



ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO



ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Lic. Silvia Gabriela Cáceres Palma. Mg.

Lic. Katherine Monserrate Villacreses Merino. Mg.

Lic. Maria Monserrate Cantos Sánchez. Mg.

Lic. María José Alay García.

Lic Doris Susana Delgado Bernal. PhD.

Lic. Ivone Julissa Lucas Tumbaco.

Lic. Mónica Danny Tonguino Rodríguez. Mg.

Lic. Diego Armando Patin Patin.

Lic. Melissa Stefania Acosta Zambrano.

Lic. Carmen Monserrate Villavicencio Ávila.

Lic. María Isabel Coveña Bravo.

Lic. Angelica Adriana Álcazar Marcillo. Mg.

AUTORES INVESTIGADORES



ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

AUTORES INVESTIGADORES

Lic. Silvia Gabriela Cáceres Palma. Mg.

Magister en Gestión del Cuidado;

Licenciada en Enfermería;

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Jipijapa, Ecuador;

✉ gabixi@outlook.es

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-2558-5984>

Lic. Katherine Monserrate Villacreses Merino. Mg.

Magister en Gestión del Cuidado;

Licenciada en Enfermería;

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Jipijapa, Ecuador;

✉ katherinne-villacreses@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0004-6023-2716>

Lic. Maria Monserrate Cantos Sánchez. Mg.

Magister en Gestión del Cuidado;

Licenciada en Enfermería;

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Jipijapa, Ecuador;

✉ maria.cantos@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0009-0002-7935-4110>

Lic. María José Alay García

Licenciada en Enfermería;
Hospital Verdi Cevallos Balda;
Portoviejo, Ecuador;

✉ marijosealay0497@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-3239-4863>

Lic. Doris Susana Delgado Bernal. PhD.

PhD en Ciencias Biomédica;
Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ doris.delgado@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5614-2567>

Lic. Ivone Julissa Lucas Tumbaco

Licenciada en Enfermería;
Hospital de Especialidades Portoviejo;
Portoviejo, Ecuador;

✉ julilu0395@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0002-3099-4205>

Lic. Mónica Danny Tonguino Rodríguez. Mg.

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador;

✉ monica.tonguino@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0009-0003-7056-5234>

Lic. Diego Armando Patin Patin

Licenciado en Enfermería;
Universidad de las Américas; Quito, Ecuador;

✉ diegopatin@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0004-0968-2295>

Lic. Melissa Stefania Acosta Zambrano

Licenciada en Enfermería;
Hospital Verdi Cevallos Balda;
Portoviejo, Ecuador;

✉ melyaz8915@outlook.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0006-8409-0454>

Lic. Carmen Monserrate Villavicencio Ávila

Licenciada en Enfermería;
Hospital de Especialidades Portoviejo;
Portoviejo, Ecuador;

✉ carmita_1893@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0006-5258-4281>

Lic. María Isabel Coveña Bravo

Licenciada en Enfermería;
Hospital de Especialidades Portoviejo;
Portoviejo, Ecuador;

✉ marisacove@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-3025-471X>

Lic. Angelica Adriana Álcazar Marcillo. Mg.

Magíster en Enfermería en Cuidados Críticos;
Licenciada en Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ angie_alma_12@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-0619-2301>

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

REVISORES ACADÉMICOS

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de
Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;

✉ xiomaparicio199@hotmail.com;

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Ana Luisa Cañizales Jota

Magíster en Docencia para la Educación Superior;
Licenciada en Enfermería; Licenciada en Educación Integral;
Docente Titular Auxiliar 1 de la Universidad Metropolitana;
Quito, Ecuador;

✉ analuisajota12@gmail.com;

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6426-912X>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Lic. Silvia Gabriela Cáceres Palma. Mg.
Lic. Katherine Monserrate Villacreses Merino. Mg.
Lic. María Monserrate Cantos Sánchez. Mg.
Lic. María José Alay García.
Lic Doris Susana Delgado Bernal. PhD.
Lic. Ivone Julissa Lucas Tumbaco.
Lic. Mónica Danny Tonguino Rodríguez. Mg.
Lic. Diego Armando Patin Patin.
Lic. Melissa Stefania Acosta Zambrano.
Lic. Carmen Monserrate Villavicencio Ávila.
Lic. María Isabel Coveña Bravo.
Lic. Angelica Adriana Álcazar Marcillo. Mg.

