor a 4500g del último bebe.
- Hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo,
- Cirugía previa en el tracto reproductiva.

2. EMBARAZO ACTUAL.

- Diagnostico o sospecha de embarazo múltiples.
- Menor de 16 años de edad.
- Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual anteriores.
- Hemorragia vaginal.
- Masa pélvica.
- Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos.

3. HISTORIA CLINICAS

- Diabetes mellitus insulino dependientes.
- Nefropatía.
- Cardiopatía.
- Consumo de drogas incluido el alcohol.
- Cualquier otra enfermedad o afección medica severa.

4.4 Manifestaciones clínicas

Fundamentalmente se basa en la evaluación inicial rápida, que determina rápidamente el grado de riesgo de la embarazada.

1. Sangrado vaginal en etapa inicial o avanzada del embarazo.
2. Convulsiones o estado inconsciente, con presión arterial mayor a 90 mmHg.
3. Fiebre alta, temperatura corporal de 38°C o más.
4. Dolor abdominal.
5. Ruptura de membranas.
6. Palidez marcada o cianosis.

7. Debilidad, caquexia, decaimiento evidente.
8. Sensación de desmayo o pérdida de la conciencia.
9. Cefalea severa.
10. Visión borrosa.
11. Vómito.
12. Dificultad respiratoria.

4.5 Características

Algunos factores de riesgo están presentes antes de que las mujeres se queden embarazadas. Estos factores de riesgo son:

- Ciertas características físicas y características sociales de las mujeres
- Problemas en un embarazo previo
- Ciertos trastornos presentes antes del embarazo
- Exposiciones que pueden dañar al feto

Otros problemas que aumentan el riesgo pueden desarrollarse durante el embarazo y durante el parto.

La necesidad de someterse a una intervención quirúrgica durante el embarazo (en particular una cirugía abdominal) aumenta el riesgo de un parto prematuro y de aborto espontáneo, en especial al comienzo del embarazo. Por este motivo, la intervención se aplaza tanto como sea posible. Sin embargo, si es precisa, la cirugía debe realizarse sin demora y por lo general es razonablemente segura.

4.5.1 Características físicas

Las siguientes características de las mujeres afectan al riesgo durante el embarazo.

Edad

Alrededor del 13% de todos los embarazos ocurren en adolescentes. Estas chicas presentan un mayor riesgo de sufrir:

- Preeclampsia (un tipo de hipertensión arterial que se desarrolla durante el embarazo)
- Parto prematuro
- Anemia

Las madres adolescentes pueden tener bebés nacidos con bajo peso (pequeños para la edad gestacional).

En parte, este mayor riesgo se debe a la menor probabilidad de que las adolescentes reciban atención médica durante el embarazo. Por ello es posible que ignoren qué actividades y comportamientos (como fumar, beber alcohol y tener relaciones sexuales sin usar condón) pueden poner en riesgo su embarazo. Muchas adolescentes fuman y tienen un mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. El uso de preservativos (condones) puede ayudar a prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Las mujeres de 35 años o más presentan un riesgo aumentado de tener lo siguiente:

- Padecer un trastorno preexistente que aumente el riesgo durante el embarazo, como la hipertensión o la diabetes.
- Problemas relacionados con el embarazo, como la preeclampsia, la diabetes gestacional (diabetes que se desarrolla durante el embarazo), anomalías cromosómicas en el feto y muerte fetal (muerte intrauterina).
- Complicaciones durante el parto, como un parto difícil, el desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae,

abrupción placentaria o ablatio placentae) o una placenta previa (placenta que está mal colocada o desplazada).

Peso

Las mujeres muy delgadas, con un índice de masa corporal inferior a 19,8 (véase la tabla Determinación del Índice de Masa Corporal), o que pesan menos de 100 libras (45 kg) antes de quedarse embarazadas tienen más probabilidad de

- Tener bebés pequeños con bajo peso

Las mujeres con sobrepeso (con un IMC entre 25 y 29,9 antes del embarazo) y las mujeres obesas (con un IMC superior a 30) son más propensas a presentar los problemas siguientes:

- Bebés muy grandes (grande para la edad gestacional), que pueden dificultar el parto
- Bebés que nacen con bajo peso (pequeños para la edad gestacional)
- Bebés con malformaciones congénitas
- Abortos involuntarios y nacimiento de un niño muerto
- Diabetes gestacional
- Hipertensión gestacional (hipertensión arterial que aparece después de las 20 semanas de embarazo)
- Preeclampsia (hipertensión gestacional acompañada de pérdida de proteínas por la orina)
- Embarazos que duran 42 semanas o más (embarazo postérmino)
- Necesidad de parto por cesárea

Estatura

Las mujeres de estatura inferior a 1,50 m tienen más probabilidades de tener una pelvis pequeña, lo cual puede dificultar el paso del feto durante el parto a través de la pelvis y de la vagina (canal del parto). Por ejemplo, es más probable que el hombro del feto se encaje contra el hueso púbico. Esta complicación se denomina

distocia del hombro. Las mujeres de estatura baja también presentan más probabilidades de tener un parto prematuro (pretérmino) y un bebé que nazca con bajo peso (pequeño para la edad gestacional).

Anomalías reproductivas

Las anomalías estructurales del útero o del cuello uterino aumentan el riesgo de lo siguiente:

- Un parto difícil
- Aborto espontáneo
- Un feto en una posición anómala
- Necesidad de parto por cesárea

Las anomalías estructurales consisten en un útero doble, miomas en el útero y un cuello uterino débil (incompetente) (insuficiencia cervical) que tiende a dilatarse a medida que el feto aumenta de tamaño. Los miomas y la insuficiencia cervical aumentan el riesgo de tener un parto que comienza demasiado pronto (trabajo de parto prematuro).

4.5.2 Características sociales

Ser soltera o pertenecer a un grupo socioeconómico bajo aumenta el riesgo de problemas durante el embarazo. La razón de que estas características incrementen el riesgo no está muy clara, pero probablemente esté relacionada con otros factores que son más frecuentes entre estas mujeres. Por ejemplo, puede ser más probable que fumen, que no tengan una dieta saludable y que carezcan de una buena atención médica.

4.6 Problemas en un embarazo previos

Cuando las mujeres han tenido un problema en un embarazo, son más propensas a tener otro problema, a menudo el mismo, en embarazos siguientes. Estos problemas incluyen haber tenido cualquiera de los siguientes:

- Un bebé prematuro
- Un bebé de bajo peso (pequeño para la edad gestacional)
- Un bebé de peso superior a 4,5 kg (grande para la edad gestacional)
- Un bebé con defectos congénitos
- Un aborto espontáneo previo
- Un parto tras la semana 42 del embarazo (parto tardío, posmaduro, retardado o postérmino)
- Una incompatibilidad Rh que requiere una transfusión sanguínea al feto
- Un parto que ha requerido una cesárea
- Un bebé que ha fallecido poco antes o después de nacer (mortinato, muerte fetal)
- Un exceso de líquido amniótico en el útero (polihidramnios o hidramnios)
- Un feto colocado en una posición anómala, como las nalgas primero (de nalgas)
- Un bebé cuyo hombro quedó atrapado en el canal del parto (distocia de hombro)
- Una lesión que estira los nervios del hombro del bebé (lesión del plexo braquial) durante el parto
- Un embarazo anterior con más de un feto (partos múltiples)
- Un trastorno convulsivo
- Un bebé con parálisis cerebral

Estas mujeres pueden tener una afección que provoque que se repita el mismo problema. Por ejemplo, las mujeres con diabetes presentan más probabilidades de tener bebés que pesen más de 5 kg al nacer.

Las mujeres que han tenido un recién nacido con un trastorno genético o defectos congénitos tienen más probabilidad de dar a luz otro bebé con un problema similar. Antes de intentar quedarse embarazada de nuevo puede ser adecuado realizar pruebas genéticas al bebé (aun cuando haya nacido muerto) y a los

padres. Si estas mujeres se quedan embarazadas de nuevo, es posible realizar determinadas pruebas, como la ecografía de alta resolución, la biopsia de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, para determinar si el feto tiene un trastorno genético o defecto de nacimiento. Estas mujeres pueden ser remitidas a un especialista.

El haber estado embarazada 5 o más veces aumenta el riesgo de tener contracciones prematuras y hemorragias excesivas tras el parto.

Haber tenido gemelos o más fetos en un embarazo aumenta el riesgo de lo siguiente:

- Bebés con bajo peso
- Parto pretérmino (prematuro)
- Placenta que se separa demasiado pronto (desprendimiento de la placenta)
- Anomalías congénitas
- Mortinato o muerte del recién nacido
- Después del parto, sangrado vaginal de la madre

4.6.1 Trastornos presentes antes del embarazo

Antes de quedarse embarazada, la mujer puede tener un trastorno que aumente el riesgo de problemas en el embarazo. Estos trastornos incluyen

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Nefropatías
- Infecciones renales
- insuficiencia cardíaca
- Anemia de células falciformes (anemia drepanocítica o drepanocitosis)
- Enfermedades de transmisión sexual

Las mujeres que sufren uno de estos trastornos deben hablar con un médico para intentar estar en las mejores condiciones físicas posibles antes de quedarse embarazadas. Una vez lo están, pueden precisar cuidados especiales, a menudo de un equipo interdisciplinar. El equipo puede estar formado por un obstetra (que también puede ser un especialista en el trastorno), un especialista en el trastorno y otros profesionales de la salud (como nutricionistas).

4.6.3 Trastornos en el embarazo

Durante el embarazo puede surgir un problema o sobrevenir un trastorno que lo convierta en un proceso de alto riesgo.

Determinados trastornos que ocurren durante el embarazo guardan alguna relación con el embarazo o son complicaciones del mismo. Otros trastornos no están directamente relacionados con el embarazo (véase Complicaciones no obstétricas durante el embarazo). Determinados trastornos tienen mayor probabilidad de presentarse por todos los cambios que causa el embarazo en el cuerpo de la mujer.

Las complicaciones del embarazo son problemas que aparecen solo durante este. Pueden afectar a la mujer, al feto o a ambos y presentarse en diferentes momentos del embarazo. Por ejemplo, complicaciones como una placenta desplazada (placenta previa) o su desprendimiento prematuro del útero (desprendimiento prematuro de la placenta) pueden causar hemorragia. Las mujeres que tienen una hemorragia abundante tienen el riesgo de perder el bebé o de entrar en choque y, si no se trata de inmediato, de morir durante el parto.

4.6.4 Exposiciones en el embarazo

Durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con un defecto congénito puede aumentar por la exposición a lo siguiente:

- Ciertas infecciones

- Ciertos fármacos
- Radiación y ciertas sustancias químicas

Este tipo de sustancias y condiciones reciben el nombre de teratógenos.

Los defectos de nacimiento tienen más probabilidades de aparecer si las mujeres están expuestas a un teratógeno de 2 a 8 semanas después de quedar embarazadas (de 4 a 10 semanas después de su último período menstrual), ya que los órganos del feto se forman durante este periodo. El riesgo de sufrir un aborto espontáneo también aumenta.

Las infecciones que son particularmente peligrosas durante el embarazo son

- Varicela
- Hepatitis
- Herpes simple
- Rubéola (sarampión alemán)
- Sífilis
- Toxoplasmosis
- Las infecciones por citomegalovirus o por virus de Coxsackie
- Infección por el virus Zika

Los medicamentos y otras sustancias que pueden aumentar el riesgo de defectos congénitos son

- Alcohol
- Tabaco
- Cocaína
- Algunos medicamentos de venta con receta (véase la tabla Medicamentos que pueden causar problemas durante el embarazo)

La exposición a altas temperaturas (por ejemplo, en una sauna) durante el primer trimestre se ha relacionado con la espina bífida.

4.7 Consulta preconcepcional

- La salud materna fetal durante el embarazo depende en gran medida del propio estado de salud inicial con que la mujer y su pareja afrontan la gestación.
- En obstetricia, tanto la prevención secundaria, cuya misión es detectar la enfermedad cuando ya ha aparecido y detener su progresión aplicando medidas terapéuticas; como la prevención terciaria, con el objetivo de restaurar la salud tras la aparición de la enfermedad, se llevan a cabo con la consulta y el control prenatal.
- La prevención primaria, cuyo objetivo es evitar la aparición de la enfermedad, es la que se realiza en la consulta preconcepcional y esta es la esencia de la medicina preventiva. Ninguna prevención es más completa, rentable y eficaz que la realizada por el obstetra encargado de la atención preconcepcional.
- Conocer el estado de salud de la mujer previo a la gestación e iniciar acciones de educación sanitaria.
- Evaluar el riesgo reproductivo, realizando una anamnesis dirigida a la detección de enfermedades de tipo hereditario con el fin de remitir para asesoramiento genético al especialista adecuado.
- Informar sobre medidas de protección para la salud fetal, como la exposición a tóxicos (alcohol, tabaco y otras drogas ilegales), a fármacos y productos químicos o exploraciones radiológicas en período crítico.
- Iniciar medidas de prevención de los defectos del tubo neural (DTN).
- Establecer medidas de promoción de la salud y acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades identificados.
- Promocionar estilos de vida saludable en la mujer y su pareja antes de la concepción.
- Valoración del ambiente en el hogar (detección precoz de violencia, economía, apoyo familiar y social).

La consulta preconcepcional debe formar parte de la asistencia prenatal de todas las mujeres, independientemente de su estado de salud, y debe ser firmemente fomentada su implantación en nuestro entorno. En esta consulta se debe alentar a las parejas a considerar su responsabilidad de ser padres. Las opciones para poder mejorar la salud de la mujer y el resultado de su embarazo son menores en el momento de la primera consulta prenatal, por muy precoz que esta sea.

4.7.1 Consulta prenatal

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y de calidad, de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizando su fácil accesibilidad. La asistencia al embarazo comienza en la visita de captación o primera visita. Esta primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional.

Primera visita o visita de captación de la embarazada

- Historia familiar y anamnesis.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Consejo nutricional.
- Actividad física y laboral (prevención de riesgos laborales).
- Asesoramiento medioambiental.
- Garantizar apoyo social.
- Vacunaciones.

4.8 Valoración del riesgo durante el embarazo

Un factor de riesgo perinatal es una característica o circunstancia social, médica, obstétrica o de otra índole que, incidiendo sobre la gestación, se asocia a una morbilidad y mortalidad perinatal y materna superior a la de la población general.

Por tanto, el principal objetivo de la valoración del riesgo perinatal en la primera y sucesivas consultas prenatales es promover y fomentar la salud de la mujer y su descendencia, emprender acciones preventivas concretas en función de los riesgos identificados con el fin de disminuir esa morbimortalidad aumentada.

Aunque existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir problemas en las embarazadas sin factores de riesgo. Bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ni alto riesgo significa que aparezca la patología y es imprescindible advertir que, a pesar de un estricto y planificado control prenatal, no puede garantizarse un hijo perfecto.

Otros

- Consultas prenatales sucesivas
- Utilización de la exploración ecocardiografía.
- Cribado de los defectos congénitos.

4.9 Clasificación del riesgo obstétrico

El riesgo obstétrico se puede clasificar en:

Riesgo bajo o 0

En ausencia de factores de riesgo.

Riesgo medio o 1

1. Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente.
2. Baja estatura materna (< 1.5 metros)
3. Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.
4. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
5. Patología psicosocial.

6. Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1ª visita después de la semana 20.
7. Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35.
8. Embarazo no deseado.
9. Esterilidad previa de 2 o más años.
10. Fumadora habitual.
11. Fecha de la última menstruación incierta.
12. Gestante con Rh negativo.
13. Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
14. Hemorragia del primer trimestre de embarazo.
15. Incompatibilidad Rh.
16. Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo
17. Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo)
18. Obesidad (índice de masa corporal (IMC) >30)
19. Período intergenésico inferior a 12 meses.

Riesgo alto o 2

1. Anemia grave. Hemoglobina (Hb) < 9 g/dl o hematocrito < 25%
2. Cardiopatía 2: limitación ligera de su actividad física.
3. Cirugía uterina previa.
4. Diabetes gestacional.
5. Embarazo gemelar o múltiple.
6. Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.
7. Enfermedades endocrinológicas.
8. Hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre.
9. Hidramnios u oligoamnios.
10. Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.
11. Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B.

12. Obesidad mórbida (índice de masa corporal (IMC) >40).
13. Preeclampsia leve (tensión arterial diastólica (TAD) \geq 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) \geq 140 mmHg)
14. Sospecha de malformación fetal.
15. Presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación.

Riesgo muy alto o 3

1. Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).
2. Cardiopatías 3 o 4: supone una importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación.
3. Diabetes mellitus previa a la gestación.
4. Consumo de tóxicos (alcohol, drogas)
5. Incompetencia cervical.
6. Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
Malformación uterina.
7. Muerte perinatal recurrente.
8. Placenta previa.
9. Preeclampsia grave (TAD \geq 110 mmHg y/o TAS \geq 160 mmHg) Patología asociada grave.
10. Retraso del crecimiento intrauterino.
11. Rotura prematura de membranas.
12. Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados.

La presencia de un factor de riesgo implica la inclusión de la gestante en el grupo correspondiente. Si existe más de un factor de riesgo se incluirá a la mujer en función del factor de riesgo más elevado. Las gestaciones de riesgo bajo, así como las de riesgo medio, tras la valoración por el obstetra, podrán ser controladas en Atención Primaria, manteniendo las interconsultas protocolizadas con el obstetra. Las gestaciones de riesgo alto o muy alto se controlarán en Atención Especializada.

5. COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO

Pueden aparecer problemas en el recién nacido

- Antes del nacimiento, mientras el feto está creciendo
- Durante las contracciones y el parto
- Después del nacimiento

Alrededor del 10% de los recién nacidos necesitan atención especial después del nacimiento debido a la prematuridad, problemas en la transición de la vida fetal a la del recién nacido, concentración baja de azúcar en la sangre, dificultad respiratoria, infecciones u otras anomalías. La atención especializada se brinda a menudo en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

5.1 Causas frecuentes de alto riesgo neonatal

- Prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Defectos congénitos.
- Asfixia.
- Patologías respiratorias.
- Cardiopatías.
- Patologías digestivas como atresia de esófago, hernia diafragmática.

5.2 Edad gestacional

La edad gestacional hace referencia a lo avanzado que está el feto. Muchos problemas que afectan a los recién nacidos están relacionados con la edad gestacional porque reflejan el grado de madurez física del recién nacido al nacer. La edad gestacional es el número de semanas que han transcurrido entre el primer día del último período menstrual de la madre y el día del parto. Este marco temporal se ajusta a menudo de acuerdo con otra información que los médicos reciban, como los resultados de las primeras ecografías, que brindan información

adicional con respecto a la edad gestacional. Se estima que los bebés están preparados para nacer (fecha probable del parto) a las 40 semanas de gestación.

Los recién nacidos se clasifican según su edad gestacional como:

- Prematuros: el parto se produce antes de las 37 semanas de gestación
- A término: el parto se produce entre la semana 37 y la 40 (incluida) de gestación
- Postérmino: el parto se produce en la semana 41, antes de cumplirse la 42.
- Postérmino: Nacido a las 42 semanas o más de gestación

Los médicos también usan los resultados de una exploración clínica y las características físicas del recién nacido (ver Características físicas de un recién nacido prematuro) para confirmar la edad gestacional.

Un recién nacido prematuro es un bebé que nace antes de las 37 semanas de gestación. Según cuándo nacen, los recién nacidos prematuros tienen órganos infradesarrollados, que pueden no estar preparados aún para funcionar fuera del útero.

5.3 Características físicas de un recién nacido prematuro.

- Tamaño reducido
- Cabeza grande en relación con el resto del cuerpo
- Poca grasa bajo la piel
- Piel rosada, fina, brillante
- Venas visibles debajo de la piel
- Pocas arrugas en las plantas de los pies
- Escaso vello
- Orejas suaves, con poco cartílago
- Poco desarrollo del tejido mamario

- Niños: escroto pequeño con pocos pliegues; en los recién nacidos muy prematuros, es frecuente que los testículos no hayan descendido al escroto
- Niñas: los labios mayores todavía no cubren los labios menores
- Respiración rápida con breves pausas (respiración periódica), periodos de apnea (pausas que duran más de 20 segundos), o ambos
- Coordinación débil y deficiente de los reflejos de succión y deglución
- Actividad física y tono muscular reducidos (un recién nacido prematuro no levanta los brazos y las piernas cuando está en reposo, cosa que sí hace el recién nacido a término)
- Duerme la mayor parte del tiempo

5.4 Problemas antes del nacimiento.

Los problemas en el recién nacido pueden haber comenzado antes del nacimiento.

Los problemas que aparecen antes del nacimiento pueden estar relacionados con afecciones maternas que existían antes del embarazo o que han aparecido durante éste o con afecciones en el feto. Una atención médica durante el embarazo apropiado puede ayudar a prevenir y diagnosticar muchos problemas en el feto.

5.4.1 De salud maternos.

Los problemas de salud durante el embarazo de la madre pueden afectar el crecimiento del feto y tener un impacto negativo sobre la salud del recién nacido. Aunque las madres se preocupan con motivo por los efectos de los medicamentos en un feto en desarrollo, también deben darse cuenta de que, si no siguen los tratamientos necesarios, pueden permitir que sus trastornos médicos dañen al feto. Las mujeres deben analizar con su médico los riesgos y beneficios de los diferentes tratamientos para sus condiciones específicas.

La anorexia y la bulimia pueden provocar que el feto reciba una nutrición inadecuada, al igual que cualquier otra situación en la que la madre no coma adecuadamente o no tome las vitaminas adecuadas.

El asma no suele afectar al feto, siempre y cuando el estado de salud de la madre esté bien controlado. Sin embargo, algunas mujeres tienen problemas significativos relacionados con su asma durante el embarazo y deben tomar el tratamiento adecuado para proteger al feto.

El cáncer en sí mismo no suele afectar al feto, pero los medicamentos utilizados para tratar el cáncer pueden tener efectos secundarios que sí pueden afectarle.

La diabetes puede dar lugar a un mayor riesgo de defectos congénitos, un bebé pequeño o un bebé grande. El problema más frecuente para los recién nacidos es la baja concentración de azúcar en sangre (hipoglucemia).

La epilepsia (un trastorno convulsivo) aumenta el riesgo de defectos congénitos. Parte del aumento del riesgo se debe a los medicamentos anticonvulsivos que pueden ser necesarios para controlar las convulsiones. Sin embargo, las convulsiones de la madre también son peligrosas para el feto. Las mujeres deben discutir con su médico los riesgos y beneficios del tratamiento con medicamentos antes de dejar de tomar sus anticonvulsivos.

La hipertensión arterial, la enfermedad cardíaca y la enfermedad renal pueden reducir el crecimiento del feto y causar otras complicaciones.

El lupus (lupus eritematoso sistémico) aumenta el riesgo de aborto espontáneo y prematuridad y puede provocar una frecuencia cardíaca anormalmente lenta en el feto.

La preeclampsia puede causar problemas graves a la madre y al feto. La enfermedad puede causar que la presión arterial de la madre se eleve de forma grave y puede afectar los riñones, el hígado, el cerebro y otros órganos maternos. La placenta también se ve afectada, y la enfermedad puede afectar la nutrición del

feto o hacer que la placenta se desprenda de la pared del útero. Para prevenir o controlar tales complicaciones, los médicos pueden recomendar el adelanto del parto.

Las mujeres que sufren trastorno por anemia de células falciformes (anemia drepanocítica o drepanocitosis) pueden presentar un aumento de crisis de la enfermedad durante el embarazo. Si el padre es portador del gen de la anemia de células falciformes o está afectado por la enfermedad, existe un riesgo de enfermedad de células falciformes en la descendencia. Las pruebas realizadas a los progenitores antes del embarazo pueden determinar su riesgo de tener un niño con anemia drepanocítica. Los genes que causan la anemia de células falciformes pueden detectarse en el feto durante el embarazo, pero la enfermedad no comienza hasta varios meses después del nacimiento.

La enfermedad tiroidea que provoca una concentración baja de hormona tiroidea (hipotiroidismo) puede causar daño cerebral en el feto y conducir a problemas neurológicos a largo plazo. La enfermedad tiroidea con una concentración elevada de hormona tiroidea (hipertiroidismo) puede provocar que el feto y el recién nacido tengan una glándula tiroidea hiperactiva.

Consumo materno de fármacos

La mayoría de los medicamentos recetados son inofensivos durante el embarazo, pero las mujeres deben revisar todos sus medicamentos con su médico cuando se quedan embarazadas o planean quedarse embarazadas. Sin embargo, incluso las medicinas recetadas que causan cierto riesgo pueden ser necesarias para las mujeres. Los problemas médicos no controlados en la madre también pueden ser peligrosos para el feto. Algunos medicamentos recetados de uso frecuente que pueden provocar problemas en el feto son:

- Insulina
- Antidepresivos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

- Opiáceos
- Anticonvulsivos (fármacos que controlan las convulsiones)

El tabaquismo o el hecho de ser fumadora pasiva durante el embarazo reducen el crecimiento del feto. Las mujeres embarazadas deberían evitar la exposición al humo del tabaco tanto como sea posible.

El alcohol es particularmente peligroso para el feto porque es un teratógeno (una sustancia que puede causar defectos congénitos). El alcohol aumenta el riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal, falta de crecimiento del feto, prematuridad y defectos congénitos. Un efecto particularmente devastador del alcohol es el síndrome de alcoholismo fetal, que causa discapacidades intelectuales, de desarrollo y de conducta durante toda la vida. No se puede hablar de una cantidad inofensiva de alcohol durante el embarazo.

Los opiáceos, como heroína, morfina, opio, oxicodona (OxyContin)[®], codeína, hidrocodona, fentanilo, hidromorfona (Dilaudid)[®], meperidina (Demerol)[®], buprenorfina y metadona, afectan el crecimiento del feto y pueden causar síntomas de abstinencia en el recién nacido desde pasadas unas horas hasta varios días después del nacimiento. Estos y otros opiáceos, en particular los combinados con otros medicamentos como el paracetamol (acetaminofeno), se prescriben bajo muchas marcas diferentes (algunas de las cuales son, en Estados Unidos, Lorcet[®], Lortab[®], Norco[®], Vicodin[®], Percocet[®], Endocet[®], Roxicet[®] y Tylenol[®]3). Las madres deben conocer los ingredientes de cualquier analgésico que toman. Los medicamentos opiáceos como la metadona y la buprenorfina, que a veces se utilizan para *tratar* la dependencia materna de opiáceos, también pueden causar síntomas de abstinencia en los recién nacidos. Los recién nacidos con síndrome de abstinencia de la metadona pueden necesitar un tratamiento más prolongado que los recién nacidos con síndrome de abstinencia de otros opiáceos.

La cocaína aumenta el riesgo de crecimiento deficiente del feto y de prematuridad. La separación prematura de la placenta de la pared del útero (desprendimiento de la placenta) es más común entre las consumidoras de cocaína y puede causar

muerte fetal o privación de oxígeno y daño cerebral en el feto. La cocaína estrecha los vasos sanguíneos, por tanto, puede causar un accidente cerebrovascular o dañar otros órganos en el feto. Aunque en el pasado se pensó que la cocaína causaba daño cerebral permanente, los estudios a largo plazo no han demostrado que provoque discapacidades intelectuales y del desarrollo significativas y prolongadas.

5.4.2 Fetales.

Los defectos congénitos pueden afectar casi cualquier órgano. La ecografía prenatal se usa para diagnosticar muchos de estos defectos antes del nacimiento.

5.4.3 En el nacimiento.

Algunos recién nacidos, especialmente aquellos que son prematuros, tienen problemas que aparecen o se descubren después del nacimiento. Los trastornos pueden afectar varios sistemas de órganos del cuerpo.

Algunos trastornos que afectan los pulmones y la respiración incluyen:

- Apnea del prematuro
- Displasia broncopulmonar
- Síndrome de aspiración meconial
- Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido
- Neumotórax en recién nacidos
- Síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de distrés respiratorio)
- Taquipnea transitoria del recién nacido

Algunos trastornos que afectan la sangre incluyen:

- Anemia en el recién nacido
- Enfermedad hemolítica del recién nacido
- Policitemia del recién nacido

Algunos trastornos que afectan las hormonas incluyen:

- Hipertiroidismo del recién nacido
- Hipotiroidismo del recién nacido

Algunos trastornos que afectan el tubo digestivo y el hígado incluyen:

- Colestasis del recién nacido
- Ictericia del recién nacidos
- Íleo meconial
- Síndrome del tapón de meconio
- Enterocolitis necrosante

También existen enfermedades que afectan a otros sistemas orgánicos del recién nacido, como la retinopatía del prematuro, que afecta los ojos de algunos recién nacidos prematuros.

5.5 Estilo de vida materno.

Además de evitar sustancias nocivas, las madres gestantes pueden aumentar sus probabilidades de tener un bebé sano tomando vitaminas prenatales, recibiendo atención prenatal temprana y manteniendo un peso y una alimentación saludables.

5.6 Diagnostico.

- Antes del nacimiento, ecografía
- Después del nacimiento, varias pruebas

Algunos problemas del recién nacidos pueden diagnosticarse antes del nacimiento si la madre recibe atención prenatal regular. Otros problemas se diagnostican después del nacimiento.

El diagnóstico de problemas antes del nacimiento es particularmente útil para fetos con ciertos defectos congénitos. Las madres y sus médicos pueden planear el

parto de estos bebés en un hospital capaz de proporcionar un mayor nivel de atención al recién nacido, incluyendo el hecho de disponer de una Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Pruebas diagnósticas antes del nacimiento (atención prenatal)

La ecografía se usa antes del nacimiento para detectar muchos problemas y controlar el crecimiento y el desarrollo del feto. La ecografía ayuda a los médicos a determinar el sexo del feto, detectar anomalías en el útero, detectar ciertos defectos congénitos y determinar la edad gestacional del feto. Conocer la edad gestacional y los defectos congénitos del feto ayuda a los médicos a anticipar problemas que podrían aparecer durante el nacimiento. Sin embargo, la ecografía no es precisa al 100%. Algunos bebés nacen con defectos congénitos que no se detectaron mediante ecografía.

Una pantalla triple o pantalla cuádruple es una prueba que se realiza sobre la sangre de la madre para medir las concentraciones de ciertas hormonas y de una proteína llamada alfafetoproteína. Los resultados de la prueba pueden ser anormales si el feto presenta una anomalía genética como síndrome de Down (trisomía 21), trisomía 18, espina bífida y muchas otras anomalías. El análisis de sangre se realiza durante el primer trimestre y a menudo se combina con una ecografía para medir el grosor de los pliegues de la piel del cuello del feto. Algunos de los análisis de sangre pueden repetirse durante el segundo trimestre, y esta combinación de pruebas se conoce como pantalla secuencial.

Si los resultados de las pruebas de cribado indican un riesgo elevado de anomalías en el feto, se le ofrecen a la madre más pruebas, mayoritariamente pruebas prenatales no invasivas. Las pruebas prenatales no invasivas consisten en pruebas genéticas de pequeñas cantidades de ADN fetal que se filtra de la circulación del feto hacia la sangre de la madre.

En algunos casos, los médicos realizan pruebas en las células del feto utilizando muestras del líquido amniótico tomadas con una aguja (amniocentesis), de la

placenta (muestreo de vellosidades coriónicas) o del cordón umbilical (cordocentesis).

Cada vez más, las pruebas prenatales no invasivas combinadas con un solo análisis de sangre de la concentración de alfafetoproteína están reemplazando a las pantallas triple, cuádruple y secuencial. Este nuevo enfoque de las pruebas ha aumentado la precisión con un costo general más bajo.

Se puede realizar una ecocardiografía fetal, un examen detallado del corazón con un ecógrafo especializado, para detectar ciertos defectos cardíacos.

En la actualidad se emplea la resonancia magnética nuclear (RMN) para evaluar algunas anomalías fetales que se han detectado primero mediante ecografía. La RMN puede ofrecer información adicional sobre una anomalía y puede ser útil para evaluar las opciones de tratamiento.

Una fetoscopia es una prueba invasiva que consiste en la inserción de un pequeño visor (endoscopio) en el útero. Al principio del embarazo, el endoscopio puede insertarse a través del cuello uterino de la madre. En fases posteriores del embarazo, el endoscopio se inserta a través de una pequeña incisión practicada en el abdomen de la madre y luego a través de otra incisión practicada en el útero. El endoscopio permite a los médicos observar directamente la placenta y el feto para identificar (y en ocasiones tratar) trastornos fetales.

Diagnóstico después del nacimiento

Después del nacimiento, el personal de enfermería y los médicos realizan una exploración física rutinaria, miden las concentraciones de oxígeno en sangre y realizan las pruebas de cribado sistemáticas.

Se pueden realizar exámenes adicionales (como análisis de sangre, radiografías, ecografías y otros) cuando los bebés tienen problemas específicos o aparecen hallazgos anormales en las pruebas de rutina.

Según su edad gestacional, los recién nacidos se clasifican como prematuros, pretérmino tardíos, a término, postérmino o posmaduros.

Seguidamente se clasifican en tres grupos según cuánto pesan en comparación con otros recién nacidos de la misma edad gestacional. Los tres grupos son:

- Pequeño para su edad gestacional: peso inferior al del percentil 10, lo que significa que estos bebés se encuentran entre los 9 bebés de más bajo peso de cada 100 nacidos con una determinada edad gestacional.
- Grande para su edad gestacional: peso superior al del percentil 90, lo que significa que estos bebés se encuentran entre los 9 con mayor peso de cada 100 nacidos con una edad gestacional concreta.
- Apropiado para su edad gestacional: peso entre el percentil 10 y el 90, lo que significa que se encuentran entre los 82 bebés en el rango medio de peso.

5.7 Clasificación

La clasificación de la edad gestacional y el peso ayuda a los médicos a determinar el riesgo de diversas complicaciones. Por ejemplo, los recién nacidos prematuros y pretérmino tardíos corren un mayor riesgo de problemas respiratorios porque es posible que sus pulmones no estén completamente desarrollados. Los recién nacidos grandes para la edad gestacional pueden tener partos más difíciles y un mayor riesgo de concentraciones bajas de azúcar (glucosa) en sangre.

5.8 Evaluación

- En una unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Monitorización Pruebas de cribado en busca de complicaciones

Monitorización y cribado en la UCIN

Los exámenes físicos seriados son importantes para monitorizar el progreso de los lactantes y detectar nuevos problemas (p. ej., problemas respiratorios, ictericia). Las evaluaciones de peso frecuentes son necesarias para optimizar la dosificación del fármaco y la alimentación basados en el peso.

Crecimiento y nutrición: El peso debe ser monitorizado de cerca, particularmente en los primeros días de vida cuando hay una contracción del volumen extracelular; se puede desarrollar deshidratación con hipernatremia grave. El peso, la talla y el perímetro cefálico deben evaluarse en forma semanal y registrarse en un gráfico de crecimiento adecuado.

Balance de electrolitos: Los niveles de electrolitos, glucosa, calcio y fosfato en suero deben medirse periódicamente, en particular en los lactantes que reciben líquidos y/o nutrición parenteral (p. ej., recién nacidos muy prematuros y extremadamente prematuros).

Estado respiratorio: Monitorización continua de oximetría de pulso y, en ocasiones, PCO₂ transcutánea o al final de la espiración; se realizan pruebas de gases arteriales o capilares según sea necesario.

Apnea y bradicardia: La monitorización cardiorrespiratoria externa generalmente se continúa hasta el alta.

Anomalías hematológicas: Primero se solicitan hemograma completo, recuento de reticulocitos y recuento diferencial y a intervalos para detectar anomalías comunes.

Hiperbilirrubinemia: Se miden los niveles de bilirrubina transcutánea y/o sérica para detectar y controlar este trastorno.

Infección sistémica: A menudo se indica hemograma completo, proteína C-reactiva, hemocultivo y, a veces, niveles de procalcitonina para facilitar la detección temprana de la sepsis neonatal.

Infección del sistema nervioso central: La punción lumbar generalmente se reserva para lactantes con signos claros de infección y/o convulsiones, un hemocultivo positivo o una infección que no responde a los antibióticos.

Hemorragia intraventricular: La ecografía craneal de cribado está indicada entre los 7 y los 10 días en recién nacidos prematuros < 32 semanas y en prematuros mayores con evolución compleja (p. ej., inestabilidad metabólica y/o cardiorrespiratoria).

La hemorragia interventricular(HIV): En el recién nacidos extremadamente pretérmino suele ser clínicamente silente, y se recomienda una ecografía craneal de rutina para estos niños. La incidencia de Hiv disminuye con el aumento de la edad gestacional, por lo que la detección sistemática de recién nacidos prematuros > 32 semanas no se considera útil a menos que presenten complicaciones significativas. La mayoría de las Hiv ocurren en la primera semana de vida y, a menos que haya indicios clínicos de hemorragia, el mayor rendimiento se obtiene con la evaluación entre los 7 y los 10 días de vida.

Los recién nacidos extremadamente pretérmino corren el riesgo de presentar leucomalacia periventricular que puede desarrollarse más adelante (con o sin hemorragia), por lo que deben someterse a una ecografía craneal a las 6 semanas. Los lactantes con hemorragias moderadas o graves se deben controlar mediante la medición de la circunferencia de la cabeza y ecografía craneal periódica para detectar y monitorizar la hidrocefalia; no se obtienen beneficios con la repetición de la exploración de los lactantes con hemorragia menor.

Pruebas de cribado tardías

La detección de la retinopatía del prematuro se recomienda para recién nacidos ≤ 1500 g o ≤ 30 semanas de edad gestacional y para niños mayores y más maduros que hayan tenido una evolución clínica inestable. El primer examen se realiza según un cronograma basado en la edad gestacional del niño (véase tabla Cribado para retinopatía del prematuro). Los exámenes generalmente se repiten a intervalos de 1 a 3 semanas dependiendo de los hallazgos iniciales y se continúan hasta que la retina madura. Algunos de estos exámenes de seguimiento se realizan después de que el lactante es dado de alta. El uso de imágenes retinianas fotográficas digitales es un método alternativo de examen y seguimiento en áreas donde un examinador experto no está disponible de forma rutinaria.

Edad gestacional al nacer	Edad gestacional* en el primer examen
22-27 semanas	31 semanas
28 semanas	32 semanas
29 semanas	33 semanas
30 semanas	34 semanas

Debido a que los recién nacidos prematuros corren riesgo de apnea, desaturación de oxígeno y bradicardia mientras están sentados en el asiento del automóvil, la American Academy of Pediatrics actualmente recomienda que todos los prematuros antes del alta vigilen su saturación de oxígeno durante 90 a 120

minutos mientras están sentados en el asiento del automóvil que usarán después del alta. Sin embargo, no hay criterios acordados para aprobar o reprobar la prueba, y un informe reciente de la Canadian Paediatric Society (CPS) encontró que la evaluación del asiento para el automóvil tenía una reproducibilidad deficiente y no predecía el riesgo de mortalidad o de retraso del neurodesarrollo. Por lo tanto, la CPS no recomiendan las pruebas de rutina antes del alta. Dadas las preocupaciones sobre la evaluación del asiento para automóvil, un enfoque de sentido común para el viaje en automóvil es que los recién nacidos prematuros recién dados de alta sean observados por un adulto que no conduce durante el viaje hasta que el niño alcance la fecha probable de parto y haya conservado la capacidad de tolerar estar en el asiento del automóvil.