AUTORES:

Título: Atención Integral: Binomio Madre - Hijo

Descriptores: Ciencias médicas; Servicios de salud; Atención médica

Código UNESCO: 3201 Ciencias Clínicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610/C118

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{ra}

ISBN: 978-9942-654-20-5

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2024

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 192

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-20-5>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/111>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Atención Integral: Binomio Madre - Hijo**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Yamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Índices

Contenidos



| | |
|-------------------|----|
| Prólogo ----- | 14 |
| Introducción----- | 16 |

Capítulo I.

| | |
|--|----|
| Generalidades Atención Integral Madre – Hijo. Maternidades Seguras Centradas en la Familia. Ley 25929 Parto Humanizado ----- | 19 |
| <i>Lic. Silvia Gabriela Cáceres Palma. Mg.</i> | |

Capítulo II.

| | |
|--|----|
| Perspectivas Interculturales en la Atención Materno – Neonatal ----- | 37 |
| <i>Lic. Katherine Monserrate Villacreses Merino. Mg.</i> | |

Capítulo III.

| | |
|---|----|
| Cuidados de Enfermería en el Embarazo. Cuidados de Enfermería en el Parto. Cuidados de Enfermería en el Puerperio Inmediato- Mediato ----- | 49 |
| <i>Lic. Maria Monserrate Cantos Sánchez. Mg.</i> | |

Capítulo IV.

| | |
|--|----|
| Estructura, Organización y Equipos de la Sala de Neonatología. Recepción y Valoración del Recién Nacido ----- | 60 |
| <i>Lic. María José Alay García.</i> | |

Capítulo V.

| | |
|---|----|
| Adaptación a la Vida Extrauterina. Características Morfológicas y Fisiológicas del Rn. Cuidados en el Periodo de Transición ----- | 81 |
| <i>Lic Doris Susana Delgado Bernal. PhD.</i> | |

Capítulo VI.

| | |
|---|----|
| Vínculo Madre-Hijo y su Importancia. Desarrollo de la Autonomía y Autoestima. Estrategias para Promover un Apego Seguro ----- | 95 |
| <i>Lic. Ivone Julissa Lucas Tumbaco.</i> | |

Capítulo VII.

| | |
|---|-----|
| Adopción del Rol Materno. Percepción de la Experiencia del Nacimiento ----- | 104 |
| <i>Lic. Mónica Danny Tonguino Rodríguez. Mg</i> | |

Capítulo VIII.

Familia. Tipos. Valores, creencias y actitud frente a la Crianza del RN. Educación para la Salud----- 114
Lic. Diego Armando Patin Patin.

Capítulo IX.

Lactancia Materna. Alimentación del Lactante. Rol Materno en la Alimentación. Fisiología de la Lactancia. Técnicas de Amamantamiento----- 126
Lic. Melissa Stefania Acosta Zambrano.

Capítulo X.

Alimentación y Nutrición en el Recién Nacido con Bajo Peso y Prematuro (Nutrición Parenteral y Enteral)----- 148
Lic. Carmen Monserrate Villavicencio Ávila.

Capítulo XI.

Profilaxis e Inmunización en la Madre y el Rn. Exámenes Diagnósticos, y Control de Salud Postnatal, Pre- Alta ----- 158
Lic. María Isabel Coveña Bravo.

Capítulo XII.

Educación a la Familia de Cuidados del Rn en el Hogar. Sueño Seguro. Higiene del Rn. Ambiente Seguro. Prevención de Accidentes del Hogar----- 169
Lic. Angelica Adriana Alcázar Marcillo. Mg.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Índices

Tablas



Tabla 1. Ejes y pasos para la implementación----- 30

Tabla 2. Valoración del Recién Nacido con el Test de Apgar----- 73

Tabla 3. Clasificación de la familia según el parentesco----- 117

Tabla 4. Clasificación de la familia según sin parentesco ----- 117

Tabla 5. Clasificación de la familia según la presencia física
en el hogar o la convivencia en el mismo----- 118

Tabla 6. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar
originados por cambios familiares ----- 118

Tabla 7. Cálculo de la osmolaridad de la solución de NP ----- 157

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Índices

Figuras



| | |
|---|-----|
| Figura 1. Representación Esquemática del Modelo de la OMS de Cuidados Posnatales | 23 |
| Figura 2. Recomendaciones sobre Cuidados Maternos y Neonatales para una Experiencia Posnatal Positiva. | 24 |
| Figura 3. Medidas Preventivas | 25 |
| Figura 4. Atención del Recién Nacido – Evaluación | 26 |
| Figura 5. Crecimiento y Desarrollo Infantil | 27 |
| Figura 6. La Iniciativa de Parto Humanizado (ICI) | 32 |
| Figura 7. Atención inmediata al recién nacido | 67 |
| Figura 8. Pinzamiento del cordón umbilical | 69 |
| Figura 9. Contacto piel a piel entre la madre y su bebé | 71 |
| Figura 10. La puntuación de APGAR cinco signos | 73 |
| Figura 11. Test de Capurro | 75 |
| Figura 12. Curva de Fenton para los neonatos | 76 |
| Figura 13. Desinfección ocular | 78 |
| Figura 14. Actuaciones durante el minuto de oro | 90 |
| Figura 15. Test de Silverman | 92 |
| Figura 16. Selección adecuada de la mascarilla | 94 |
| Figura 17. Modelo de adopción del rol materno | 109 |
| Figura 18. La lactancia materna..... | 129 |
| Figura 19. Extracción de leche materna | 134 |
| Figura 20. Limpieza del extractor de leche materna | 136 |
| Figura 21. Guía para almacenar la leche materna | 137 |
| Figura 22. Guía para almacenar la leche materna | 138 |
| Figura 23. Esquema de relación de conceptos del modelo de rol materno en la alimentación del lactante | 141 |
| Figura 24. La lactancia materna | 145 |
| Figura 25. Recomendaciones de aportes parenteral total según peso corporal (g)..... | 157 |
| Figura 26. Esquema de vacunación del Recién Nacido | 164 |
| Figura 27. Esquema de vacunación Menos de 1 año. | 164 |