Debido a que es necesario observar el color del lactante, el viaje debe limitarse a las horas diurnas. Los viajes largos se deben dividir en segmentos de 45 a 60 minutos para que el lactante pueda salir del asiento del automóvil y reposicionarse.

Después del alta, es preciso efectuar un seguimiento neuromadurativo cuidadoso de los recién nacidos extremadamente pretérmino y muy pretérmino para derivarlos en forma temprana a programas de intervención, según sea necesario, para terapia física, ocupacional y del lenguaje.

5.9 Tratamiento

El tratamiento médico de los trastornos específicos, cuando es posible, los recién nacidos (neonatos) más enfermos son atendidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Unidad de cuidados intensivos neonatales

La unidad de cuidados intensivos neonatales es una instalación especializada que proporciona el equipo médico y la tecnología necesarios para la atención de recién

nacidos (neonatos) con diversos trastornos. Los recién nacidos pueden necesitar dicha atención especializada debido a

- Prematuridad
- Trastornos respiratorios
- Concentración baja de azúcar (glucosa) en sangre
- Infecciones graves (por ejemplo, septicemia)
- Problemas cardíacos
- Trastornos metabólicos
- Defectos congénitos que pueden requerir cirugía

El equipo de una unidad de cuidados intensivos neonatales generalmente está dirigido por neonatólogos (pediatras especialmente entrenados para manejar los problemas de los recién nacidos). Gran parte de los cuidados los realiza personal de enfermería especialista en atención neonatal. Entre los miembros del equipo también puede haber pediatras, personal de enfermería especialista en neonatología (personal de enfermería específicamente capacitado para atender a los recién nacidos), personal médico auxiliar de neonatología, terapeutas respiratorios, trabajadores sociales, farmacéuticos, terapeutas físicos y ocupacionales, logopedas y otro personal especializado. Muchas unidades de cuidados intensivos neonatales también tienen médicos y estudiantes en prácticas. Dependiendo de la atención que requiera el bebé, también suele participar personal médico y quirúrgico subespecialista.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales, los recién nacidos son atendidos en incubadoras o calentadores radiantes, que los mantienen calientes y permiten al personal sanitario observarlos y tratarlos. Los bebés suelen estar conectados a monitores que miden continuamente la frecuencia cardíaca, la respiración, la presión arterial y los niveles de oxígeno en sangre. Es posible que se les coloquen catéteres en el interior de una arteria o en la vena que entra en el cordón umbilical para permitir el control continuo de la presión arterial, la extracción repetida de muestras de sangre y la administración de líquidos y medicamentos.

Las UCIN son muy diversas. Algunas UCIN tienen pabellones en los que muchos bebés comparten un gran espacio, otras tienen módulos con unos cuantos bebés en un mismo espacio y otras tienen habitaciones privadas para una familia y su bebé.

Con independencia del entorno, el personal de la UCIN se centra en satisfacer la necesidad de tiempo y privacidad que requieren los padres para familiarizarse con sus recién nacidos y así conocer la personalidad de su bebé, aquello que le gusta y lo que le desagrada y, en última instancia, satisfacer la necesidad de aprender cualquier tipo de cuidado especial que deban proporcionarle al bebé en casa. Las horas de visita varían, pero generalmente son flexibles para que las familias puedan pasar todo el tiempo que deseen con su bebé recién nacido. Algunos hospitales disponen de instalaciones para que los padres puedan pernoctar en el propio hospital o cerca.

En algunas ocasiones los padres sienten que tienen poco que ofrecer a su recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Sin embargo, su presencia, que incluye acariciar, hablar y cantar a su recién nacido es muy importante. Los recién nacidos oyen la voz de sus padres incluso antes del nacimiento y están acostumbrados a ella, por lo que a menudo responden mejor a los intentos de sus padres para calmarlos. El contacto piel con piel (también llamado método de la madre canguro) en el que se permite al recién nacido yacer sobre el pecho de la madre o del padre, es reconfortante para el recién nacido y mejora la calidad del vínculo.

La leche materna reduce significativamente el riesgo de enterocolitis necrosante (un trastorno intestinal grave que puede ocurrir en bebés prematuros) e infecciones en bebés prematuros, además de presentar una amplia gama de beneficios para la salud de todos los bebés (véase Beneficios de amamantar).

El personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales recomienda encarecidamente a las madres que amamenten cuando el estado de salud de su bebé lo permita. Sin embargo, según la edad gestacional y los problemas

médicos, es posible que los bebés que están en una UCIN no puedan mamar o tomar leche materna de un biberón. Los bebés prematuros no pueden succionar adecuadamente y no son capaces de coordinar la succión, la deglución y la respiración. Los bebés nacidos a término que están en la UCIN pueden tener problemas respiratorios u otras enfermedades que imposibiliten la lactancia. Pero, debido a que la leche materna es claramente el mejor alimento para los recién nacidos, se recomienda a las madres que extraigan su leche con un dispositivo de succión para poder usarla más adelante.

El personal de la UCIN entiende que los progenitores deben mantenerse al día sobre el estado de su bebé y el curso esperado, el plan de atención y el tiempo estimado de alta. Las conversaciones periódicas con el personal de enfermería y el equipo médico son beneficiosas. Muchas UCIN también cuentan trabajadores sociales que ayudan a comunicarse con los padres y a organizar la relación entre los servicios médicos y los familiares.

6. CUIDADOS INMEDIATOS Y MEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO

La atención del recién nacido está representada en el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer en procura del bienestar general del recién nacido.

El neonato debido a que experimenta una transición desde su ambiente cálido, oscuro, húmedo, de estímulos suaves modulados por el útero, a un ambiente con mucha luz, ruidos y estímulos dolorosos. Esto asociado a cambios fisiológicos importantes como lo son el inicio de la respiración y el cambio de la circulación fetal a la extrauterina.

Es por esto que a través del tiempo se han implementado prácticas clínicas que favorezcan esta transición. En la actualidad dichas prácticas están enfocadas a ser más humanitarias y personalizadas integrando a los padres y familia en los procesos.

El cuidado de todo recién nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de sus primeros días de vida:

- Atención Inmediata al Nacer en la sala de parto
- Durante el Período de Transición (primeras horas de vida)
- cuidados mediatos Al cumplir 6 - 24 horas de vida
- consulta médica de control del recién nacido. Previo a ser dado de alta con su madre En este protocolo nos referiremos a los 2 primeros puntos anteriormente expuestos.

6.1 Atención inmediata al recién nacido

Es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. Para ello se requiere efectuar una valoración inicial integral y detallada.

Además, para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan a todos los neonatos.

En la atención inmediata al recién nacido (RN) se deben garantizar aspectos importantes, pues es el momento propicio para evitar trastornos posteriores. Se deben tener creadas todas las condiciones materiales para su recibimiento óptimo, para garantizar una atención y evolución adecuada del neonato, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad del RN durante el período de transición neonatal.

6.1.2 La atención inmediata del recién nacido

- Evitar la pérdida de calor.
- Dejar la cabeza en posición media, con ligera extensión del cuerpo.
- Aspirar las secreciones de boca, nariz y orofaringe.
- Secar la piel con un campo previamente calentado y retirar el campo húmedo.
- Estimulación táctil, así fuera necesario.
- Reposicionar la cabeza y administrar oxígeno, si fuera necesario.
- Pinzamiento de cordón
- Valoración de APGAR
- Profilaxis ocular
- Tomar medidas antropométricas
- Identificación del recién nacido
- Realizar examen físico.

Se valora el estado en el que se recepciona al recién nacido para poder realizar los cuidados inmediatos que son aquellos que son vitales justo al momento de nacer:

Aspiración De Secreciones

- Primero se aspira cavidad oral.
- Posterior cavidad nasal.
- Si el recién nacido tiene presencia de meconio es importante realizar la aspiración orotraqueal con una sonda de aspiración. También se valora si requiere oxígeno.

Secado: Se procede secar la piel del niño con sábanas estériles y tibias. Esto con el fin de ayudar a retirar el exceso de fluidos y a la termorregulación de la temperatura corporal. Si el neonato está hipotónico se debe estimular masajeando suavemente en la zona de la espalda.

Ligadura Del Cordón Umbilical: Realizar la ligadura del cordón umbilical a 3 a 5 cm de la base, ligar correctamente y posterior cortar por arriba de la ligadura.

- Verificar que el cordón tenga 2 arterias y 1 vena para descartar alguna malformación.
- Verificar que el cordón fue ligado correctamente y no hay riesgo de sangrado.

Valoración Apgar: Se valorará a la persona recién nacida al minuto y los 5 minutos.

6.1.3 Cuidados inmediatos durante la sala de parto

- Preparación de la sala de parto o quirófano con el material necesario
- Tener la incubadora o cuna para poner al bebe.
- Aspiración de secreciones bucofaríngeas.
- Pinzar y seccionar el cordón umbilical.
- Recibir el neonato con guantes y ropa estéril.
- Colocarlo en la mesa pediátrica.
- Aplicar calor para evitar perdida de la temperatura.
- Aspiraciones de secreciones de vías aéreas superiores.
- Proporcionar oxígeno si lo requiere.

- Aplicación de la vitamina K
- Valoración por el método del APGAR Y Silverman al minuto y cinco minutos.
- Exploración física general.
- Somatometría: peso, perímetro cefálico, torácico, abdominal, y segmento de inferior del pie.
- Realizarle la profilaxis oftálmica.
- En la hoja de identificación del recién nacido, tomar huellas de ambos pies, y la huella digital de la mama.
- Identificación del niño (colocación de la pulsera) como para la mama.
- mostrárselo a la mama para hacer hincapié del sexo del bebe.
- Trasladarlo al servicio de recuperación postparto, cunero, pediatría, o UCIN, etc. A la encargada del servicio.

6.1.4 Material y equipo en la atención del recién nacido

- Cuna de calor radiante
- Mesa pediátrica
- Bata estéril
- Franela
- Guantes estériles
- estetoscopio
- Perilla
- Vitamina k
- Jeringa de 1ml
- Cloranfenicol
- Sonda Levi #8
- Cinta métrica
- Ligadura
- Pinza de Kelly, pean
- Tijera de mayo

- Torundas con alcohol
- Cojín de tinta
- Pulseras
- Ficha de identificación
- Hojas para el registro

6.2 Cuidados mediatos al recién nacido

Los cuidados mediatos, son aquellos que contribuyen a la adecuada valoración y transición del recién nacido a la vida extrauterina, además ayudan a detectar anomalías al nacimiento.

Prevención de Hemorragias en el Recién Nacido: Aplicación de vitamina K con dosis de 1 mg por vía intra muscular. En el tercio medio del muslo vasto. Para la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Profilaxis Oftálmica: Aplicación de Cloranfenicol vía oftálmica 1 gota en cada ojo. Para evitar infecciones de la mucosa oftálmica por microorganismos adquiridos en el canal del parto.

Somatometria Y Antropometría: Peso, talla, perímetro cefálico, torácico y, abdominal. Segmento inferior (que va desde la cadera hasta el talón del pie) y pie.

- **Desarrollo normal del neonato**

Parámetros físicos de un neonato al nacimiento

En la longitud influyen factores genéticos y las condiciones de gestación. A diferencia del peso, no suele haber pérdida fisiológica de talla. El perímetro cefálico o craneal muestra indirectamente en qué condiciones está el cerebro (macro o microcefalia). Por lo general, el tórax tiene 1 cm menos que el perímetro craneal.

El peso promedio común para varones está entre 2,6 y 4,15 kg.

- La talla entre 47 y 55 cm.
- El perímetro craneal está entre 32,6 y 37,2 cm.

Para niñas el peso promedio está entre 2,3 y 3,8 kg.

- La talla entre 45 y 55 cm.
- El perímetro craneal está entre 32,1 y 35,9 cm.
- El perímetro torácico oscila entre 31 y 35 cm.

Toma De Muestra Sanguínea: Toma de la muestra de sangre del cordón umbilical, para determinar Grupo sanguíneo y Rh. (Cantidad aproximada de 3 ml).

Valoración Capurro: Valoración de la edad gestacional.

- Alojamiento conjunto
- Lactancia materna exclusiva mantener temperatura adecuada
- Signos vitales
- Vigilar cordón umbilical
- Vigilar presencia de evacuación de meconio y orina
- Vigilar si hay presencia de vomito o sialorrea u otro signo de anormalidad

6.3 Valoraciones en el recién nacido

La valoración del recién nacido nos permite entender el estado en que se encuentra actualmente el producto y hacer un pronóstico de cómo se encontrara a corto plazo. Además, nos permite tomar decisiones terapéuticas adecuada a las necesidades del recién nacido.

6.3.1 Exploración física

El objetivo más importante del examen físico del RN es la evaluación de su adaptación cardiorrespiratoria a la vida extrauterina en los cinco primeros minutos de vida.

Un segundo objetivo es detectar la presencia de malformaciones y el tercer aspecto importante es cumplir con el papel social del examen físico. Una serie de fenómenos normales del RN pueden provocar estrés en la madre y alterar la

lactancia; por lo tanto, poder asegurarle a la madre que su niño es sano aumenta las posibilidades de una buena lactancia.

Pauta temporal de la evaluación del RN Se examina al recién nacido por primera vez al nacer, para determinar si se ha llevado a cabo con éxito la transición a la vida extrauterina. Después queda en observación un par de horas, durante las cuales idealmente permanece con su madre.

Más tarde, se le examina someramente otra vez y luego nuevamente, entre las 24 y las 48 horas.

Examen al nacer

Su objetivo es evaluar la transición; aquí es donde entra en juego el APGAR. Actualmente, a los treinta segundos del nacimiento, el pediatra ya está tomando decisiones con respecto a ventilar o no, por lo que el APGAR, al minuto, no es útil para decidir sobre la reanimación. Por otra parte, se dice que el APGAR, a los cinco minutos, cumple un supuesto papel pronóstico. Está claro que un niño con APGAR menor de 3, a los cinco minutos, tiene mal pronóstico, pero un valor de 6 o más no discrimina mucho y su función predictiva no es muy relevante. La utilidad real del APGAR, que es un test muy fácil de aprender, es que permite evaluar rápidamente la adaptación a la vida extrauterina, mediante la evaluación de la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la calidad del llanto, la irritabilidad refleja y el color del RN.

Tiene importancia manejar con cierta sensibilidad a la madre. Si se le dice que el niño tiene un eritema tóxico, una mancha mongólica o que bajó de peso, puede quedar muy angustiada. Es necesario manejar el lenguaje con mucho cuidado y explicarle bien todos los detalles para evitar malentendidos que actúen como fuentes de estrés.

En La Exploración Física

Piel

Rojo intenso.

Vermix caseoso

Lanugo.

Es preciso buscar y describir todas las manchas de la piel, los hemangiomas, los nuevos, las lesiones secundarias al parto, las lesiones del cuero cabelludo por la rotura artificial de membranas, los cortes por la cesárea, etc. La acrocianosis, que consiste en tener las extremidades frías y cianóticas, es normal en los RN, porque no tienen una buena coordinación de la inervación del sistema circulatorio entre los sistemas simpático y parasimpático. O sea, que los niños tengan los pies fríos se debe a un fenómeno circulatorio normal.

La descamación es un signo de madurez. Los niños pos maduros, por ejemplo, de 41 semanas, nacen con la piel muy arrugada y descamada, especialmente en manos y extremidades. El resto del cuerpo se descama después, con frecuencia después del alta, por lo que se le debe explicar la situación a la madre. Los niños a veces nacen con pequeñas lesiones ampulares en los brazos, como producto de la succión in útero, que no deben confundirse con infecciones estafilocócicas. Están localizadas en las áreas de succión de brazos y manos.

Abdomen

Se debe palpar bien el abdomen, buscando masas renales y quistes ováricos que pueden pasar inadvertidos en un examen, pero que deben detectarse en alguno de los cinco o seis exámenes que se hacen durante el primer mes de vida.

Abdomen y genitales

Se debe verificar la integridad de la pared abdominal para descartar el onfalocele y la gastrosquisis y se deben buscar las dos arterias y la vena en el cordón. Si hay

una sola arteria, es obligatorio descartar una alteración renal, porque ambos fenómenos se asocian.

Se le debe explicar a la madre que la hidrocele es normal y que, en el caso de las mujeres, a los 6 o 7 días de vida se puede presentar una secreción vaginal sanguinolenta por acción de las hormonas maternas; así se evitará que la madre acuda al servicio de urgencia creyendo que la RN tiene deposiciones con sangre.

Se deben examinar con cuidado los genitales para determinar si se puede asignar sexo. Si hay elementos que plantean un sexo ambiguo, se debe tener mucho cuidado en su evaluación. Si el escroto está distendido, se debe examinar con cuidado. Si está un poco duro, se debe hacer una transiluminación. Si el testículo está torcido y duro, se debe plantear la posibilidad de una torsión testicular intrauterina, que a estas alturas puede ser indolora, porque el testículo ya está necrosado y ha sido reemplazado por sangre y contenido irregular. En caso de duda, se debe solicitar una ecografía.

Columna

Hay que recorrer la columna con el dedo para verificar que no haya ninguna discontinuidad. La diastematomielia se reconoce por lesiones satélites o irregularidades en el recorrido normal de la columna.

Siempre se debe revisar la espalda, porque hay defectos del tubo neural que no son muy evidentes. Por ejemplo, si el primer examen no es cuidadoso, un mielomeningocele cubierto y pequeño puede pasar inadvertido, lo mismo que ciertos defectos de la columna en los que la médula espinal está dividida en dos por espolones óseos; se pueden reconocer por la presencia de un pequeño lipoma, hemangioma o neví veloso en la zona lumbosacra.

No se sabe qué ocurre primero, si es la malformación de la médula la que afecta el desarrollo óseo o si éste interrumpe el desarrollo medular.

Ombbligo

Se evalúa la induración del cordón, si se está secando bien y si existe una hernia umbilical; ésta suele preocupar mucho a la madre y a la familia, por lo que es habitual ver al niño con hernia, con fajitas, monedas y botones en el ombbligo.

Se le debe explicar a la madre que la hernia umbilical no tiene ningún efecto perjudicial y que en su mayoría se resuelven solas en los 3 o 4 primeros años.

Extremidades

Integridad de componentes, simetría en tamaño y pliegues. barlow, ortolani.

6.3.2 Examen segmentario

Cráneo

- Fontanelas
- Buscamos cefaloematomas

En el caso de partos difíciles, expulsivos prolongados, etc., se pueden observar deformaciones plásticas de la cabeza, como cráneo alargado, que generalmente se corrigen muy rápidamente y al día siguiente ya no están. Sin embargo, hay algunas deformaciones plásticas que son más persistentes. A veces el hombro deja su marca en la mandíbula y esto puede demorar meses en corregirse y causar asimetrías faciales.

Otras alteraciones muy frecuentes son los cefalohematomas y el *caput succedaneum* o edema localizado del cuero cabelludo, que aparece al primer día y al segundo empieza a desaparecer.

El cefalohematoma es muy difícil de distinguir el primer día y no es raro que pase inadvertido; en cambio, es muy fácil de reconocer en el segundo o tercer día como una masa en el cráneo, un poco dura y muy bien delimitada.

Es importante explicarles a los padres que el cefalohematoma dura dos o tres meses y que suele calcificarse en el borde; se puede palpar un borde rugoso que

suele ser motivo de consulta. Por eso es importante enseñar a los padres la evolución natural.

El caput succedaneum está bajo la piel y es solamente edema, de manera que desaparece rápidamente. El cefalohematoma, en cambio, puede ubicarse por debajo de la aponeurosis o del periostio. Cuando es subperióstico, es muy localizado desde el primer día y no cruza el límite del hueso; cuando es subaponeurótico, puede ser más extenso y difícil de distinguir. Puede confundirse con el caput succedaneum. A medida que pasan los días, disminuye el edema del cuero cabelludo, el hematoma empieza a delimitarse mejor y se puede reconocer en las zonas sin pelos por el color azulado de la sangre.