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Prólogo



Es un placer presentar este libro que aborda la temática de la atención integral al binomio madre-hijo. En este texto, se recopila una amplia gama de conocimientos y experiencias que buscan promover el bienestar y el desarrollo saludable tanto de la madre como del niño.

La relación madre-hijo es una de las más importantes en la vida humana, y su cuidado integral es fundamental para el desarrollo físico, mental y emocional de ambos. Este libro pretende ofrecer herramientas, consejos y orientación para todos aquellos profesionales de la salud, padres y cuidadores interesados en comprender y mejorar la atención hacia este binomio tan especial.

La atención integral al binomio madre-hijo abarca aspectos desde el embarazo hasta la etapa postnatal, pasando por el parto, la lactancia, el apego temprano, el desarrollo infantil y la salud materna, entre otros. A través de la colaboración de expertos en diferentes disciplinas, este libro busca ofrecer una visión completa y actualizada de los cuidados y la atención que requieren tanto la madre como el hijo en las distintas etapas de su vida.

Esperamos que este texto sirva como guía y fuente de inspiración para todos aquellos que deseen contribuir a que el binomio madre-hijo disfrute de una atención integral, amorosa y respetuosa.

Confianza en que sus contenidos sean de utilidad, les invitamos a escurrir en estas páginas con la certeza de que cada palabra está dedicada al cuidado y bienestar de ese vínculo tan importante.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Introducción



La atención integral del binomio madre-hijo es fundamental para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. Donde este libro tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud y personas interesadas en este tema una guía completa sobre la importancia de brindar una atención integral durante el embarazo, parto, postparto y los primeros años de vida del lactante.

En la siguiente obra se explorarán diferentes aspectos, tales como los que influyen en el desarrollo del binomio madre-hijo, así como también las mejores prácticas para promover un vínculo saludable y duradero.

A través de estos consejos prácticos e investigaciones actuales este libro busca informar, educar y empoderar a quienes desean brindar la mejor atención posible a este dúo tan especial.

Esperamos que esta lectura sea de gran ayuda para aquellos que buscan comprender y mejorar la experiencia de la maternidad y la crianza, y que contribuya a fortalecer los lazos familiares desde los primeros días de vida.

El presente texto consta de doce (XII) capítulos, donde en el capítulo I, se abordan temas como generalidades atención integral madre – hijo, maternidades seguras centradas en la familia y **Ley 25929 parto** humanizado.

De igual manera en el Capítulo II, se plantea las perspectivas interculturales en la atención materno - neonatal

En el Capítulo III, se discuten los siguientes temas cuidados de enfermería en el embarazo, cuidados de enfermería en el parto y cuidados de enfermería en el puerperio inmediato- mediato.

De igual manera en el Capítulo IV, se abordan los siguientes puntos tales como la estructura, organización y equipos de la sala de neonatología y recepción y valoración del recién nacido.

En el Capítulo V, se plantean la adaptación a la vida extrauterina, características morfológicas, fisiológicas del RN y cuidados en el periodo de transición.

En el Capítulo VI, se abordan el vínculo madre-hijo y su importancia, desarrollo de la autonomía y autoestima y estrategias para promover un apego seguro.

En el Capítulo VII, se refiere a la adopción del rol materno y la percepción de la experiencia del nacimiento.

En el Capítulo VIII, se discute sobre la familia, tipos, valores, creencias y actitud frente a la crianza del recién nacido y la educación para la salud.

En el Capítulo IX, se tratan temas como la lactancia materna, la alimentación del lactante, rol materno en la alimentación, fisiología de la lactancia y técnicas de amamantamiento.

En el Capítulo X, se plantea la alimentación y nutrición en el recién nacido con bajo peso y prematuro (Nutrición parenteral y enteral).

En el Capítulo XI, se trata sobre la profilaxis e inmunización en la madre y el recién nacido, exámenes diagnósticos, control de salud postnatal y prealta.

Para finalizar en el Capítulo XII, se abordan temas como la educación a la familia del cuidado del Rn en el hogar, el sueño seguro, la higiene del recién nacido, un ambiente seguro y la prevención de accidentes del hogar.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo I

Generalidades Atención Integral Madre - Hijo. Maternidades Seguras Centradas en la Familia. Ley 25929 Parto Humanizado.