Ojos

Los párpados suelen estar edematosos y, además, a los RN les cuesta abrirlos por la fotofobia, así que es difícil verles los ojos durante los primeros días, pero puede haber anoftalmia o malformaciones graves que no se van a diagnosticar si no se examinan bien.

Lo mismo ocurre con las hemorragias subconjuntivales, que se ven en un tercio de los niños nacidos por parto vaginal; no tienen importancia práctica, pero causan estrés en los padres cuando las descubren.

Boca

Siempre se debe revisar el paladar, porque no todos los niños con fisura palatina tienen fisura labial; puede haber una fisura palatina oculta que pase inadvertida en el examen físico. Lo más fácil es palpar el paladar en el momento de probar la succión.

Los RN pueden nacer con quistes alveolares o dientes, sueltos o firmemente adheridos a la encía, pero nunca se debe intervenir en ellos, porque los dientes de leche pueden hacer erupción prenatal y después caerse solos o terminar de adherirse y durar todos los primeros años de vida. Su extracción puede provocar

una hemorragia importante y no hay que hacerla.

El frenillo que va del labio al alvéolo no se debe cortar, aunque sea muy marcado, lo mismo que el sublingual; sólo si es muy marcado y afecta la succión, se envía al cirujano. Antes se cortaba el frenillo en la atención inmediata, pero, como está irrigado, no era raro que se presentara una hemorragia difícil de cohibir.

Orejas

Hay que buscar activamente anomalías o lesiones en los pabellones auriculares y en el conducto auditivo. Estas últimas se asocian con alteraciones auditivas; por lo tanto, todo RN que presente estas anomalías se debe evaluar para descartar sordera.

También puede haber hematomas retro auriculares debidos a la toma del fórceps. Estos hematomas pueden ser muy masivos, por lo que es preciso palparlos con cuidado para determinar su extensión.

Cuello

Se debe verificar la simetría del cuello, porque se pueden producir in útero pequeños hematomas del esternocleidomastoideo que, al cicatrizar, producen fibrosis y retracción que se manifiestan como un tortícolis congénito.

A veces el hematoma es fácilmente palpable, pero también existen tortícolis congénitos secundarios a una malformación ósea de las vértebras cervicales. Por eso, todo niño que presente asimetría en la postura de la cabeza debe ser objeto de evaluación cuidadosa.

Tórax

Es importante asegurar la simetría visual y auscultaría de los pulmones. El RN puede tener normalmente una glándula mamaria hipertrófica e incluso puede tener secreción láctea durante los dos primeros meses. La madre debe saber que no debe manipularla, por el riesgo de mastitis estafilocócica, que es difícil de tratar.

- **Examen neurológico**

El examen neurológico es muy fácil: Si el niño llora, tiene buena succión, buen tono y buen reflejo de Moro, está bien. No se necesita hacer otras pruebas, como la de la marcha, etc.; no es necesaria tanta complejidad.

Se debe verificar la simetría de las comisuras labiales, los surcos simétricos y los dos ojos cerrados, y evitar la confusión entre la parálisis facial y la ausencia del músculo risorio, que es una variedad normal y no tiene importancia.

Cuando hay parálisis del nervio facial se debe buscar la causa, que puede ser una lesión debida al fórceps, y hay que ver su evolución. El primer día puede ser muy marcada y después se puede resolver espontáneamente, pero, si persiste, se debe evaluar más a fondo, porque puede reflejar alguna lesión neurológica más importante.

La parálisis facial del recién nacido puede ser transitoria, generalmente secundaria al fórceps, o puede deberse a una malformación del tronco encefálico con ausencia del núcleo del nervio facial. Se debe buscar la marca del fórceps detrás de la oreja, en los ojos, en la frente, etc.

6.4 Valoración del recién nacido

6.4.1 Test de APGAR

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

En casos raros, el examen se terminará 10 minutos después del nacimiento.

Mediante sencillos parámetros cardiovasculares y neurológicos puntuación de 0 a 10 el estado del neonato. Se considera un neonato sano la puntuación por encima de 8, aunque una puntuación de 10 no es muy frecuente. Es habitual realizar esta prueba al minuto, y a los cinco minutos.

Forma en que se realiza el examen

La prueba de Apgar la realiza un médico, una enfermera obstétrica (comadrona) o una enfermera. El proveedor examina en el bebé:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel
- A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

Esfuerzo respiratorio:

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

La frecuencia cardíaca

Se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.

- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Tono muscular:

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo:

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Color de la piel:

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Resultados normales:

El examen de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

Significado de los resultados anormales:

Cualquier puntaje inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. Cuanto más bajo es el puntaje, mayor ayuda necesita el bebé para adaptarse fuera del vientre materno.

Casi siempre un puntaje de APGAR bajo es causado por:

- Parto difícil
- Cesárea
- Líquido en la vía respiratoria del bebé

Un bebé con un puntaje de Apgar bajo, puede necesitar:

- Oxígeno y despejar las vías respiratorias para ayudar con la respiración.
- Estimulación física para lograr que el corazón palpite a una tasa saludable.
- La mayoría de las veces, un puntaje bajo al minuto 1 está cerca de lo normal hacia los 5 minutos.

Una calificación baja en la prueba de Apgar no significa que el bebé tendrá problemas de salud graves o crónicos. La prueba de Apgar no está diseñada para predecir problemas de salud futuros en el bebé.

¿Cómo evaluamos el test de Apgar?			
	0	1	2
Frecuencia cardíaca o pulso	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Respiración	Ausente	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No hay respuesta a estímulos	Presencia de muecas o llanto sin fuerza	Presencia de llanto fuerte, estornudos, tos
Tono muscular	Hipotónico (cuerpo flácido)	Presencia de algunos movimientos débiles	Bebé activo
Coloración de la piel	Cianosis general (cuerpo azulado)	Cianosis distal (cuerpo rosado y extremidades azules)	Rosada

6.4.2 Prueba de silverman y anderson

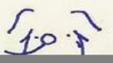
En esta prueba se evalúa de manera rápida la función respiratoria del neonato, dándole una puntuación que, contrario al acostumbrado sistema de Apgar, la puntuación baja es la del mejor pronóstico.

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con asfixia leve.
- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con asfixia moderada.
- Recién nacido con 7 a 10 puntos, con asfixia grave.

Verificar Permeabilidad Esofágica Y Anal: Con el uso de una sonda orogástrica hacer verificación para detectar el paso libre por el esófago a cámara gástrica.

Regulación De La Temperatura Corporal: Con el uso de las compresas y la cuna radiante verificar que el RN haya termoregulado como signo de adaptación hacia la vida extrauterina.

Conviene reevaluar al neonato a las 48 h, antes de darle el alta. Todas las anotaciones realizadas serán útiles para la evaluación que realiza el pediatra tras el alta.

TEST DE SILVERMAN - DIFICULTAD RESPIRATORIA			
SIGNO CLÍNICO	0 puntos	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 ausente	 mínima	 marcada
Quejido respiratorio	 ausente	 mínima	 marcada

6.4.3 Valoración de la edad gestacional

Trata de comprobar si se ajusta a la proporcionada por el obstetra basándose en la fecha de última regla y las ecografías gestacionales. Para ello, se utilizan habitualmente dos herramientas:

a) Test de Usher

Es una técnica clínica comúnmente usada para el cálculo indirecto de la edad gestacional de un recién nacido. El test le asigna un valor a una serie de criterios de examinación, la suma total del cual es luego extrapolado para inferir la edad gestacional del neonato. Los criterios son cinco, parámetros físicos, a diferencia del test de Ballard que añade evaluaciones neurológicas. Es un examen que valora los pliegues plantares, el pabellón auricular, el pelo, el nódulo mamario y los

genitales. Mediante el uso de puntuaciones, establece tres grupos de neonatos: aquellos nacidos con menos de 36 semanas de gestación; de 36 a 38 semanas; y más de 38 semanas de gestación.



ESCALA DE USHER

Dr. Alex Velasco

	< de 36 semanas	Entre 36 y 38 semanas	> de 39 semanas
Pliegues plantares	1 o más en 1/3 ant. del pie	Pliegues en 2/3 ant.	Pliegues en toda la planta
Pabellón auricular	Fácilmente plegable, escaso cartilago, no vuelve a posic.	Menos deformable, cart. regular, demora en volver a posición	Rígido, poco deformable. Cart. grueso, vuelve rápido
Pelo	Fino, aglutinado, difícil de separa	Fino, aglutinado, difícil de separar (hasta 37)	Grueso, individualizable (>38s)
Nódulo mamario	0.5 cm diámetro	0.5-1 cm diámetro	>1cm diámetro (excepto desnud)
Genitales masculinos	Escroto pequeño, pocas arrugas, test. en cond. inguinal	Escroto intermedio, algunas arrugas, testic. en escroto	Escroto pendular arrugado, testic. en escroto
Genitales Femeninos	Labios mayores rudimentarios, sobresalen menores	Labios mayores casi cubren los menores	Labios mayores cubren los menores. Leucorrea y/o pseudomenstruación

b) Test de Capurro (o método de Capurro)

En neonatología, el test de Capurro (o método de Capurro) es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de $\pm 8,4$ días cuando es realizado por un explorador entrenado. Los signos que se han de evaluar son los siguientes:

Somáticos:

- Formación del pezón.

- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- amaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares.

Neurológicos:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

CAPURRO B: Cuando el niño está sano y tiene ya **más de 12 horas de nacido**, se emplean sólo cuatro datos somáticos de la columna «A» (se excluye la forma del pezón) y se agregan los dos signos neurológicos (columna «B»), luego se suman las calificaciones obtenidas de los datos somáticos y los signos neurológicos, adicionando una constante (K) de **200 días**, con objeto de obtener la estimación de la edad de gestación.

Postmaduro:	42 sem o mas	} $\text{Edad gestacional (días)} = \frac{200 + \text{Total de puntos}}{7}$
A término:	37 a 41 sem	
Prematuro leve:	35 a 36 sem	
Prematuro moderado	32 a 34 sem	
Prematuro extremo	< de 32 sem	

CAPURRO A: en **recién nacido o cuando el niño tiene signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica** se usan las cinco observaciones somáticas (columna «A»), se agrega una constante de **204 días** para obtener la edad de la gestación y toda esta valoración se lleva de cinco a seis minutos.

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.					Postmaduro	42 Semanas o más
Forma de la OREJA	Aplanada, informe, incurvación escasa o nula del Pabellón 0	Pabellón parcialmente incurvado 8	Pabellón incurvado todo el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	A término	37 a 41 semanas
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15	Prematuro Leve	35 a 36 semanas
Formación del PEZON	Aperturas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 15	Prematuro Moderado	32 a 34 semanas
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Más gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Prematuro Extremo	< 32 semanas
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior. Surcos en 1/2 anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7	
			Surcos en más de la mitad anterior 20			



6.5 Identificación del recién nacido

Ficha De Identificación Del Recién Nacido Debe Llevar:

- Nombre de madre
- Femenino/masculino con los apellidos de la madre
- Fecha y Hora de nacimiento
- Talla del recién nacido
- Peso del recién nacido
- Resultado del APGAR
- Nombre del ginecólogo y cedula profesional
- Huellas de ambos pies derecho- izquierdo del recién nacido
- Huella digital del pulgar derecho de la madre

COLOCAR PULSERAS LOS DATOS QUE DEBE LLEVAR AMBAS PULSERAS COMO DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO SON:

- Femenino/ masculino

- Apellidos de la madre
- Hora de nacimiento
- Talla del recién nacido
- Peso del recién nacido
- Resultado del APGAR
- Fecha y Hora de nacimiento
- Nombre del ginecólogo y cedula profesional

Tomar huella plantar del recién nacido y del pulgar de la madre en hoja de examen neonatal y en libro de salud del niño. Nota: Algunas instituciones de salud, tienen más datos en las tarjetas de identificación o utilizan más documentos en el registro del neonato.

6.6 Alojamiento conjunto

Características generales

Algunos hospitales disponen de la unidad de alojamiento conjunto contiguo a la sala de partos y aunque esto sea lo ideal, no siempre es posible encontrarla así, por falta de una apropiada distribución física del hospital, pero se recomienda que esté lo más cerca de los salones de partos. Los beneficios del alojamiento conjunto no deben ser denegados a los familiares por situaciones estructurales.

El alojamiento conjunto juega un papel importante para la familia en lo que respecta a los cuidados de la maternidad, no solo provee un ambiente que promueve una relación madre-hijo de forma natural, sino también apoya a la educación de los padres, y está basada en el reconocimiento y la comprensión de las necesidades de cuidados de la madre y el niño.

El alojamiento conjunto es un concepto que ha sido aplicado para que el RN comparta con su madre y sus familiares de manera transicional la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos, hasta la recuperación inmediata de ambos.

6.7 Ambiente térmico neutro

Se define como ambiente térmico neutro (termoneutralidad) un setting idealizado definido como el rango de temperatura ambiente dentro del cual la temperatura corporal está dentro del rango normal, el gasto metabólico es mínimo, (consumo oxígeno mínimo y glucosa), y la termorregulación se logra solamente con procesos físicos basales y sin control vasomotor (vasoconstricción periférica). De esa manera el niño está en equilibrio térmico con el ambiente. Este rango de temperatura es muy pequeño si el niño es muy inmaduro y se va haciendo mayor a medida que el niño va madurando. En el estado de termoneutralidad el RN no gana ni pierde calor, y el consumo de O₂ es mínimo al igual que el gradiente de temperatura central y periférica. El gradiente de temperatura entre la central y periférica se denomina temperatura delta T. Cuando la diferencia es mayor de 1° C es un signo predictor de estrés térmico.

Por tanto, es fundamental no solo prevenir la hipotermia sino también el estrés térmico (diferencia de Temperatura axilar y periférica >1°C) En el RNMBP el estrés térmico se asocia con aumento de la morbilidad y de la mortalidad neonatal. Mecanismos de pérdida y ganancia de calor en el recién nacido Es necesario tener en cuenta que:

- La cantidad de calor que se pierde y la rapidez con que se pierde es proporcional al gradiente de temperatura entre el RN y el medio que le rodea (aire, líquido, sólido u objetos cercanos).
- Cuanto mayor es la superficie de contacto, mayor es la transferencia de calor.

Los cuatro mecanismos por los cuales el calor es transferido desde y hacia la superficie corporal son:

MODO	MECANISMO	PROCESO FÍSICO	PREVENCIÓN
CONDUCCIÓN	Pérdida o ganancia del calor corporal a una superficie fría o caliente en contacto directo con el recién nacido.	Contacto con objetos no precalentados (balanzas, colchones, placas radiológicas y estetoscopios)	Valorar temperatura de objetos que entran en contacto con el recién nacido. Precalentar los objetos.
CONVECCIÓN	Pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire o agua que envuelve al recién nacido.	Circulación de aire frío hacia un área expuesta del recién nacido. La inmersión en agua con T ^a inadecuada.	Evitar corrientes de aire. Calentar oxígeno y aerosoles Aseo con T ^a agua controlada. Levantar paredes laterales de calor radiante.
EVAPORACIÓN	Pérdida de calor corporal asociado a exposición de la piel y/o tracto respiratorio a una concentración de humedad menor a la necesaria.	Características de la piel húmeda y fina al nacimiento. (Hasta las dos semanas de edad postconcepcional)Proceso normal de respiración	Secado de la piel. Mantenerla seca. Utilización de humedad ambiente en incubadora según EG, días de vida. Calentar y humidificar gases respirados.

RADIACIÓN	Pérdida de calor corporal hacia un objeto más frío que no está en contacto directo con el niño.	Recién nacido rodeado de objetos o superficies más frías	Prevenir cercanía con objetos más fríos. Interponer elementos que eviten pérdida. Precalentar la incubadora antes de introducir al niño. Evitar incubadoras cerca de puertas, ventanas y aire acondicionado que enfríe sus paredes
------------------	---	--	--

6.8 Reflejos

Los reflejos son acciones o movimientos involuntarios. Algunos movimientos son espontáneos y forman parte de las actividades habituales del bebé. Otros responden a ciertas acciones. Los reflejos ayudan a identificar la actividad normal del cerebro y De los nervios. Algunos reflejos se producen solamente en períodos Específicos del desarrollo. A continuación, se enumeran algunos de los reflejos normales en los recién nacidos:

- **Reflejo De Búsqueda.** Este reflejo se produce cuando se toca o acaricia la comisura de los labios del bebé. El bebé gira la cabeza y abre la boca para seguir y "buscar" en la dirección de la caricia. Esto ayuda al bebé a encontrar el pecho o el biberón para alimentarse. Este reflejo dura alrededor de cuatro meses.

- **Reflejo De Succión.** La búsqueda contribuye a la preparación del bebé para la succión. Cuando el techo de la boca del bebé entra en contacto, el bebé comienza a succionar. Este reflejo comienza alrededor de la semana 32 del embarazo, y no se desarrolla completamente hasta las 36 semanas aproximadamente. Por este motivo, la capacidad de succión de los bebés prematuros puede ser débil o inmadura. Los bebés también tienen un reflejo de llevarse la mano a la boca que acompaña los reflejos de búsqueda y de succión y pueden chuparse los dedos o las manos.
- **Reflejo De Moro.** El reflejo de Moro con frecuencia se denomina reflejo de sobresalto porque generalmente se produce cuando el bebé se sobresalta por un sonido o un movimiento estrepitoso. En respuesta al sonido, el bebé echa la cabeza hacia atrás, abre los brazos y las piernas, llora, y después vuelve a colocar los brazos y las piernas en la posición original. El bebé puede sobresaltarse con su propio llanto y así generar este reflejo. Este reflejo dura unos dos meses.
- **Reflejo Tónico Del Cuello.** Cuando se gira la cabeza de un bebé hacia un lado, el brazo de ese lado se estira y el brazo opuesto se dobla a la altura del codo. Esto a menudo se denomina posición "de esgrima". El reflejo tónico del cuello dura aproximadamente entre cinco y siete meses.
- **Reflejo De Prensión.** Acariciar la palma de la mano del bebé provoca que el bebé cierre los dedos en un apretón. El reflejo de prensión dura hasta aproximadamente los cinco o seis meses de edad.
- **Reflejo De Babinski.** Cuando se acaricia firmemente la planta del pie, el dedo gordo se dobla hacia la parte superior del pie y los otros dedos se despliegan en abanico. Este reflejo es normal hasta aproximadamente los dos años de edad.
- **Reflejo Del Paso.** Este reflejo también se denomina reflejo de caminar o de baile, porque pareciera que el bebé da pasos o baila cuando se lo sostiene erguido con los pies tocando una superficie sólida. Dura aproximadamente dos meses.

Los siguientes son algunos de los reflejos innatos normales que verá que su bebé realiza durante sus primeras semanas. No todos los bebés adquieren y pierden

estos reflejos exactamente al mismo tiempo, pero esta tabla le dará una idea general de qué esperar.

Reflejo	Edad en la que aparece el reflejo	Edad en la que desaparece el reflejo
Reflejo de Moro	Nacimiento	2 meses
Caminar/dar pasos	Nacimiento	2 meses
Agarrar	Nacimiento	4 meses
Reflejo tónico del cuello	Nacimiento	De 5 a 7 meses
Agarre palmar	Nacimiento	De 5 a 6 meses
Flexión plantar	Nacimiento	De 9 a 12 meses

7. VÍNCULO MADRE E HIJO, CONTACTO Y APEGO Y LACTANCIA MATERNA

Cómo es un bebé

Los bebés se pasan mucho tiempo dormidos o adormilados y, cuando están despiertos, pueden mostrarse inquietos o llorar para que se satisfagan sus necesidades básicas de alimento, contacto, etc. Pero de tanto en cuanto les sorprendemos tranquilos y alerta, prácticamente inmóviles, atentos a lo que pasa a su alrededor.

En alerta tranquila se ha comprobado que los recién nacidos conocen a su madre por su olor y por su voz desde antes de nacer, que ven muy bien de cerca, que necesitan intercambiar miradas con la persona que les cuida y que son capaces de devolver un gesto o una sonrisa.

Necesitan sentirse protegidos, calientes y necesitan alimento. Para ello, necesitan estar pegados a su madre día y noche, o al padre u otro cuidador. Los bebés que están en contacto permanente con su madre o su padre duermen más tranquilos y sólo lloran cuando están enfermos

7.1 Vínculo afectivo entre la madre e hijo

Vínculo afectivo

El vínculo madre-hijo o padre-hijo (vínculo afectivo), son los lazos emocionales que se establecen entre la madre y su hijo (o entre el padre y su hijo); es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie.

Es algo, por tanto, inconsciente. No se provoca, sino que ocurre. No es el amor materno-filial. Los lazos afectivos entre la madre y el padre y el hijo son

cruciales para la supervivencia y desarrollo del bebé: capacitan a los padres para que se sacrifiquen para el cuidado de su hijo.

El niño conforma su capacidad de relación afectiva y respuesta futura al estrés a través de la satisfacción oportuna de sus necesidades (contacto, comida, seguridad) por parte de la madre o de quien le cuida. Se sabe que en este proceso participa la hormona oxitócina como neurotransmisor.

7.2 Contacto precoz

Aunque los sentimientos de amor de la madre hacia su hijo recién nacido no son instantáneos, la primera hora parece tener una especial importancia en el establecimiento del vínculo afectivo.

- Como consecuencia del trabajo del parto, madre e hijo están en alerta tranquila, pendientes de lo que pasa a su alrededor. Es importante que durante esas primeras horas permanezcan juntos, a ser posible, en contacto piel con piel, así la madre se vincula intensamente, de forma totalmente inconsciente, con su hijo.

Nada más adecuado para el bebé recién nacido que ponerlo en contacto precoz con su madre:

Colocarlo sobre el cuerpo de su madre, en contacto piel con piel. Porque será una continuidad. Viene del interior del útero, de un ambiente térmico constante, de oler a su madre, de oír su voz y su corazón, de percibir la luz filtrada por la pared abdominal y el útero de su madre.

Si se le deja en decúbito prono (boca abajo) en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores; toca el pezón; pone en marcha los reflejos de búsqueda masticación, succión de su puño (que conserva el olor del líquido amniótico), lengüetada; huele la piel de su madre (e instintivamente comprueba que huele como su puño); acerca su cara al pecho; se dirige hacia la

areola (que reconoce por su color oscuro y por su olor); nota el pezón en su mejilla y, tras varios intentos, comienza a succionar.

A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta, lo que puede explicar los beneficios que tiene el contacto precoz sobre la duración de la lactancia materna.

En el posparto inmediato aumenta la sensibilidad de la piel de la areola y del pecho de la madre. El contacto de su hijo piel con piel en esa zona, sus movimientos de braceo, su forma de reptar, de lamer y, finalmente, la succión del bebé sobre esa zona tan sensible y sobre la areola y el pezón dan lugar a un aumento de la secreción de oxitocina, la hormona del comportamiento maternal, que contribuye al acceso de amor hacia el bebé.

Como respuesta al estrés y al dolor, madre e hijo han sintetizado endorfinas, que juegan también un papel en el establecimiento del vínculo afectivo.

- Si, por lo que sea, el bebé ha tenido que ser separado precozmente de su madre, aún están a tiempo de establecer el vínculo madre-hijo. Porque cada vez que madre e hijo disfrutan del contacto piel con piel, la madre segrega oxitocina y el bebé pondrá todas sus habilidades en marcha para agarrarse al pecho y para acabar mirando a su madre a los ojos. Cada vez. Durante los primeros meses. Y lo mismo con el padre.

7.3 Apego y crianza

La relación de apego son los lazos emocionales que el bebé desarrolla con su madre y, más adelante, con su padre. Va construyéndose día tras día y mes tras mes durante la más tierna infancia.

- El llanto de su hijo ocasiona en la madre una respuesta innata de cogerle en brazos, de calmarle y de atenderle. Solo si está permanentemente en contacto con él, se verá libre de sus llantos. Los consejos tipo “si le coges en brazos, le vas a malcriar”; “que no duerma contigo en la cama, que luego no sabrá dormir solo”; “déjale llorar, que no es malo que llore” van totalmente en

contra del instinto maternal y obstaculizan el establecimiento de una relación de apego seguro del bebé con su madre.

- El cerebro crece principalmente durante los dos primeros años. Al final del primer año alcanzan su máximo nivel las complejas conexiones entre los 100.000 millones de neuronas. Las conexiones que han sido activadas repetidamente son las que permanecen. La formación y destrucción de las conexiones que tienen que ver con las emociones dependen de la experiencia del bebé durante el primer año de edad. Las comunicaciones de apego inducen cambios importantes en el cerebro en desarrollo, principalmente en el hemisferio derecho, el de las emociones, que predomina durante los 2 primeros años.

El apego se puede definir como la regulación madre-bebé de las emociones con el objeto de conseguir una autorregulación afectiva. El perfeccionamiento de la autorregulación da lugar al desarrollo normal.

- El adulto independiente ha sido un bebé totalmente dependiente y, posteriormente, un niño autónomo. Durante el primer año de vida no hay que educar a los niños, hay que cuidarlos, atender a sus necesidades.
- El bebé también establece una relación de apego con su padre. Cuanto más cercano sea el padre, más probable es que se establezca una relación de apego seguro.
- Durante el primer año el papel del padre es de apoyo a la madre y de juegos. Durante los primeros meses, el bebé espera de su padre juego y estímulo. Jugar con el bebé, tranquilizarle, atenderle y conocerle sentará las bases de un apego seguro del hijo con su padre.

7.4 Crianza de separación

Pretende que los bebés aprendan por sí mismos a regular sus emociones. Establece unos patrones de cuidados y unos horarios de alimentación rígidos, no tomar en brazos, mecer o pasear al bebé ni responder al su llanto. Los niños tienen que dormir solos en su moisés y, a partir de los 3 meses, en su propia habitación.

Este modelo de crianza no tiene en cuenta las necesidades de protección, calor y alimento de los bebés ni el instinto de sus madres. Ignora que los bebés no tienen noción del paso del tiempo y que, por tanto, cuando están solos se desesperan. Hace actuar a las madres en contra de su instinto, porque todas las madres toman a su hijo en brazos cuando le oyen llorar.

La crianza de separación estricta comporta que los bebés desarrollen una relación de apego inseguro con sus padres. Se ha relacionado al apego inseguro con el llanto excesivo durante la infancia (o cólico del lactante), los problemas del sueño, algunos trastornos de la conducta, el síndrome de hiperactividad-déficit de atención, la enuresis y una mayor frecuencia de accidentes (hacen cosas peligrosas para atraer la atención de sus padres).

7.5 Lactancia materna y apego seguro

Las bases de una relación de apego seguro del bebé con su madre son:

- El establecimiento del vínculo afectivo madre hijo (embarazo deseado, parto respetado, contacto precoz).
- La preocupación maternal primaria (la atención de la madre durante los primeros meses está absolutamente centrada en su hijo, por un mecanismo de origen hormonal).

7.6 La crianza biológica

Los bebés nacen con una serie de habilidades que les permiten alcanzar el pecho de su madre, abrir la boca completamente y mamar de forma eficaz.

7.7 Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda abiertamente la lactancia como método de alimentación exclusiva durante los seis primeros meses de vida. De ahí y hasta los dos años de vida recomiendan complementarlos con otros alimentos. Además, afirman que la lactancia debe comenzar en la primera hora de vida, debe hacerse "a demanda", es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche, y deben evitarse los biberones y chupetes.

La leche materna exclusiva es el mejor alimento que se puede ofrecer a un recién nacido o lactante durante los primeros meses de su vida. Es un alimento completo que aporta todos los nutrientes que necesita para crecer y desarrollarse. Además, tiene efectos positivos demostrados sobre su salud, ya que reduce la incidencia y/o gravedad de múltiples infecciones (gastroenteritis, infecciones de vías respiratorias, otitis, bacteriemias, meningitis e infecciones urinarias, entre otras) y protege contra el síndrome de muerte súbita, diabetes, linfoma y otras enfermedades inmunológicas y alérgicas.

La lactancia materna también actúa de manera beneficiosa sobre el organismo de la madre, ya que disminuye el riesgo de hemorragia posparto, favorece la contracción uterina y reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario premenopáusico. Toda madre está capacitada para dar el pecho a su hijo/a. Aunque los primeros días pueden ser difíciles tanto para la madre como para el niño, con ganas, ilusión, paciencia y buenos consejos se consigue una lactancia satisfactoria en la mayoría de los casos.

Qué es Lactancia Materna Exclusiva

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida.

Composición de la leche materna

- Agua 87 %.
- Energía 700 kcal/L.
- Proteínas aproximadamente 0,8-0,9 %.
- Grasa. La mayoría en forma de triglicéridos.
- Carbohidratos 50 %.
- Calcio / fósforo.
- Hierro.
- Enzimas. Lipasa, peroxidasa, amilasa y fosfatasa.
- Todas las vitaminas.

Cuál es la Importancia de brindar la Leche Materna

La leche materna tiene múltiples ventajas tanto para el bebé, la madre, la familia y la sociedad (ambiente).

Para el Bebé:

- Es el mejor alimento porque tiene todo lo que él necesita, incluyendo el agua, y en las cantidades correctas.
- Es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato, permitiendo un mejor desarrollo de las capacidades del bebé.
- Ayuda a que crezca sano, fuerte y seguro
- Lo protege de enfermedades (diarreas, resfriado e infecciones).
- Es pura, fresca, limpia y nutritiva.
- Está siempre lista y en la temperatura adecuada.
- Permite una relación estrecha entre madre e hijo.

Para la Madre:

- Se ahorra tiempo, dinero y trabajo

- El útero vuelve más rápido a su tamaño normal.
- Satisfacción emocional.
- Hay menos hemorragias después del parto, reduciendo el riesgo de padecer anemia (falta de hierro en la sangre).
- Recuperación del peso.
- Ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (pechos y ovarios).
- Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado).
- La mamá que da pecho sale a la calle con menos carga y así puede atender mejor a sus hijos

Para la Familia:

La lactancia materna ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

- Mayor amor familiar.
- Menos gasto Hay menos llanto

Para la Sociedad:

- Menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños) Protege al medio ambiente, al haber menos residuos (menos deforestación).
- La madre no interrumpirá la lactancia al realizar otras labores (buscar agua, leña y hervir el agua).
- Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en medicamentos.
- Mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro aumento de la productividad del País.

7.7.1 Cuándo iniciar lactancia materna

La lactancia materna debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento, si es posible en el lugar donde se realizó el parto para establecer una relación estrecha

entre la madre y el recién nacido. Otra de las razones es la importancia de brindar la primera leche, de color amarillo brillante conocida como calostro, la cual es vital por su función de protección al niño contra enfermedades, es de fácil digestión, tiene alto valor nutritivo y ayuda al niño a evacuar sus primeras heces.

Calostro: Es producido durante el séptimo mes del embarazo y segregado durante los 3 o 4 días después del parto.

Leche Intermedia o de Transición: Producida durante los 7 a 15 días después del parto es de color azulada y aumenta la frecuencia de las evacuaciones

Leche Madura: Es producida durante la segunda semana después del parto, su apariencia se vuelve más espesa y clara.

7.7.2 Beneficios que la lactancia materna le aporta al bebé

El calostro de los primeros días

- **Tiene un alto contenido en proteínas y es el alimento perfecto para satisfacer las necesidades del recién nacido.** Esta leche de apariencia entre blancuzca y amarillenta se llama calostro, y es rica en nutrientes y anticuerpos que el bebé necesita justo después de nacer.
- **Proporciona gran cantidad de defensas inmunológicas y estimula el desarrollo de su propio sistema inmunológico.** El calostro contiene una sustancia llamada inmunoglobulina A secretora, la cual forma una capa protectora sobre las membranas mucosas en los intestinos, nariz y garganta del bebé, precisamente las partes más susceptibles a virus, bacterias e infecciones.
- **Ayuda a reducir la absorción de bilirrubina y los problemas de ictericia.** Si el bebé ingiere la leche materna suficiente, eliminará el excedente de bilirrubina a través de las heces.
- **Tiene un efecto laxante, se digiere fácilmente** y es por eso que el bebé la demanda frecuentemente, lo que facilita la estimulación de leche materna.

La leche materna

- **Proporciona los nutrientes necesarios en la proporción y temperatura adecuados.** La leche materna ofrece la combinación ideal de nutrientes para el bebé, incluyendo las vitaminas, proteínas y grasas que necesita. Además, su composición cambia conforme crece el bebé, de modo que satisface las necesidades en sus diferentes etapas de desarrollo.
- **Se digiere y asimila con gran facilidad.** Esto previene incomodidades en el bebé relacionadas con su insipiente sistema digestivo, incluyendo diarrea, estreñimiento y cólico.
- **Proporciona anticuerpos de la madre y alarga el periodo de inmunidad natural.** La leche materna contiene anticuerpos que le ayudan a tu bebé a combatir diferentes tipos de virus, bacterias e infecciones. Pero aún más importante, debido a que provienen de la madre, los anticuerpos que se transmiten son específicamente aquellos que le permiten combatir los peligros a los que el bebé está expuesto en su medio ambiente. La nutrición en las primeras etapas de la vida del bebé es determinante en el desarrollo del sistema inmunológico del bebé.
- **Reduce la predisposición a enfermedades respiratorias.** Los bebés que se alimentan con leche materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida tienen menos infecciones en el oído, enfermedades respiratorias (incluyendo asma), y molestias digestivas e intestinales.
- **Previene las alergias.** Los bebés alimentados con leche materna también sufren menos alergias a alimentos, factores ambientales y en la piel. Según La Liga de la Leche, la lactancia materna previene las alergias por dos razones: 1/ el bebé está expuesto a menos alérgenos en los primeros meses de vida, que es la etapa más susceptible y 2/ la cubierta protectora que ofrece el calostro evita que potenciales alérgenos penetren el sistema del bebé.

- **Disminuye el riesgo de desarrollar obesidad.** Como la leche materna contiene la nutrición exacta que el bebé requiere y la cantidad consumida es autorregulada, tiene mejores probabilidades de aumentar el peso justo y comer únicamente la cantidad necesaria.
- **Los cambios de sabor, según la alimentación de la madre, preparan al niño para aceptar mayor variedad de alimentos.** La variedad de sabores que recibe el bebé en la leche materna lo prepara mejor para aceptar los diferentes sabores de la comida sólida.
- **Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula,** los dientes y el habla. El acto de succión contribuye al avance de la mandíbula del bebé alcanzando una posición apropiada alrededor de los 8 meses. Si esta succión se realiza con tetina, los movimientos que realiza el bebé son más pasivos y los músculos de la mandíbula no se desarrollan tanto. Es por ello que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el óptimo desarrollo de las estructuras orofaciales y así prevenir alteraciones del lenguaje.
- **Crea un fuerte vínculo entre madre-hijo.** Cubriendo necesidades como la proximidad y seguridad que favorecen la autoestima del niño y la relación con la madre.

El principal estímulo que induce la producción de la leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces la madre le brinda el pecho y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. La cantidad se ajusta a lo que el niño necesita y a las veces que vacía el pecho durante todo el día. También varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo ya que, durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti infecciosas; posteriormente aparece la leche madura, cuyo aspecto puede parecer “aguado” sobre todo al principio ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa “espesa”.

Quienes están involucrados en la lactancia

La Lactancia Materna no solo es asunto de la madre, sino también de los familiares: padre (quien debe apoyar con los deberes del hogar), además involucra al personal de salud quien es el encargado de orientar y brindar durante el período de embarazo toda la información necesaria sobre su importancia, así como también saber identificar los posibles problemas y sus soluciones. Con todo este apoyo se logrará una lactancia materna exclusiva y exitosa.

La lactancia materna es una práctica que no requiere conocimientos científicos para ser llevada a cabo con éxito. Sin embargo, se hace necesaria la participación conjunta. De cada actor social que puede intervenir en su fomento: escuela, centro de salud, instituciones comunitarias, autoridades y medios de comunicación.

7.7.3 Problemas más comunes en la lactancia y como se pueden resolver cuando se presentan.

Sale mucha leche y él bebe se ahoga Extraer un poco de leche manualmente antes que el bebé empiece a succionar, para disminuir la presión de leche en el seno. Amamantar al bebé en la cama recostada de lado o acostada con el niño arriba. Disminuir las distracciones durante el amamantamiento, ya que puede descuidar la atención en el bebé y no darse cuenta que está incómodo o que se encuentra en una mala posición.

No sale leche o es insuficiente

Si el bebé muestra aumento normal de peso y talla en sus controles, indica que está recibiendo la cantidad necesaria de nutrientes, además verifique las veces que el niño evacua y orina. Como el mejor estímulo para la producción de leche es la succión del bebé, colocarlo frecuentemente en el seno. Aumentar la ingesta de líquidos como agua, agua de arroz, sopas etc. Dedicar más tiempo a dar pecho y permanecer relajada cuando amamante al bebé. Tener presente que después del segundo o tercer mes disminuye la acumulación de leche en el seno y estará más blando, por lo que las mamás suelen pensar que se está “secando la leche” pero no es verdad, es sólo un proceso natural.

Dolor en los pezones durante lactancia

Buscar la posición de succión y una vez que el niño ha abierto toda la boca introducir rápidamente todo el seno (pezón y aréola). Tal vez el bebé no suelta completamente el pezón y sigue succionándolo cuando es retirado después de alimentarse. La mamá puede ayudarlo a soltar el pezón correctamente introduciendo un dedo en la comisura de la boca del bebé para interrumpir la succión. Si el dolor se da en solo uno de los pezones ofrecer al niño el pecho sano y ordéñese y guarde la leche del otro. Piel seca: Usar la propia leche sobre el pezón y dejar secar al aire. Recuerde que el dolor es normal durante la primera semana y generalmente desaparece después.

Fisuras en los pezones

- Ofrecer la lactancia por el pecho sano para que el bebé agarre el dañado con menos apetito.
- Variar la posición buscando la que sea menos dolorosa.
- Secar los pezones en un lugar donde haya luz y aire para que cicatricen, puede cortar la punta de un sostén que no utilice.
- Iniciar la salida de la leche con extracción manual para que ya esté húmedo cuando el bebé lo agarra.
- No aplicar cicatrizantes ni jabón o cremas a los pezones dañados.
- Tratar el dolor con analgésicos (consulte a su médico antes) o compresas de agua fría.

Pezón plano o retráctil

- Se da cuando los pezones sobresalen poco o están hundidos, sin embargo, esto no impide dar el pecho por lo que se recomienda los masajes antes de dar el pecho.

Infección por Hongos (sapitos)

- Puede ocurrir que en la boca del bebé se localice un hongo llamado *Candida albicans* (moniliasis), que produce una infección ocasionando enrojecimiento, descamación y ardor en los pezones al lactar.

- Se comprueba si el bebé tiene manchas blancas en el interior de la boca, sobre todo en la lengua o las encías.
- Es imprescindible mantener los pezones secos y solicitar al médico que recete alguna crema antifúngica a la madre y a al niño.

Mastitis

- Es una infección de los senos y requiere la consulta con el médico para que recete un antibiótico.
- Esta infección provoca enrojecimiento, dolor e hipersensibilidad de la zona, también causa fiebre alta, dolores musculares e incluso náuseas y vómitos.
- Realizar masajes suaves y aplicar calor al seno (pañitos tibios), para ayudar a que la leche salga y el seno no se congestione ni se ponga duro.
- A menos que lo indicara el médico por alguna complicación, no es necesario interrumpir la lactancia porque el problema se localiza en el seno sin afectar a la leche.