Lic. Silvia Gabriela Cáceres Palma. Mg.

 <https://orcid.org/0000-0003-2558-5984>



Introducción

La atención madre e hijo desarrollar acciones educativas para comprometer y empoderar a la madre y la familia ante la salud sexual, reproductiva, la gestación, el parto, el puerperio y programas de promoción y prevención.

Generalidades atención integral madre – hijo

Binomio madre e hijo es un vínculo que se crea entre la madre y el producto del embarazo, manteniéndose el mismo después del nacimiento que requieren de un ambiente sano y seguro para su pleno desarrollo físico, social y psicológico.

Es importante señala a Plazas (2020), donde afirma que el vínculo madre e hijo permite que el lactante pueda estar en todo momento con su grupo familiar, siendo supervisado por una enfermera especializada en atención a la madre e hijo.

Donde esta novedosa perspectiva da prioridad a la seguridad, fomentando así el amparo y el cumplimiento de los derechos de la mujer y de su hijo, siendo responsables el equipo de salud de promover la lactancia materna.

Siendo esta una nueva visión que permite una atención integral que no se limita a la atención de la mujer internada que está por dar a luz a una nueva vida, sino que brinda una visión integral que apoya a las familias para que quienes estén felices de recibir a su hijo. o hija.

Fundamentándose este Binomio en las siguientes bases:

- El eje principal debe ser el grupo familiar
- Debe existir un cambio en el equipo de salud de orientarse hacia el modelo centrado en el grupo familiar.
- Cumplimiento, vigilancia y protección de los derechos del grupo familiar.
- Desarrollo de la participación de los padres, familia y la comunidad en la defensa y el cuidado de la madre y su hijo/a durante el embarazo y puerperio.
- El empoderamiento de la mujer y su pareja en el cuidado de su hijo antes y después del nacimiento es una de las bases del modelo.
- Promueve la persistencia continua de la familia y la colaboración activa de los padres durante la duración en el centro de salud.

- Este modelo promueve y vigila la atención de la mujer y su hija o hijo, durante el embarazo, parto y puerperio.
- Apoya otras iniciativas, en específico la Iniciativa HAMN (Hospital Amigo de la Madre y el Niño)
- Se cultiva, apoya, orienta y estimula la lactancia materna y la participación de las maternidades.

Con el binomio se busca la promoción de la participación y colaboración de los padres, familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo/a durante el embarazo y puerperio.

Iniciando, orientando, asesorando y promoviendo el empoderamiento de la madre y su pareja en el cuidado de su hijo antes y después del nacimiento.

Según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2022), sobre el cuidado o atención del binomio mujer-recién nacido Figura 1.

Donde el período posnatal, o etapa que inicia después del nacimiento del bebé y que se amplía hasta las seis semanas (42 días), es un momento decisivo para las madres, los recién nacidos, sus parejas, los padres, los cuidadores y el grupo familiar en general.

Asimismo, los servicios de atención posnatal son una unidad esencial de la prolongación de la atención materna, neonatal e infantil, y son esenciales para el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la salud reproductiva, materna e infantil, de igual manera se incluyen los fines de reducir la mortalidad materna y las muertes evitables o eludibles de recién nacidos.

En el cual la base de este modelo o guía reside en un mínimo de cuatro sesiones de vigilancia posnatal.

En específico, el Grupo de Elaboración de las Directrices GDG discurre que las primeras dos semanas posteriormente del parto son momentos significativos para promover, identificar la salud y sus problemas de igual manera apoyar la transición a la atención de madre y bebés sanos. Donde se ratifica la importancia de la atención posnatal durante las primeras 24 horas después del parto.

Más precisamente, se recomienda un mínimo de 24 horas de permanencia en el centro de salud después del parto, con atención continua, constante y supervisada.

Al mismo tiempo se han reconocido criterios para antes del alta a fin de evaluar y manejar complicaciones posibles y preparar la transición al hogar Figuras 2 y 3.