7.7.4 Cuáles son los indicadores de éxito de la lactancia materna

Los principales indicadores para tener una lactancia exitosa son los siguientes.

- Tocar con el pezón el labio inferior del niño para estimular que abra la boca BIEN GRANDE.
- Colocar al bebé en posición barriga con barriga.
- Colocar la cabeza del niño (a) hacia el pecho de tal manera que el pezón y la aréola (parte oscura) entren a la boca del bebé.
- Verificar que el labio inferior y superior estén hacia afuera, si lo hace de esta manera no debe sentir dolor sólo succión.
- La punta de la nariz y el mentón deben quedar en contacto con la mamá.
- Estimular al bebé a que permanezca al menos 15 minutos mamando ocho veces o más durante el día y la noche.
- Evitar que se duerma durante la alimentación, despiértelo frotando su espalda y hablándole.

- Darle de mamar cada vez que él o ella lo pida, durante el día y la noche.
- No dar ningún tipo de líquido (agua, té) en ningún momento durante los primeros seis meses de vida ya que la leche materna contiene suficiente agua para satisfacer la sed de los bebés.

7.8 Qué técnicas se pueden realizar para lograr una mejor succión de la leche materna durante el amamantamiento

La posición es importante puesto que, si no es la correcta, él bebe no va a succionar la cantidad de leche que necesita.

Una buena posición se reconoce por:

La madre:

- Sostiene al niño con la cabeza y el cuerpo del niño alineado
- Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de ella (contacto barriga con barriga)
- Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo

El bebé:

- El bebé coge el pezón y gran parte de la areola mamaria;
- Tiene la boca muy abierta;
- Los labios están vueltos hacia afuera.

La posición deficiente se reconoce por:

La madre:

- sostiene al niño con el cuello torcido o extendido hacia adelante
- El cuerpo del lactante no está junto a la madre.
- Solo sostiene la cabeza y el cuello del lactante.

El Bebé:

- El bebé coge sólo el pezón.
- Mantiene la boca poco abierta.
- El labio inferior está metido hacia dentro.

7.8.1 Algunas posiciones que se pueden recomendar

Posición Sentada “Clásica”: El bebé debe colocarse delante de la mamá, con la cabeza apoyada en el ángulo del codo de la madre donde descansa, la mamá estará más cómoda si apoya su espalda en un respaldar. Mientras más cerca esté la mamá del bebé, hay más posibilidades de que el bebé tenga dentro de la boca el pezón y parte de la aréola.

Posición Sentada de “Sandía”: La mamá deberá estar sentada en una silla, piso o en la cama. El cuerpo del bebé debe pasar por debajo de la axila materna con el vientre apoyado sobre las costillas de la mamá y los pies al contrario de los de la mamá, su cabecita es sostenida con la mano de la mamá. Esta posición es útil para niños prematuros o madres que se les hayan realizado una cesárea o parto de mellizos.

Posición Sentada de “Caballito”: El bebé está sentado sobre el muslo materno frente al pecho, la mamá sostiene su cabecita con su mano ubicada en el cuello. Esta posición es muy útil para niños con problemas de reflujo, paladar hendido, labio leporino y madres que producen mucha leche. **Posición Acostada:** él bebe reposa acostado frente a la mamá, lo que permite un mayor contacto visual. Esta posición es útil para la madre durante la noche.

Cómo debe ser la higiene de la madre durante el periodo de lactancia

La higiene es muy importante durante el periodo de lactancia ya que de esta manera se puede evitar el contagio de algunas enfermedades; por lo que es necesario:

- Que se lave los pechos con agua pura y limpia (solo agua) cuando tome su baño diario y deje sus senos al aire unos minutos antes de vestirse.

- Frote el pezón con una toalla limpia o estropajo para fortalecer la piel.

Las glándulas de Montgomery: Son aquellas que producen la grasa que protegerá la piel del seno.

7.9 Consejos y recomendaciones para iniciar una lactancia materna satisfactoria

Recomendaciones generales

- Hay que iniciar la lactancia lo antes posible, en sala de partos o durante la primera hora de vida: es el momento en que el recién nacido está más despierto, con un reflejo o instinto de succión vigoroso, antes de sumirse en un profundo sueño. Es importante porque favorece el aprendizaje del recién nacido y porque estimula la subida de la leche.
- La lactancia exclusiva con leche materna conviene mantenerse hasta el 6º mes: es beneficioso dar el pecho sea cual sea la duración de la lactancia, pero para potenciar al máximo sus efectos es importante alimentar al lactante exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses y continuar como mínimo hasta el año de edad. A partir de los 6 meses, deberán también introducirse otros nutrientes.

Consejos prácticos para el inicio de la lactancia

Postura correcta: El niño debe tener la boca abierta unos 180°, los labios revertidos, y debe abarcar toda la areola con la boca. No es recomendable hacer la pinza con los dedos para que salga más leche, ya que en realidad sólo se logra obstruir algunos conductos. Hay que colocar al niño de modo que el pezón le quede al nivel de la nariz o del labio superior. Entonces, se aproxima el niño al pecho (no al revés). La postura convencional es aquella en la que la barriga de la madre y la del niño se tocan (pide consejo para aprender otras).

Frecuencia y duración de la toma: Recomendamos darle de mamar a demanda. Esto significa que debes darle el pecho siempre que lo reclame. Un recién nacido no tiene horario, pero poco a poco irá cogiendo el hábito del tiempo. Para facilitar esta adaptación, es recomendable que el niño pase el mayor tiempo posible con la madre, empezando por la estancia en la clínica. Hay niños muy tranquilos (pocos) que duermen profundamente y no piden comer. En estos casos, se recomienda despertarles cada 3-4 horas para ofrecerles el pecho.

En general, la duración de las tomas es variable y viene determinada por la respuesta del recién nacido y no por el reloj. Al principio, puede que necesite más tiempo en cada pecho, y luego tenga suficiente con un periodo más breve. No olvides que cada niño es diferente.

Consejos durante la toma: La concentración de grasa es más alta al final de la toma. Por ello, es importante dejar que el lactante vacíe completamente un pecho antes de darle el otro (algunos niños quedan satisfechos con uno solo), ya que, si toma leche más rica en grasas, quedará más saciado y las tomas podrán espaciarse más.

Se recomienda iniciar siempre la toma empezando por pechos alternos. Si acabaste la toma anterior con el izquierdo, tendrás que empezar la próxima por el derecho, y así sucesivamente. No se recomienda el uso de chupetes, pezoneras y tetinas, por lo menos durante las primeras semanas porque la manera en que se cogen a estos objetos es distinta a la postura correcta de mamar, y puede dificultar su aprendizaje o confundirlos.

7.9.1 Información y consejos para mantener el periodo de lactancia

Información y recomendaciones generales

- La alimentación de la madre debería ser sana y variada: no hay alimentos contraindicados y se aconseja ingerir mucho líquido (agua, zumos naturales y leche).
- Durante el primer y segundo mes, el recién nacido puede mamar entre 6-12 veces al día: en general, el número y duración de las tomas empieza a disminuir a partir del tercer o cuarto mes de vida del bebé.
- **Cómo averiguar si está bien alimentado:** El recién nacido bien alimentado moja 5 o más pañales en 24 horas. Como los pañales son muy absorbentes, se puede reconocer la cantidad de orina por el peso del pañal usado. Un niño que come bien también realiza deposiciones frecuentes al inicio, pero puede ser normal tanto que haga 1 cada 2 días como que haga 6-7 al día. Las deposiciones normales iniciales son líquidas con grumos que irán adquiriendo consistencia progresivamente. Son de un color que va del amarillo claro al verde, ocasionalmente.
- Un niño bien alimentado también tiene los ojos brillantes y está alerta. Además, tiene buen color y aumenta de peso progresivamente. El aumento de peso puede ser muy variable de una semana a otra, por lo que no debemos alarmarnos si una semana aumenta sólo 50 g (si come y orina bien). Posiblemente, la semana siguiente compensará la situación aumentando más de peso. Es importante pesar al niño sin ropa y siempre en la misma báscula, y tener en cuenta que los niños alimentados con biberón no aumentan más de peso que los de lactancia materna.

- No es recomendable ofrecerle el biberón después del pecho sólo para comprobar si se ha quedado con hambre, ya que hay niños con gran necesidad de succión que se tomarían el biberón sin tener hambre. Puede que cada mes y medio, coincidiendo con el aumento de peso, el lactante pida más a menudo durante unos días. Lo hace porque de esta manera se estimula la producción de leche y aumenta la cantidad. Si se sigue la pauta de darle el pecho a demanda, en pocos días la situación se regula y las tomas se espacian de nuevo.

8. CUIDADOS Y SUGERENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

8.1 Papel de enfermería en los servicios de neonatología

El papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad.

Para lograr los objetivos de enfermería en un servicio de neonatología, se debe disponer de un personal calificado y con excelente formación. La evolución óptima del paciente depende más de la observación constante del personal que del equipamiento y los monitores. Los detalles en el cuidado son los que muchas veces marcan la diferencia en los resultados obtenidos. Se debe contar con una buena cobertura de personal asistencial de enfermería para optimizar el cuidado del recién nacido, por lo que se sugiere las siguientes recomendaciones respecto a la relación enfermera/ paciente:

- Recién nacido crítico
- Recién nacido grave
- Recién nacido sano

8.2 Cuidados de enfermería durante la sala de parto

Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido en la sala de partos.

- Ejecutar la reanimación cardiopulmonar en caso de ser un recién nacido con asfixia o bronco aspiración de meconio.
- Efectuar el examen físico del recién nacido y registrar los resultados en la historia clínica.
- Observar y evaluar al paciente asignado dentro del horario de su turno de trabajo y registrar los resultados.
- Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales de la sala.
- Participar de forma activa en los pases de visitas junto al personal médico.
- Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.
- Realizar los cuidados generales al recién nacido. Ejecutar diariamente el baño, la cura del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.
- Cumplir el programa de inmunización.
- Reconocer las necesidades afectadas del paciente y trazar expectativas para resolverlas.
- Efectuar aspiración oral, nasofaríngea y traqueal.
- Extremar las medidas de higiene, insistir en el lavado de mano y mantener la unidad individual del paciente.
- Desinfectar la unidad individual del paciente, así como la desinfección terminal de cunas e incubadoras al egreso.
- Regular y controlar el equipo de administración de oxígeno. Brindar oxigenoterapia adecuada. Si es necesario.
- Usar correctamente los cardiomonitores.

Realizar canalización de venas periférica y abordaje venoso profundo, mediante el catéter epicutáneo o umbilical. Cumplir los cuidados de enfermería en paciente con cateterización venosa.

- Preparar correctamente la nutrición parenteral.
- Regular y utilizar correctamente las bombas de infusión. Controlar el goteo de los fluidos intravenosos.
- Administrar correctamente sangre y derivados.
- Iniciar balance de ingresos y egresos.
- Recoger muestra de sangre y orina para análisis en laboratorio.
- Usar correctamente las lámparas para la fototerapia. Valorar coloración amarilla del recién nacido.
- Brindar alimentación adecuada. Alimentación por sonda nasogástrica por gavage y gastróclisis. Priorizar la lactancia materna.
- Preparar al recién nacidos para maniobras invasivas y asistir al médico para su realización. Preparar material a utilizar.
- Cumplir el programa de intervención mínima para los recién nacidos bajo peso.
- Evaluar el adecuado funcionamiento del sistema gastrointestinal, auscultación de ruidos intestinales, reconocer distensión abdominal y regurgitación anormal.
- Evaluar la respiración, auscultación e interpretación de los sonidos pulmonares, frecuencia, ritmo, retracción, ubicación del tubo endotraqueal, atelectasia y neumotórax. Valorar la respiración del paciente según el test de Silverman-Anderson.
- Evaluar el estado cardiovascular, auscultación y evaluación de los ruidos cardíacos, frecuencia, ritmo y pulsos periféricos.

- Evaluar la función neurológica: estado de alerta, movimientos coordinados y los reflejos.
- Realizar fisioterapia respiratoria para prevenir la atelectasia.
- Reconocer los cambios en el estado circulatorio, hipotensión e hipertensión, presencia o ausencia de pulsos.
- Evaluar la adecuada función urinaria, edema y distensión abdominal.
- Reconocer cambios en la perfusión y el color.
- Reconocer síntomas de infección. Cumplir las normas de aislamiento.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas, así como administrar correctamente la dosis y vía de los medicamentos.
- Interpretar los exámenes complementarios y registrar los resultados en la historia clínica.
- Evaluar cambios importantes en el recién nacido e informarlo al médico.
- Actuar correctamente en el transporte del recién nacido críticamente enfermo.
- Evaluar las necesidades psicosociales de la familia.

8.3 Etapas de plan de cuidados de enfermería

La enfermera debe intervenir continuamente en el cuidado de los pacientes que presentan un alto compromiso para la adaptación en la vida extrauterina, debe seguir un plan de cuidado que consta de 3 etapas:

- **Valoración**

La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo,

factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones. Según lo explorado en el examen físico y la recopilación de datos, se identifican las necesidades afectadas en el recién nacido, se establece prioridades, y se procede a la identificación de los diagnósticos de enfermería, que se organizan en torno a las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que interactúan en el recién nacido según las necesidades afectadas.

La enfermera debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección, mientras más pronto se elimine el factor de riesgo será más beneficioso para el niño a su adaptación a la vida extrauterina.

- **Intervención**

Consiste en planear y brindar los cuidados de enfermería. Una vez conocida las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería con sus expectativas, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato. De hecho, se convierte el diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidado. Es necesario confeccionar un plan de acciones de enfermería con el objetivo de alcanzar las expectativas trazadas a corto, mediano o largo plazo. Los principales objetivos es conservar la vida del recién nacido, disminuir los factores de riesgo ambientales e internos que afectan al neonato, disminuir los procedimientos agresivos, aplicar diariamente los cuidados integrales, cumplir estrictamente el tratamiento médico e interactuar entre los padres y el neonato, para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación.

- **Evaluación**

Es la etapa final del proceso mediante el cual el personal de enfermería usa un criterio medible para evaluar la respuesta del paciente como resultados de los cuidados prescritos, la efectividad del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos. Para realizar la evaluación se debe basar en el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y

resultado de las acciones de enfermería. En esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se deben revisar.

8.4 Cuidados de enfermería antes del parto

Determinar factores de riesgo.

Es importante determinar los riesgos del RN, la edad gestacional, si se sospecha una asfixia neonatal (hemorragia o hipertensión), sepsis, corioamnionitis o fiebre de la madre para la anticipación y preparación oportuna.

Preparación del equipo de reanimación del RN.

- El equipo de la reanimación debe estar previamente desinfectado.
- La cuna del equipo de reanimación debe estar cubierta con un campo limpio.
- Verificar el estetoscopio para el RN, la máscara y la bolsa de reanimación (penlow), el funcionamiento correcto del laringoscopio y el funcionamiento del equipo de aspiración.
- Cerciorarse de que exista todo el material gastable. O
- Verificar fuente de oxígeno.
- Preparar tijera, pinza, látex, ligas o clamp para ligadura de cordón y gotero.
- Preparar frasco con alcohol al 76 % y yodo povidona.
- Asegurarse que estén disponible todos los medicamentos para realizar una reanimación adecuada.

Prevención para la pérdida de calor.

- Mantener un ambiente térmico adecuado, temperatura mayor de 24 °C.
- Las ventanas deben estar cerradas, para evitar las corrientes de aire.
- Evitar el aire acondicionado durante el parto.
- Debe existir una fuente radiante de calor.

- El local debe estar previsto con una buena iluminación, no es conveniente colocar lámparas de color rojo, pues impiden apreciar en forma correcta la coloración de la piel.
- Cerciorarse que existan toallas precalentadas para el secado.
- Monitorizar frecuencia cardíaca fetal durante el expulsivo.
- Control de frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción para identificar signos de sufrimiento fetal.
- Ver aspecto del líquido amniótico.
- Si el líquido es meconial, preparar todas las medidas y alertar al personal por si se presenta un sufrimiento fetal o un síndrome de aspiración meconial.

8.5 Cuidados de enfermería después del parto

Prevención de pérdida de calor. El secado se realiza con toalla precalentada. Luego se debe retirar los paños húmedos y se coloca al RN bajo una fuente de calor radiante, posteriormente se procede a retirar las secreciones, el líquido amniótico, la sangre y el exceso de unto, se frota cuidadosamente, primero la cabeza, luego el tronco y las extremidades. Es muy importante mantener el neonato seco y caliente desde su nacimiento, pues reduce las pérdidas de calor, ya que el enfriamiento favorece la hipoglicemia, aumenta el consumo de oxígeno hístico y agrava la acidosis metabólica.

Permeabilización de las vías aéreas. Las vías aéreas deben estar permeables, para que el RN inicie la respiración. Si las secreciones son muy abundantes, sanguinolentas o hay meconio, se realiza aspiración bucofaríngea con presión negativa. No se debe aspirar la nariz, pues estimula la inhalación, además, por mecanismo vagal puede deprimir el centro respiratorio.

Respiración espontánea. Si no respira espontáneamente o la ventilación es inadecuada, se debe realizar estimulación táctil, se frota el dorso del tórax o

palmeando los talones; con una duración de 1 o 2 s. Si no hay respuesta entonces se aplican los cuidados de un RN asfíctico.

Frecuencia cardíaca. La frecuencia adecuada en el RN es mayor que 100 por minuto, si es menor se deben aplicar las medidas para un RN asfíctico.

Coloración de la piel. Si la coloración del cuerpo del RN es rosada y presenta cianosis periférica en los miembros, se considera normal y se continúa con la atención normal del RN. Si la cianosis es general se administra rápidamente oxígeno y se aplican las medidas correspondientes.

Ligadura del cordón. El cordón umbilical se comprime con una pinza de cierre fijo, se corta distalmente, se examinan sus vasos (2 arterias y 1 vena) y se liga próximo a la pinza, puede ser con bandas elásticas o presillas, a una distancia de 2 cm aproximadamente de la pared abdominal, después de lo cual se retira la pinza. Luego se limpia con yodo povidona y alcohol, posteriormente.

Realizar profilaxis del RN. Se aplica solución de nitrato de plata al 1% (método de Credé) para evitar la conjuntivitis producida por gérmenes al atravesar el canal del parto y vitamina K1 (0,1 mL por vía I.M.) para prevenir la enfermedad hemorrágica del RN, en los RN bajo peso se administra 0,05 mL.

Peso, talla e identificación del neonato. Puede ser con una pulsera en la muñeca con los datos de identificación: nombre y apellidos maternos, fecha/hora del nacimiento, peso, sexo y el número de historia clínica. En algunas instituciones se toma la huella plantar del RN y la del dedo índice materno, que quedan impresos en la historia clínica de la madre y del neonato.

Realizar contacto precoz con la madre por 30 min. Si el RN está en buen estado, se recomienda colocarlo en contacto piel a piel con su madre e iniciar la lactancia materna precoz. Es muy favorable promover el vínculo afectivo madre-niño y mantener un ambiente térmico.

Pasar a alojamiento conjunto. Si el RN no tiene ningún factor de riesgo y no tiene signos de alarma, debe pasar inmediatamente con su madre, adecuadamente abrigado y asegurándose que el ambiente no esté frío.

El personal de salud debe apoyar la lactancia materna exclusiva. Además, se debe seguir observando el patrón respiratorio, la coloración, la actitud, postura y el tono del RN. Solo se recomienda asear al RN si se contaminó con heces fecales maternas, asegurando que la temperatura axilar esté entre 36,5 y 37,5 °C.

8.6 Cuidados de enfermería de acuerdo a la clasificación después del parto vaginal y cesárea.

Cuidado del recién nacido después del parto vaginal

El recién nacido se pone en brazos de la madre tan pronto como sea posible.