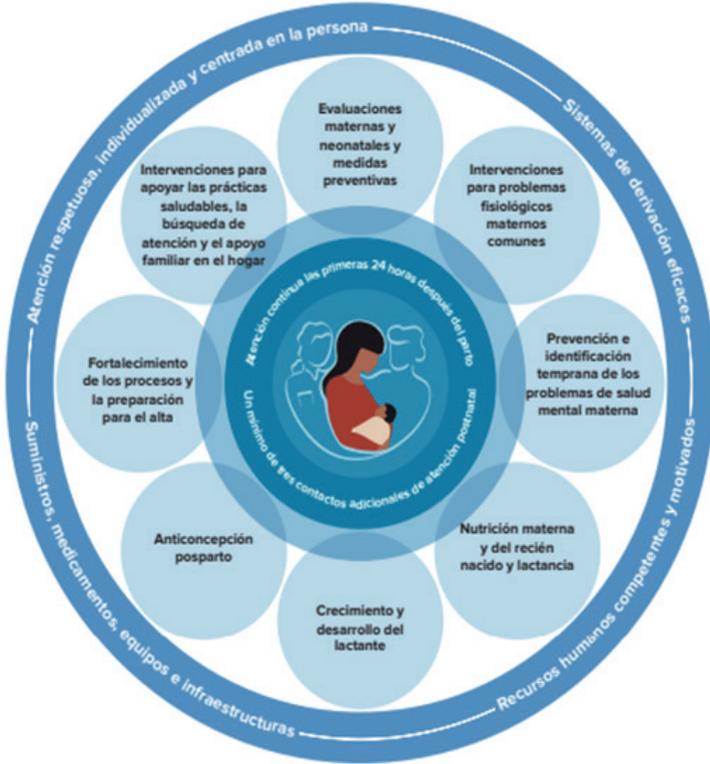
Posteriormente se deben cumplir con al menos tres contactos de atención posnatal en el lapso de las primeras seis semanas después del parto. Donde brindan la provisión de prácticas clínicas efectivas, información pertinente y oportuna y apoyo psicosocial y emocional Figura 4.

Cabe resaltar que estas pautas tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención posnatal esencial y de rutina que se brinda a las mujeres y los recién nacidos, con la finalidad de mejorar la salud y el bienestar materno y neonatal Figura 5.

Ahora bien, un sistema de ramificación eficaz, que contenga comunicación entre el centro y los proveedores de atención comunitaria, y entre el personal de salud y de traslado en caso de que surjan complicaciones, además son componentes esenciales de este modelo de atención posnatal.

Figura 1.

Representación Esquemática del Modelo de la OMS de Cuidados Posnatales.



Nota. Tomado de *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* (2022) de Organización Panamericana de la Salud <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354608/9789240048492-spa.pdf?sequence=1>

Figura 2.

Recomendaciones sobre Cuidados Maternos y Neonatales para una Experiencia Posnatal Positiva.

RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS MATERNOS Y NEONATALES PARA UNA EXPERIENCIA POSNATAL POSITIVA




Evaluación fisiológica de la mujer
 Todas las mujeres en el período posparto deben recibir una evaluación periódica de sangrado vaginal, tono muscular del útero, altura uterina, temperatura, frecuencia cardíaca, entre otros. Esto es recomendado.



Prueba actualizadas de VIH
 Tanto para mujeres con VIH positivo y VIH negativo. Son pruebas recomendadas según el contexto.



Examen de detección de Tuberculosis
 Examen para detectar la tuberculosis tanto para la población general, para las mujeres posparto, recién nacidos y también personas que estén cercanas a personas con Tuberculosis. Recomendado.



Estiramiento local para aliviar el dolor perineal
 Utilizar compresas frías para aliviar el dolor, después de parto. Recomendado.



Analgesico orales para aliviar el dolor perineal
 Utilizar como primera opción paracetamol para aliviar el dolor perineal. Recomendado.





Alivio Farmacológico debido al cólicos
 Pueden utilizarse medicamentos antiinflamatorios, no esteroides. Recomendado.

Entrenamiento de suelo Pelvico para fortalecerlo no es recomendado.





Intervenciones no farmacológicas para tratar congestiones mamaria porparto, como usar compresas frías o tibias. Recomendado.

No se recomienda el uso de intervenciones farmacológicas para tratar congestiones mamaria porparto, no usar oxitocina subcutanea y tratamiento con peptidasa. No recomendado.



Nota. Adaptado de *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* (2022) de Organización Panamericana de la Salud <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354608/9789240048492-spa.pdf?sequence=1>

Figura 3.

Medidas Preventivas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- 

Intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis posparto, como usar compresas frías o tibias, practicar una lactancia receptiva. Recomendado.
- Intervenciones farmacológicas para prevenir la mastitis posparto, no se recomienda la profilaxis con antibióticos orales o tópicos de rutina para prevenir.**


- 

Prevención de entretimiento posparto en cuanto que alimentación tener. Recomendado. No usar laxante como medida de prevención.
- Prevención de entretimiento posparto en cuanto que alimentación tener. Recomendado. No usar laxante como medida de prevención.**


- 

Prevención de infección posparto. Luego de un parto vaginal sin complicaciones se recomienda de rutina el uso de antibióticos.
- Tratamiento antihelmíntico preventivo para desparasitación con albendazol(400mg) o mebendazol(500mg) de dosis única anual o dos veces al año para adolescentes y mujeres no embarazadas también para mujeres con posparto,**


- 

Tratamiento preventivo de la esquistosomiasis Recomendación específica en función del contexto.
- Profilaxis oral previa a la exposición para prevenir el VIH que contega tenofovir disoproxil fumarato(TDF). Riesgo considerable de VIH.**


- 

Exámenes de detección de depresión y ansiedad posparto para el diagnóstico y manejo para las mujeres que den positivo.
- Prevención de depresión y ansiedad posparto para el diagnóstico y manejo para las mujeres que den positivo. Intervenciones psicosociales y psicológicas durante los periodos prenatal y posnatal a fin de prevenir la depresión y la ansiedad posparto.**


- 

Intervenciones nutricionales
Suplementos orales de hierro y ácido fólico posparto
Las mujeres en el periodo posparto por 6-12 semanas después del parto a fin de reducir el riesgo de anemia en los entornos en los que la anemia gestacional es una inquietud de la salud pública.
- Suplementos de vitaminas A posparto**
No se recomiendan los suplementos de vitamina A en las mujeres en el periodo posparto para prevenir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil.


- 

Actividad física y comportamiento sedentario
Las mujeres en el periodo posparto que no tienen contraindicaciones deben hacer lo siguiente:
 - Realizar actividad física con regularidad durante todo el periodo posparto y hacer al menos 150 minutos de actividad física durante la semana para obtener beneficios considerables para la salud.
- Anticoncepción posparto**
Se recomienda proporcionar información y servicios integrales de anticoncepción durante la atención posnatal.


- 

Intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis posparto, como usar compresas frías o tibias, practicar una lactancia receptiva.

Nota. Adaptado de *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* (2022) de Organización Panamericana de la Salud <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354608/9789240048492-spa.pdf?sequence=1>

Figura 4.*Atención del Recién Nacido – Evaluación.*

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

En caso de presentarse alguno de los siguientes signos: no se alimenta bien; antecedentes de convulsiones; respiración rápida (frecuencia respiratoria >60 por minuto); tiraje intercostal grave; falta de movimiento espontáneo; fiebre (temperatura $>37,5$ °C); temperatura corporal baja (temperatura $<35,5$ °C); todo tipo de ictericia durante las primeras 24 horas después del parto o palmas de las manos y plantas de los pies amarillas a cualquier edad.

Cribado universal de anomalías del ojo: Se recomienda realizar cribado universal de detección de anomalías del ojo, y deben ir acompañados de servicios de diagnóstico y manejo para los niños en los que se identifique una anomalía.

Cribado universal de discapacidad auditiva: Se recomienda realizar cribado universal de detección de anomalías del oído (UNHS, por su siglas en inglés) con emisiones otoacústicas (EOA) o respuesta auditiva automática del tronco encefálico (AABR, por su siglas en inglés) para la identificación precoz de la pérdida de la audición bilateral permanente (PBHL, por sus siglas en inglés).

Cribado universal de hiperbilirrubinemia neonatal: Se recomiendan realizar cribado universal de la hiperbilirrubinemia neonatal con bilirrubinómetro transcutáneo (TcB) al momento del alta del centro de salud. **Recomendado.** No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de las pruebas universales de bilirrubina total en suero (TSB) al momento del alta del centro de salud.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Momento del primer baño para prevenir la hipotermia y sus secuelas. El primer baño de un recién nacido a término sano debe demorarse por al menos 24 horas después del nacimiento.

Uso de emolientes para prevenir afecciones en la piel: No se recomienda la aplicación rutinaria de emolientes tópicos en recién nacidos a término sanos para prevenir afecciones en la piel.

Colocación de clorhexidina en el muñón del cordón umbilical para prevenir infecciones neonatales. Se recomienda el cuidado del cordón umbilical para que esté limpio y seco. Se recomienda la colocación diaria de clorhexidina al 4 % (gel o solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 7,1 %, con clorhexidina al 4 %) al muñón del cordón umbilical en la primera semana después del nacimiento solo en entornos en los que comúnmente se usen sustancias tradicionales nocivas (como excremento animal) en el cordón umbilical.

Posición para dormir a fin de prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante. Se recomienda colocar al bebé a dormir en posición supina durante el primer año después del nacimiento a fin de prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMLS) y la muerte súbita inesperada del lactante (SUDI, por sus siglas en inglés).

Vacunación para prevenir infecciones. Deben promoverse las vacunaciones de los recién nacidos según las últimas recomendaciones de la OMS existentes sobre vacunación de rutina.

INTERVENCIÓNES DE NUTRICIÓN

Suplementos de vitamina A neonatales: No se recomienda la administración rutinaria de suplementos de vitamina A neonatales para reducir la mortalidad neonatal e infantil. Se puede considerar la posibilidad de proporcionar a los recién nacidos un dosis oral única de 50 000 UI de vitamina A en los primeros 3 días después del nacimiento a fin de reducir la mortalidad infantil.

Suplementos de vitamina D para lactantes nacidos a término: Se recomiendan suplementos de vitamina D para lactantes nacidos a término a fin de mejorar los resultados de salud de los bebés solo en el contexto de una investigación exhaustiva.