Durante la primera hora o dos horas que siguen al nacimiento, la mayoría de los bebés se encuentran en una fase de alerta, en la que están totalmente despiertos. Esta situación constituye una maravillosa oportunidad para que los padres conozcan a su nuevo bebé. El bebé suele reaccionar ante el sonido conocido de la voz de la madre.

Esta primera o dos primeras horas posteriores al parto son el mejor momento para dar inicio a la lactancia. Los bebés cuentan con la capacidad innata de comenzar a mamar inmediatamente después del nacimiento.

Aunque algunos medicamentos y anestesia suministrados a la madre durante el trabajo de parto y el parto pueden afectar a la capacidad de succión del bebé, la mayoría de los bebés sanos están en condiciones de mamar en estas primeras horas. El amamantamiento inicial ayuda a estimular la producción de leche materna. También provoca la contracción del útero materno, lo cual ayuda a prevenir que sangre excesivamente.

Cuidado del recién nacido después del parto por cesárea:

Si el bebé nace por cesárea, es muy probable que la madre se mantenga despierta durante la intervención quirúrgica. Son muy escasas las situaciones en que se plantea la necesidad de suministrarle a la madre anestesia general para el parto.

En la actualidad, la mayor parte de los nacimientos por cesárea se llevan a cabo con anestesia local, como, por ejemplo, anestesia epidural. Con este tipo de anestesia, sólo se duerme una parte del cuerpo para la intervención. La madre se mantiene despierta, y oye y ve a su bebé tan pronto nace.

Dado que los bebés que nacen por cesárea pueden tener dificultades para eliminar parte del fluido pulmonar y mucosidades, suele ser necesaria una aspiración mayor de la nariz, boca y garganta. En ocasiones, se requiere una aspiración más profunda, en la tráquea.

La lactancia puede comenzar durante las primeras horas posteriores al parto en la sala de recuperación, al igual que ocurre con un parto vaginal.

8.7 Cuidados de enfermería en el departamento de alojamiento conjunto

- Garantizar una atención y una evolución adecuada del RN durante este período de transición.
- Colocar al RN en una fuente de calor radiante inmediatamente que arribe al departamento, para que regule la temperatura, es muy frecuente la hipotermia en este período por la inmadurez del centro vasomotor.
- Completar la limpieza de la piel retirando las secreciones vaginales, con compresas estériles.
- Vestir adecuadamente al RN, una vez limpio, para evitar las pérdidas de calor a través de la piel.
- Realizar un examen físico detallado cuando el RN regule la temperatura, para determinar si el neonato se ha adaptado adecuadamente a la vida extrauterina y detectar si existe alguna malformación congénita, proceso infeccioso o enfermedad metabólica.

- Analizar permeabilidad del ano con una sonda, para descartar algún tipo de obstrucción intestinal.
- Verificar si se corresponde la identidad del RN con la manilla de identificación que tiene registrado el nombre de la madre, antes de entregárselo a los familiares.
- En este período se pondrá en práctica la enseñanza y comunicación con los padres y otros miembros de la familia, en cuanto a la manipulación y los cuidados del niño.
- Garantizar el éxito de la lactancia materna, se debe enseñar a la madre la técnica de lactar en posición de decúbito lateral, la posición más cómoda en ese momento por las molestias del parto.
- Fomentar la importancia que tiene el calostro materno para el niño, rico en inmunoglobulinas IgG y que participa directamente en la supresión del sangramiento del útero.
- Registrar en la evolución las características clínicas más relevantes en el RN, la valoración del examen físico integral y si succiona bien el pecho.

8.8 Cuidados de enfermería en el muñón del RN

Realizar curación del muñón.

- Verificar la historia clínica.
- Identificar al paciente.
- Realizar un lavado de manos.
- Preparar la bandeja y todo el material a utilizar durante el procedimiento.
 - Aplicadores estériles.
 - Recipientes para el desecho.
 - Frasco con alcohol al 90%.

- Trasladar el equipo para el lado del paciente (RN).
- Colocar al RN en decúbito supino y descubrir la región abdominal
- Levantar el muñón sin estirar, tomándolo por la punta para que quede expuesta la zona de transición entre el cordón y la piel normal.
- Aplicar alcohol con aplicadores estériles, en la zona de transición entre el cordón y la piel normal.
- Remover con suavidad cualquier vestigio de sangre, heces o suciedad que exista, utilizar los aplicadores que sean necesarios.
- No secar.
- No intentar desprender el cordón antes de que este se separe completamente.
- Acomodar al niño en posición cómoda.
- Registrar cualquier observación en la historia clínica.
- El cordón se cae entre los 7 y los 10 días de vida del neonato.

Profilaxis para las infecciones del muñón.

- Evitar que el pañal no cubra la región umbilical.
- Curar con alcohol el muñón al menos 2 veces al día, una de ellas después del baño.
- Evitar el uso de productos como: yodo, talco o polvo.
- Si hace contacto con las heces, debe lavarse con agua y jabón, secar escrupulosamente y aplicar alcohol o el antiséptico que haya indicado el pediatra.

8.9 Educación sanitaria a la madre y familiares sobre la técnica de la lactancia materna.

La enfermera tiene la tarea de brindar educación sanitaria a la madre y familiares sobre la técnica de la lactancia materna, explicarle las ventajas e importancia que proporciona para la madre y para el RN la lactancia materna exclusiva.

Explicar a la madre la técnica correcta para lactar a su bebé.

- Lavarse las manos siempre antes de amamantar.
 - La madre debe estar tranquila y relajada.
 - Tener una buena higiene en los senos antes de lactar, asearse con agua hervida.
 - Verificar que el neonato tenga el pañal seco y limpio.
 - La madre debe colocarse en una posición cómoda para lactar.
 - Colocarse al niño cerca de los pechos y cerciorarse que esté despierto.
 - En todas las posiciones es necesario tener control de la cabeza del niño para mantenerlo pegado al pecho y evitar que traccione el pezón.
 - Tomar el pecho con los 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, en forma de C. No con los dedos en tijera.
- 8 Acercar el neonato al pecho, no el pecho al neonato para evitar molestias en la espalda.
- Se puede humectar el pezón con leche materna para atraer la atención del RN y para proteger la piel del pezón antes de introducirlo en la boca.
 - Tocar con el pezón el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca, estimulando el reflejo de búsqueda y succión.

- Cerciorarse que el pezón y la areola queden dentro de la boca del neonato y que no se obstruyan las fosas nasales.
- Dejar que succione entre 10 a 15 min en cada mama, comenzando por el seno de la última mamada.
- Si la madre siente dolor, retirarlo o intentarlo otra vez.
- Para retirar al neonato del pecho se debe introducir el dedo índice entre las encías sujetándolo para que no muerda el pezón.
- Para asegurar un buen amamantamiento se debe escuchar la succión del niño, sentir la bajada de la leche o el descongestionamiento de las mamas después de mamar.
- Cerciorarse del vaciado de cada mama.
- Eliminar los gases del RN después de cada mamada.

Explicarle las ventajas de la lactancia materna que le proporciona a la madre.

- La leche materna es más económica, pues es a libre demanda.
- No requiere preparación alguna por lo que no tiene riesgo de contaminarse.
- Tiene un menor costo en salud al prevenir enfermedades en el niño y la madre.
- Las madres que lactan usualmente tienen períodos más largos de infertilidad después del parto, lo que le permiten espaciar los embarazos.
- La succión del pezón produce descargas de oxitocina que contrae el útero, y favorece su involución, disminuyendo el riesgo de hemorragia posparto.
- Se ha descrito que disminuye la incidencia del cáncer de mamas y del endometrio.
- Proporcionar a la madre una satisfacción y experiencia agradables.

Explicarles a las madres y familiares las ventajas que la lactancia materna le proporciona al RN.

- Proviene de la misma especie.
- Es un alimento higiénico, carente de antígenos alimentarios, tiene un pH bajo (6,5-6,8), con bajo contenido de sales, lo cual facilita la digestión gástrica.
- Se encuentra siempre disponible a una temperatura adecuada.
- Se ha comprobado que la leche materna es un factor protector contra la constipación durante el primer semestre de vida.
- Transfiere al RN factores de defensa, como son inmunoglobulinas, lactoferina, lisozima y células linfocíticas vivas (T y B); lo que disminuye el riesgo de sufrir enfermedades infectocontagiosas, especialmente en el tracto gastrointestinal.
- Aporta proteínas en baja concentración, lo que favorece un vaciamiento gástrico rápido.
- Las proteínas del suero están constituidas en su mayoría por alfa lactoalbúmina y lactoferina, que tienen acción bacteriostática y favorece la absorción de hierro en el intestino.
- Contiene además cistinas y taurinas, aminoácidos esenciales para el crecimiento y maduración del SNC y la retina.
- Favorece un ambiente ácido en el intestino del niño inhibiendo el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.
- Además contiene vitamina A, C, D, B y E y hierro aunque en baja cantidad, pero con una alta biodisponibilidad, se absorbe hasta el 50%.

9. Conclusión

El cuidado de enfermería es entendido como un acto de interacción humana, integral que guía el conocimiento y la práctica de enfermería. El papel de la enfermería en los servicios de neonatología se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos tanto sanos como de alto riesgo. Es así que debemos tener el reconocimiento de las necesidades para ampliar nuestra gama de funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos.

Dicha investigación está enfocada en el estudio de los cuidados inmediatos y mediatos que recibe el recién nacido en sus primeros minutos de vida extrauterina por parte de las licenciadas en enfermería y obstetricia, que deben ser guiados por la norma oficial mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Lo cual es de suma importancia que las estudiantes de la escuela de enfermería de nuestra señora de la salud tengan un conocimiento amplio acerca del embarazo, el trabajo de parto y los antecedentes obstétricos, para comprender la importancia de la asistencia inicial del neonato y así conocer cuáles son los cuidados que se deben brindar al recién nacido, así la intervención de enfermería en ámbito de la salud debe ser competente en su práctica para lograr los cuidados holísticos que se pretenden alcanzar y en colaboración con otros profesionales, lo cual las primeras atenciones al recién nacido por parte de enfermería es que son esenciales, un recién nacido necesita varios cuidados especiales para poder así superar el período de transición neonatal.

Basados en los objetivos planteados en la investigación, de acuerdo a los generales es conocer los cuidados inmediatos que requiere el neonato en sus primeros minutos de vida extrauterina, Así como como también Conocer los cuidados mediatos que requiere el neonato, Y donde los objetivos específicos son que las estudiantes de enfermería y obstetricia Conozcan todo el material

necesario para dar dichos cuidados. Así como Identificar el nivel de conocimiento sobre la atención inmediata al recién nacido.

De acuerdo a la pregunta de investigación y a las encuestas aplicados a las estudiantes de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, y a la información obtenida de diversas fuentes, se llega a la conclusión de que las estudiantes saben cuáles son los cuidados que se le deben brindar a un recién nacido dentro de la unidad tocoquirugía y su estancia en el área de cunero.

Dando como resultado que tanto el personal de enfermería como personal médico está capacitado para atender y dar los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido. Así como también a base a los resultados en las encuestas contestadas por las estudiantes de licenciatura de enfermería y obstetricia de nuestra señora de la salud, tienen los conocimientos y la práctica necesaria, Así como se avala que las estudiantes están capacitadas para atender una urgencia de poder asistir y dar los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido.

Explicando así la importancia que tienen los cuidados de enfermería en el recién nacido dentro del área hospitalaria hasta su egreso.

Se concluye que las estudiantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia saben la importancia del recién nacido desde su nacimiento hasta su egreso del área de cunero, debido a que la mayoría ha estado al cuidado de un recién nacido. Identificar los cuidados básicos en el recién nacido por parte del personal de enfermería.

Se llegó a la conclusión de que las estudiantes de licenciatura de enfermería y obstetricia que han estado en el área de la unidad tocoquirúrgica y el área de cunero y UCIN, han realizado cuidados y somatometria en el recién nacido, como cuidados generales alimentación por formula láctea, cambio de pañal, toma de temperatura rectal, cuidados de muñón umbilical, mantener eutermia, vigilancia de datos de distensión abdominal y dificultad respiratoria, entre otras, etc.

Son capaces de dar los cuidados inmediatos y mediatos; Al aplicar de manera correcta estos cuidados durante la estancia del recién nacido en el área hospitalaria. Se concluye que las estudiantes de licenciatura enfermería y obstetricia, por medio de conocimientos teóricos y prácticos dentro de su área hospitalaria, han hecho todo lo que está al alcance de sus manos para mantener la estabilidad, tranquilidad y seguridad en cada uno de los bebés ingresados al área de cunero o UCIN, por medio de cuidados de calidad y técnicas apropiadas para el manejo de estos nuevos seres humanos.

Lo cual las estudiantes están capacitadas y tienen los conocimientos para poder realizar los cuidados mediatos y mediatos dentro del área hospitalaria.

Se concluye que las estudiantes de licenciatura enfermería y obstetricia de acuerdo a la información adquirida en esta tesis de investigación y a los cuestionarios aplicados a las Estudiantes de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, aplicándose un total de 25 cuestionarios, en los cuales se preguntaron conocimientos básicos acerca de los cuidados que se requieren en los primeros minutos de vida y en la área de cunero, pero muy importantes para determinar la valoración en un recién nacido en su vida extrauterina y algunas valoraciones y exploraciones del recién nacido entre otros. En el momento que llega a la vida un ser vivo, existen ciertos cuidados que hay que proporcionarle, pero no todos saben o aplican los cuidados necesarios que hay que darle a un recién nacido.

Así que es de gran importancia que el personal de enfermería debe de estar capacitado para brindar información adecuada y los cuidados necesarios para el desarrollo adecuado del recién nacido. El personal de enfermería, al momento de llevar al bebé con sus padres, debe de explicarle los cuidados básicos y necesarios para que perdure su vida y tenga un crecimiento y desarrollo adecuado.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 Básica

- RANGEL, P. L. (2020-2021). *Cuidado Integral Al Neonato De Riesgo*. Morelia.
- Alvarado F, Delgado MA, Ruza F. Cuidados intensivos pediátrico. 2da. Ed Madrid.1994.
- Acosta R, Carro E, Santos E, Navarrete E, Cabrera C, Hernández A, et al. Taller Nacional sobre la aplicación del Método “piel a piel” como alternativa de atención y seguimiento del niño prematuro. MINSAP. Pinar del Rio; 2006
- Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AN. Nelson: Tratado de pediatría, 15o. ed en español, Vol. 1, 1996.
- Bello NL. Fundamentos de enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- Casado de Frías E, Nogales A . Pediatría. Madrid: Editorial Diorki; 1997.
- Castro F, González. Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral y enteral del recién nacido. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22
- Cruz M. Tratado de Pediatría 7ma. Ed. Barcelona: Expaxs. 1994.
- Domínguez Dieppa F. Guías de prácticas clínicas en neonatología, La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1999.
- Faranoff A, Martin R. Neonatal-perinatal medicine. 3ª ed. The C.V: Mosby; 1983.
- Forero Gómez J. Seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Rev Colombiana Pediat. 2000; 35 (3).
- Meneghello J, Fanta N, Puga T. Pediatría. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997.
- Valdés R, Reyes DM. Examen clínico al recién nacido. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2003.

- Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2008: Servicio de Neonatología, Protocolos de enfermería.
- Novoa P.J; Milad A. M; Vivanco G. G. y cols. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Revista Chilena Pediatría 2009; 80 (2): 168-187Manual.
- Ped. Elec. 2004, Vol 1, Nº1. ISSN 0718-0918. Uso actual de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en recién nacidos. Dr German Mühlhausen M.
- Fernández, P. Caballero, E. Medina, G. Manual de Enfermería Neonatal. Ed Mediterráneo. 2009 135manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología
- Ministerio de Salud. Chile, 2005. Guías Nacionales de Neonatología.
- Ministerio de salud. Chile 1981 Texto Guía y Normas para la atención del recién nacido.
- Valoración Física del Recién Nacido: Erika Caballero. U. Católica Cuidados del Recién Nacido. José Luis Martínez. 2006
- Hospital Padre Hurtado. 2011 Servicio de Neonatología. Procedimiento de enfermería de manejo recién nacido Traqueotomizado.

10.2 Complementaria

- Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido, Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo República Dominicana 2018. OMS /OPS. (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49451/9789945591668-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>)
- Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. (http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)
- Cuidados del Recién Nacido Prematuro Sano Hospitalizado. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. (<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/362GER.pdf>)
- Manual de Enfermería en Neonatología, Frank W. Castro López, Omayda Urbina Laza, 2007. Editorial Ciencias Médicas Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Calle Línea No. 202, esquina a I, El Vedado, Ciudad de La Habana.
- Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología, Ministerio de Salud Chile, 2013. (<https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014.pdf >;))
- E. Doménech, N. González y cols (2008). Sociedad Española de Neonatología. Cuidados generales del recién nacido sano.
- From the American Academy of Pediatrics. Hospital Stay for Healthy Term Newborns. Committee on Fetus and Newborn. This policy is a revision of the policy in 113 (5): 1434. 2013.
- Pallás A, C. 2007. Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Hospital Universitario Madrid.