Nota. Adaptado de *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* (2022) de Organización Panamericana de la Salud <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354608/9789240048492-spa.pdf?sequence=1>

Figura 5.*Crecimiento y Desarrollo Infantil.*

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

Masajes de cuerpo entero: Pueden considerarse los masajes suaves de cuerpo entero para los recién nacidos a término sanos, por los posibles beneficios a su crecimiento y desarrollo.

DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Todos los lactantes y niños deben recibir cuidado sensible entre los 0 y los 3 años; se debe dar apoyo a los padres y otros cuidadores para que puedan proporcionarlo.

Todos los lactantes y niños deben tener actividades de aprendizaje precoz con sus padres y otros cuidadores entre los 0 y los 3 años; se debe dar apoyo a los padres y otros cuidadores para que participen en este aprendizaje con sus lactantes y niños.

El apoyo para el cuidado sensible y el aprendizaje temprano debe incluirse como parte de las intervenciones de nutrición óptima de los recién nacidos, los lactantes y los niños pequeños. Deben incorporarse intervenciones psicosociales para apoyar la salud mental materna a los servicios de salud y desarrollo para la primera infancia.

LACTANCIA MATERNA

Lactancia materna exclusiva: Todos los bebés deberían alimentarse exclusivamente de leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Se debe dar asesoramiento y apoyo a las madres respecto de la lactancia materna exclusiva en cada contacto posnatal.

Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que brindan servicios de maternidad y neonatales. Los centros que brindan servicios de maternidad y neonatales deben tener una política de lactancia materna escrita con claridad que se comunique periódicamente al personal y a los padres. El personal del centro de salud que brinda servicios de alimentación infantil, incluido el apoyo a la lactancia materna, debe contar con conocimientos, competencias y destrezas suficientes para apoyar a las mujeres para que amamenten.



Nota. Adaptado de *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* (2022) de Organización Panamericana de la Salud <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354608/9789240048492-spa.pdf?sequence=1>

Maternidades seguras centradas en la familia

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) representación argentina, edita el libro “El modelo de Maternidad Centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas”

(2012), donde se refiere al modelo de MCF efectuado en la atención neonatológica de ese Hospital y se identifican elementos críticos de fortalezas y debilidades donde se extraen experiencias a partir del estudio de caso.

De este modo se ponen énfasis en realizar operaciones para lograr el cambio hacia una MCF.

Desde el punto de vista de Funlarga (2008), cabe resaltar que impulsados en la “Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, creada por OMS-UNICEF en el año 1991 para promover la Lactancia Materna en las Maternidades e implementada en Argentina desde 1994, que posee un gran éxito internacional en la promoción de la alimentación natural y además en la mejoría de la calidad de la atención, por tal impulso se propone la Iniciativa Maternidades Centradas en la Familia.

Se plantean entonces en describen 10 pasos que toda Maternidad debería cumplir para ser una MCF y se plantean instrumentos de evaluación para comprobar el cumplimiento de dichos Pasos.

Donde se asume como objetivo, no sólo conseguir una calificación cuantitativa del grado de cumplimiento de cada uno de los Pasos y del global, sino verificar de manera ordenada los aspectos que se efectúan y, especialmente, aquellos en los que surgen conflictos y localizar las soluciones Tabla 1.

De este modo las Maternidades que logren un desempeño de 80% o superior recibirán una acreditación como “Maternidad Centrada en la Familia” otorgada por organismos gubernamentales, de cooperación internacional (UNICEF, OPS-OMS) y Sociedades Científicas afines.

Pasos de la iniciativa Maternidades Centradas en la Familia (MCF)

- Paso 1: Reconocer el concepto de Maternidades Centradas en la Familia como una política de la Institución.

Existen consenso institucional para desarrollar acciones de MCF, presupuesto destinando para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario liderando las acciones necesarias.

- Paso 2: Ofrecer apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal.

Se proporciona la asistencia al Control Prenatal con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se comunica sobre derechos de las mujeres en el parto, sobre Lactancia Materna, Procreación Responsable y Curso de Preparación para la Maternidad.

- Paso 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y parto.

Se consiente la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y parto, tanto normal como patológico. Se exhorta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos, posiciones en el parto, entre otros. Se estimula la Lactancia Materna precoz y el vínculo temprano madre-hijo.

- Paso 4: Prevaler la Internación conjunta madre- hijo/a sano con la participación de la familia.

Se impide la separación del binomio madre-hijo sanos o con patologías leves. Se proporciona el acompañamiento durante la internación y la visita de padres y demás familiares.

- Paso 5: Proporcionar la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la Internación Neonatal.

Padre y madres tienen ingreso irrestricto en la Internación Neonatal y se suministra la visita de hermanos y abuelos del recién nacido internado. Se estimula el Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna.

- Paso 6: Disponer de Residencia de Madres que admita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados.