- Revista Chilena de Pediatría 2013; Mena N, P; Novoa P, J; Cortés J. Eventos adversos graves de la transición conjunta en el recién nacido. Caso clínico. 84 (2): 177-181
- EU Miriam Faunes, U. Católica www.manuelosses.cl
- M. Vento, O.D. Saugstad / Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 15 (2010) 216e222
- Circulation. 2010; 122[suppl 3]:S909–S919
- Oxygen and Resuscitation of the Preterm Infant, Yacov Rabi Neoreviews 2010; 11; e130
- Riley R., Johnson J.W. Collecting and Analyzing Cord Blood gases. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:13-23.
- Goldaber K., Gilstrap L. Correlations between obstetric events and umbilical cord blood gas value. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:47-59.
- Gregg A., Weiner C. Normal umbilical arterial and venous acid-base and blood gas value. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:24-31.
- Johnson J.W., Richards D. The etiology of fetal acidosis as determined by umbilical cord acid-base studies. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:274-282.
- Gonzalez H. Asfixia Perinatal. En manual de Neonatología Tapia J.L. Ventura-Junca P. Editorial Mediterráneo 2000.
- Equipo PRN de CEFVAV, Chile, Agosto 2008. Curso PRN.
- Alegría P. Ximena. Cerda P. Magdalena. Gases en Cordón Umbilical. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2009; Vol. 4 (1): 78-81.
- Cuidados de Enfermería de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 2007. Guía de práctica clínica sobre seguridad del paciente. Andalucía. http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
- Neonatología. Dr. Julio Nazer; Dr. Rodrigo Ramírez U Chile, última edición. Manual de Enfermería Neonatal Patricia Fernández, Erika caballero, Graciela Medina 2009

- Larquín M, Lomuto, González M. Guía para transformar las maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la familia. Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia. 2006
- Ladewig P, London M, Moberly S, Olds S, Enfermería maternal y del recién nacido. Mc Graw Hill Interamericana 5° edición Madrid 2006
- American Academy of Pediatrics. American Heart Association Texto de reanimación neonatal. 2010
- Cloherty, Manual of neonatal care. Edition 5° .2005
- Cárdenas, Lopez, C, Haua, N, K y cols. Mediciones antropométricas en el neonato. Federación Nacional de Perinatología de México AC, 2005
- Ginebra 2005. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria.
- Riquelme, E. Novoa J. Manual de procedimientos y cuidados de enfermería; 2004
- Fundación Ginebrina para la formación y la investigación médica. Disponible en: http://www.gfmer.ch/Guidelines/Neonatologia_es/Neonatologia_mt.htm
- Hospital Universitario Reina Sofía. Guía de cuidados del recién nacido, 3° edición. Córdoba 1999
- Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería, 3° edición. Córdoba 2001
- Revista Médica Clínica las Condes. 2008. Martínez, J. Historia de la Neonatología y los desafíos del siglo XXI.
- Ibarra Antonio. Manual de Enfermería en Neonatología. Disponible en <http://www.aibarra.org.>, actualizado 2007

10.3 Electrónica

- https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- <https://www.faeditorial.es/capitulos/enfermeria-neonatal.pdf>
- <https://es.slideshare.net/CarolinaOchoa2/clasificacin-del-recin-nacido>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm#:~:text=El%20examen%20de%20Apgar%20se,nacido%20est%C3%A1%20bien%20de%20salud.>
- <https://es.slideshare.net/ddaniela30/cuidados-mediatos-e-inmediatos-del-rn>
- <http://jefadeenfermeras.com/cuidados-mediatos-e-inmediatos-del-recien-nacido/>
- <https://es.slideshare.net/Touga/valoracin-del-recin-nacido-1802089>
- <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1955>
- <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/hipertension-pulmonar-resistente.pdf>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=newborn-reflexes-90-P05741>
- <https://www.dodot.es/recien-nacido/nutricion/articulo/consejos-para-la-lactancia-materna-en-bebes-de-0-a-6-meses>
- <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/>
- <https://www.muyinteresante.es/salud/fotos/fotos-recomendaciones-oms-lactancia-materna/fotos-apoyo-lactancia-materna-3524>
- <http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>
- <https://inatal.org/el-parto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/374-que-beneficios-le-aporta-al-bebe-la-lactancia-materna.html>
- <http://www.cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEMA-MN-E-5.pdf>
- <https://steemit.com/spanish/@felixrodriguez/cuidados-esenciales-de-enfermeria-en-el-recien-nacido>
- <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atencion-del-articulo-S1695403309004378>

- <https://infogen.org.mx/cuidados-inmediatos-al-recien-nacido/>
- http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Clasificaciones_Recién_nacido.htm
- <https://infogen.org.mx/cuidados-inmediatos-al-recien-nacido/>
- <https://www.clikisalud.net/la-lactancia-materna-y-su-gran-importancia-en-el-recien-nacido/>
- <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>
- https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf
- https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf
- https://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf
- <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIÓNDELRECIENNACIDOFINAL02022014.pdf>
- https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=773-guia-para-el-manejo-integral-del-recien-nacido-grave&category_slug=boletines-en-web&Itemid=518
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/044GRR.pdf>
- https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/documentos/guias/EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.PDF
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/226_SSA_09_atencion_RN/GPC_SSA-226-09_ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EVR.pdf
- <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>
- http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/ninos/guianinos_reciennacido.pdf
- <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>
- <https://pediatraselche.files.wordpress.com/2011/11/manual-de-enfermeria-en-neonatologia.pdf>
- [http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/guiaatencion\(bm12\).pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/guiaatencion(bm12).pdf)

- <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-el-embarazo-de-alto-riesgo>
- <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacido-prematuro>
- <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/introducci%C3%B3n-a-los-problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido>
- <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/cuidados-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/primeros-cuidados-del-reci%C3%A9n-nacido>
- <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=51062839>
- <https://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/crecimiento-y-desarrollo-en-pediatria.pdf>

11. GLOSARIO

A

- **Atención:** (Asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.
- **Alojamiento conjunto:** Es un espacio de múltiples interacciones donde se favorece la generación de un primer espacio de aprendizaje para la mamá y bebé acompañados por los profesionales del equipo de salud.
- **Atención inmediata al recién nacido:** Es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer
- **Atención Prenatal:** Consiste en un conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto.
- **Antecedentes Obstétricos:** Son vivencias previas relacionadas con un embarazo complicado, que no ha ocurrido según lo previsto, o embarazos no exitosos.
- **Antecedentes:** Es importante evaluar en el interrogatorio todos aquellos factores que pueden influir en la evaluación del neonato.
- **Ambiente Térmico Neutro** (Termoneutralidad) un setting idealizado definido como el rango de temperatura ambiente dentro del cual la temperatura corporal está dentro del rango normal.
- **Asfixia perinatal:** Es la falta de respiración o de aire que puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo o a lo largo del parto.
- **Aspiración:** Un procedimiento médico para la extracción de algo de una zona del cuerpo. Estas sustancias pueden ser aire, líquidos corporales o fragmentos óseos.
- **Anatomía.** Estudio de la estructura del cuerpo y la relación entre sus partes. Areola. Anillo pigmentado presente alrededor del pezón.

B

- **BPN:** Bajo peso al nacer.

- **Bradicardia:** Una frecuencia cardíaca anormalmente baja. Las bradicardias suelen estar asociados con apnea en bebés prematuros. Durante estos ataques, el bebé dejará de respirar por al menos 15 segundos y la frecuencia cardíaca comenzará a disminuir, también conocida como "ataque A&B".

C

- **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.
- **Complicación:** La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.
- **Calostro:** Líquido turbio que secretan las glándulas mamarias unos días antes o después del parto, antes de que se produzca la leche verdadera.
- **Cianosis:** Es una enfermedad que aparece cuando la sangre no está bien oxigenada.
- **Cordón umbilical:** Es una estructura tubular de unos 50 cm. de longitud promedio que esta forma por dos arterias que saliendo del bebé se dirigen a la placenta y una vena que originándose en la placenta se dirige de regreso al bebé, todo esto rodeado de una especie de gelatina firme (Gelatina de Wharton) recubierta por un fino envoltorio.
- **CPAP:** Presión positiva de aire continua.
- **Cuidado Canguro:** Contacto piel a piel entre los padres y el bebé. Durante el cuidado del canguro, el bebé se coloca sobre el pecho de la madre o el padre, vestido solo con un pañal y a veces un sombrero. La cabeza del bebé se gira hacia un lado para que pueda escuchar los latidos del corazón y sentir el calor de la madre o del padre. El cuidado del canguro es efectivo, pero se limita a los bebés cuya condición no es crítica.

- **Cuna Térmica:** También conocida como un cuna de calor radiante, esta cuna permite el máximo acceso a un bebé enfermo. Los calentadores radiantes sobre la cama mantienen al bebé caliente. En general, un bebé avanza de una cuna térmica a una incubadora, y después a una cuna abierta o nido antes de dejar la UCIN.
- **Congénito:** Afección con la cual nace el bebé.

D

- **Diagnóstico:** Es el proceso de reconocimiento, análisis y evaluación de una cosa o situación para determinar sus tendencias, solucionar un problema o remediar un mal.
- **Discapacidad/ Retraso Del Desarrollo:** Un término utilizado para describir a los bebés y niños pequeños que no han alcanzado las destrezas y habilidades que se espera que sean dominadas por niños de la misma edad.
- **Desarrollo neuromuscular:** Desarrollo del control del bebé sobre sus músculos.
- **Disnea:** Dificultad para respirar.
- **Doppler:** Forma de ultrasonido que se puede usar para oír los latidos del corazón del feto. Esta prueba puede determinar la cantidad de flujo sanguíneo a través de los vasos sanguíneos.

E

- **Enfermería:** Es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan.
- **Evaluación:** Se refiere a la acción y a la consecuencia de evaluar, un verbo cuya etimología se remonta al francés évaluer y Que permite indicar,

valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto

- **Embarazo:** Se denomina embarazo al estado de la mujer que está gestando vida en su vientre.
- **Edad gestacional:** La edad gestacional hace referencia a lo avanzado que está el feto.
- **Exploración:** Que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos.
- **Eutrófico:** Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- **Extubación:** Extracción del tubo endotraqueal (TET) de la tráquea del bebé.
- **Embarazo prolongado:** Embarazo que se extiende más allá de la semana 42.

F

- **FUR:** Fecha de última Regla
- **FCF:** Frecuencia cardiaca fetal.
- **FPP:** Fecha probable del parto.
- **Fisiología:** Ciencia que estudia las funciones de un organismo o de sus partes.
- **Fase 1 (1N):** Forma parte del sueño NREM (actualmente: N). Es la primera fase del sueño que aparece tras la vigilia. Es el sueño superficial. En general, es la transición de la vigilia a la fase de sueño profundo (3N). En ella, la actividad alfa del EEG ocupa menos del 50% del tiempo.

- **Fase 2 (2N):** Generalmente sigue a la Fase 1 e indica un sueño más profundo. Forma parte del sueño NREM. En ella, se dan los husos del sueño y los complejos K. Representa la mayor parte del tiempo del sueño.
- **Fase 3 (3N):** Forma parte del sueño NREM. Es el sueño profundo con ondas lentas.
- **Fase REM:** Se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos, atonía muscular y ondas de frecuencias mixtas y bajo voltaje. En el RN ocupa el 50% del sueño y se va reduciendo hasta valores del 20-22% en el adulto. En esta fase, se producen las ensoñaciones y las pesadillas.
- **Fototerapia:** Tratamiento mediante la luz. Se recomienda en el síndrome de retraso de fase.
- **Fontanela:** Zona blanda en la parte superior de la cabeza. Al nacer, el cráneo está formado por varias placas óseas; no es un solo hueso sólido. Los espacios entre las placas óseas permiten que el cráneo se expanda a medida que el cerebro crece. Cuando se juntan cuatro de estas placas óseas de cráneo, se forma un punto blando en el cráneo llamado fontanela.
- **Fototerapia:** Terapia de luz para tratar la ictericia. Sobre la incubadora del bebé se colocan luces fluorescentes azules brillantes. El tratamiento suele durar entre 3-7 días.

G

- **GEG:** Grandes para la edad gestacional.
- **Grávida:** Mujer que esta o ha estado embarazada. Con el establecimiento del primer embarazo se transforma en una primigrávida, y con embarazos sucesivos en multigrávida.
- **Gestación:** Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
- **Glándula:** Célula o grupo de células epiteliales especializadas que secretan sustancias; puede ser exocrina o endocrina.

H

- **Hipotrófico:** Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- **Hipertrófico:** Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- **Hipoxia:** Falta de oxigenación.
- **Hemolisis:** Problema en el feto que causa la insonmunizacion materno-fetal.
- **Hemorragia:** Es el sangrado excesivo que puede representar un riesgo para la salud, debido al volumen de sangre perdida, o la localización de una hemorragia.

I

- **Incubadora:** Urna de cristal acondicionada donde los niños nacidos antes de tiempo o en circunstancias anormales permanecen para facilitar el desarrollo de sus funciones orgánicas
- **Isolette:** Otro nombre para una incubadora.
- **Ictericia:** También conocido como hiperbilirrubinemia. La ictericia proviene de la acumulación de un producto de desecho natural, la bilirrubina. Cuando los glóbulos rojos y otros tejidos son reemplazados en el cuerpo, los productos de desecho de su descomposición son normalmente eliminados por el hígado. La bilirrubina tiene un color amarillo, y cuando los niveles son altos, tiñe la piel y otros tejidos.
- **Incompatibilidad de Rh:** Afección en la cual el bebé hereda del padre un tipo de sangre que es diferente e incompatible con el de la madre.
- **Intramuscular (IM):** Hacia el interior del músculo; manera de administrar medicamentos.

- **Intubación:** Inserción de un tubo ET (endotraqueal) [ver la definición] a través de la nariz o la boca del bebé hasta la tráquea. Mientras el tubo está en posición el bebé no emite sonidos de llanto.

L

- **LME:** La Lactancia Materna en forma exclusiva.
- **LPM:** Latidos por minuto.
- **Lactoferrina:** Purificada a partir de la leche, sin embargo, está presente en otros fluidos corporales y es muy abundante en fluidos mucoso, tiene actividad antimicrobiana.
- **Lactogénesis:** Se produce tras el alumbramiento y se caracteriza por la caída en los niveles de la progesterona y la secreción abundante de leche.
- **Lanugo:** El vello fino y suave que a menudo cubre los hombros, la espalda, la frente y las mejillas de un recién nacido prematuro. Lanugo es reemplazado por un cabello con aspecto más normal hacia el final de la gestación.
- **Lactosa.** Es el azúcar de la leche de los mamíferos.

N

- **Nuligesta:** Es la mujer que no está y nunca ha estado embarazada.
- **Nulípara:** Es la mujer que nunca ha llegado a completar un embarazo más allá de un aborto. Puede o no haber tenido aborto(s) espontaneo o colectivo.
- **Nutrición:** Conjunto de procesos de hábitos con la relación de la alimentación
- **Nivel:** Un marcador del nivel de cuidado infantil que puede proporcionar una UCIN, generalmente expresado como I, IIa / IIb o IIIa / IIIb / IIIc. Haga clic aquí para una explicación de los diferentes niveles.

- **Neonatologo:** Un pediatra que ha recibido de 4 a 6 años de entrenamiento después de la escuela de medicina en preparación para el tratamiento de recién nacidos prematuros o enfermos. Esta es la persona que generalmente dirige la atención de su bebé si se requiere hospitalización en una UCIN
- **Neumotórax:** Cuando el aire de los pulmones del bebé se filtra hacia el espacio entre los pulmones del bebé y la pared torácica. Si bien las fugas pequeñas pueden no ocasionar problemas y no requieren tratamiento, las fugas más grandes pueden causar complicaciones graves, como colapso pulmonar, y es posible que deban repararse con cirugía.

M

- **Mortalidad perinatal:** Abarca las defunciones fetales de 1 000 g y más de peso, y los neonatos fallecidos antes de los 7 días de vida, con 1 000 g o más de peso al nacer.
- **Manifestaciones Clínicas:** Se basa en la evaluación inicial rápida, que determina rápidamente el grado de riesgo de la embarazada.
- **Mortalidad infantil:** Todo nacido vivo que fallece antes de cumplir el primer año de edad.
- **(MBPN):** Muy bajo peso de nacimiento.
- **(MMBPN):** Muy muy bajo peso de nacimiento.
- **Mecono:** Excremento del feto.
- **Múltipara:** Es una mujer que ha llevado dos o más embarazos hasta la fase de viabilidad. Es el número de los embarazos que alcanzan la viabilidad y no el número de fetos dados a luz lo que determina la paridad. Esta no varía si se ha dado a luz un feto único, gemelos o quintillizos, y no es menor si el feto o los fetos han nacido muertos.
- **Monitor:** Máquina que muestra y con frecuencia registra la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la saturación de

oxígeno en la sangre del bebé. Una alarma puede sonar si uno o varios de estos signos vitales son anormales.

O

- **Obstetricia:** Es la especialidad médica que se ocupa del embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo las situaciones de riesgo que requieran de una intervención quirúrgica.
- **Oxígeno:** Elemento químico que es esencial para la respiración y en la combustión.
- **Oxitocina:** Hormona secretada por las células neurosecretoras en los núcleos para ventricular y supraóptico del hipotálamo; estimula la contracción del músculo liso en el útero gestante y de las células mioepiteliales que rodean los conductos de las glándulas mamarias.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

P

- **Profesional:** Es quien ejerce una profesión (un empleo o trabajo que requiere de conocimientos formales y especializados).
- **Patología:** Atribuye al concepto de patología dos significados: rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia.
- **Profilaxis:** Es la infusión periódica de concentrados de factor de coagulación para evitar hemorragias.
- **(PEG):** Pequeños para la edad gestacional.
- **(PEBN):** Peso extremadamente bajo al nacer.
- **PMF:** La percepción de movimientos fetales.

- **Primípara:** Es una mujer que ha dado a luz una sola vez uno o varios fetos viables. Por tanto, la interrupción de cualquier embarazo más allá de la fase de aborto confiere la condición de paridad a la madre.
- **Parturienta:** Es una mujer en trabajo de parto.
- **Puérpera:** Es la mujer que acaba de dar a luz.
- **Pezón:** Proyección rugosa pigmentada ubicada en la superficie de la mama donde se localizan los orificios de los conductos galactóforos por donde se libera la leche.
- **Placenta:** Estructura especial a través de la cual se produce el intercambio de sustancias entre las circulaciones materna y fetal. También llamada secundina.

R

- **Recién nacido:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- **Reflejo:** Es una respuesta involuntaria de tipo muscular (contráctil) o glandular (secretorio) ante determinados estímulos.
- **Respiración:** Función biológica de los seres vivos por la que absorben oxígeno, disuelto en aire y agua y expulsa dióxido de carbono para Mantener las funciones.
- **Reflejo De Prensión:** Reflejo que tienen los recién nacidos de agarrar un objeto, como un dedo, cuando ese objeto toca su mano. Este agarre puede ser lo suficientemente fuerte como para soportar el propio peso del bebé, pero no dura mucho tiempo.
- **(RCIU):** Retraso Del Crecimiento Intrauterino
- **Retracción:** Hundimiento anormal del pecho durante la respiración, lo que indica que el bebé está haciendo un gran esfuerzo por respirar.

S

- **Salud:** Es el completo bienestar físico mental, social.
- **Somatometria:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona.
- **Síndrome De Aspiración De Meconio (SAM):** Enfermedad respiratoria causada cuando los bebés inhalan meconio o líquido amniótico teñido de meconio en sus pulmones, se caracteriza por dificultad respiratoria leve a severa.

T

- **Terapia:** Un tratamiento, es un proceso que se lleva a cabo para alcanzar la esencia de algo.
- **Trastorno:** Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.
- **Temperatura:** Del latín temperatura, la temperatura es una magnitud física que refleja la cantidad de calor, ya sea de un cuerpo, de un objeto o del ambiente. Dicha magnitud está vinculada a la noción de frío (menor temperatura) y caliente (mayor temperatura).
- **Tono:** La resistencia pasiva al movimiento de las extremidades se llama tono. Normalmente, los bebés solo le dan una cantidad moderada de resistencia cuando les mueven sus extremidades. La cantidad de tono presente es una forma de evaluar la condición del sistema nervioso y muscular en un bebé. Los bebés con demasiado tono, demasiada resistencia al movimiento pasivo, se llaman hipertónicos y un ejemplo extremo de esto es la espasticidad.
- **Taquipnea Transitoria Del Recién Nacido:** Respiración rápida que lentamente se vuelve normal. Se cree que es causada por una reabsorción lenta o retardada del líquido pulmonar fetal, y es más común en los bebés nacidos por cesárea y en aquellos que son ligeramente prematuros.

U

- **UCIN:** Es una unidad especial en el hospital para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o tienen alguna afección médica grave.
- **Unidad De Transición:** Los bebés pueden ser transferidos de la UCIN a esta unidad para continuar su recuperación después de que ya no estén gravemente enfermos.

V

- **Valoración:** Es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente llevada a cabo por el enfermero
- **Ventilación pulmonar:** Es el proceso mecánico por el cual el gas es transportado desde el aire hasta los alveolos pulmonares y viceversa.
- **VPP:** Ventilación pulmonar positiva.
- **Vitaminas:** Molécula orgánica necesaria en pequeñas cantidades que actúa como catalizador en los procesos metabólicos normales del organismo.
- **Vitaminas Hidrosolubles:** Aquellas vitaminas que se disuelven en agua.
- **Vitaminas Liposolubles:** Son aquellas vitaminas que se pueden disolver en grasa y aceites.
- **Ventilador De Alta Frecuencia Con Motor De Reacción:** Un ventilador especial capaz de hacer respirar para un bebé a velocidades superiores a las de un ventilador normal (420 RPM o respiraciones por minuto).
- **Ventilador Oscilatorio De Alta Frecuencia:** Un ventilador especial capaz de hacer respirar para un bebé a velocidades superiores a las de un

ventilador normal (por ejemplo 120 - 1.320 RPM o respiraciones por minuto).

- **Ventilación De Alta Frecuencia:** Una forma especial de ventilación mecánica, diseñada para ayudar a reducir las complicaciones a los delicados pulmones de los bebés prematuros.
- **Ventilador:** Una máquina que ayuda a adultos o niños a respirar. La inmadurez pulmonar en los bebés prematuros es la razón más común para que un recién nacido requiera un ventilador.
- **Vernix:** Sustancia blanca protectora que cubre al feto en el útero para mantenerle la piel húmeda.
- **Viable:** Bebé que es capaz de vivir fuera del vientre, a menudo con asistencia médica al principio.