La Residencia de Madres admite la permanencia de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

- Paso 7: Establecer el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el de riesgo posterior del alta en Consultorios Externos especializados que prevelezcan la inclusión familiar.

Se sistematiza el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos y especialmente de aquellos de riesgo, proporcionando la participación de la familia.

- Paso 8: Fomentar activamente la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”

La Maternidad vela activamente en la promoción de la Lactancia Materna para lograr la acreditación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMSUNI-CEF-Ministerio de Salud) o para conservar si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa Iniciativa.

- Paso 9: Debe existir un Servicio de Voluntariado Hospitalario.

El Voluntariado Hospitalario debe cumplir acciones de apoyo a las embarazadas/madres y sus familias en todas las áreas de la Maternidad y en la Residencia de Madres.

- Paso 10: Recibir y ofrecer cooperación de y para otras Instituciones para la transformación en MCF.

Tabla 1.

Ejes y pasos para la implementación.



Nota. Tomado de *Maternidad Segura y Centrada en la Familia* [MSCF] con enfoque intercultural *Conceptualización e Implementación del Modelo* – UNICEF de Largaía (2012), <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>

De acuerdo con Funlargaía (2008), el establecimiento y su equipo de salud reciben recomendación y sustento de otras instituciones como Organizaciones No Gubernamentales, maternidades, organismos del estado o gobiernos, entre otros.) y a su vez brindan el mismo apoyo a otros departamentos de obstetricia y ginecología para establecer la red MCF.

Por lo tanto, esta utilizará el sistema informático perinatal (SIP) del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) para los registros asistenciales, análisis de situación, entre otros para la elaboración de políticas y consensos.

Estimación del desempeño de la iniciativa MCF

Para verificar el nivel de cumplimiento de la Iniciativa MCF puede ser realizada, por evaluadores externos para certificar la objetividad, aunque también puede realizarse una autoevaluación por los propios Equipos de Salud de la institución.

Como señala Funlargaia (2008), donde se efectuarán entrevistas a:

- Autoridades de la Institución y la Maternidad (director, jefes de Servicios)
- Equipo de Salud de Obstetricia (Médicos, Obstétricas, Enfermeras, entre otros.)
- Equipo de Salud de Neonatología (Médicos, Enfermeras, Psicólogos, entre otros)
- Embarazadas en Control Prenatal
- Puérperas en Internación Conjunta
- Madres en Internación Neonatal
- Madres en Consultorio Externo de Pediatría

Donde se debe señalar que la estrategia para la ejecución del modelo MSCF tiene que cumplir y cubrir 10 pasos, donde se alcanzan las diferentes etapas y aspectos de la atención y vigilancia de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido.

Es importante señalar que Funlargaia (2008), expone que la Maternidad que logre alcanzar un desempeño de 80% o superior recibirá una acreditación como “Maternidad Centrada en la Familia” otorgada por organismos gubernamentales (Ministerio de Salud Nacional y/o Provincial, de cooperación internacional (UNICEF, OPS-OMS) y Sociedades Científicas afines (SAP, FASGO, ASAPER, ANM, entre otros.).

Esta acreditación se demostrará con la colocación de una placa en acto público.

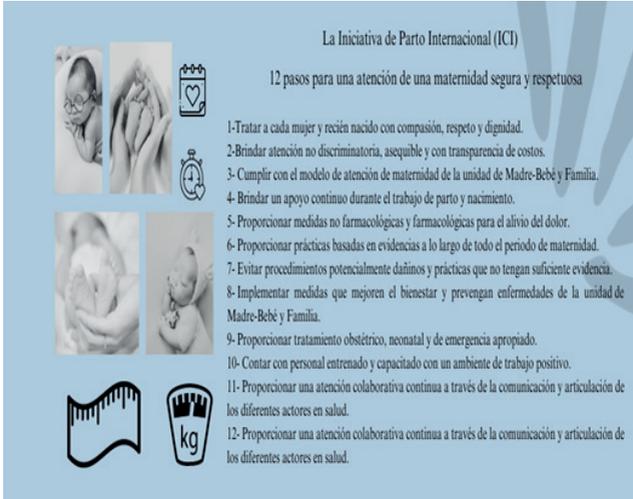
En el mismo orden de ideas es importante señalar que la Iniciativa Internacional del Parto (ICI) (2018), propone 12 pasos para una Atención de Maternidad para Madre Bebé-Familia Segura y Respetuosa Figura 6.

Donde los Principios Fundamentales de ICI y los 12 pasos son unidades primordiales para una atención equitativa, centrada en la Madre-Bebé, Fami-

lia, oportuna, efectiva y respetuosa que pueden implementar las instalaciones, centros, hospitales y unidades que brindan atención antes, durante y después del parto a las mujeres y sus bebés en todo el mundo.

Figura 6.

La Iniciativa de Parto Humanizado (ICI).



Nota. Adaptado de *Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad para Madre-Bebé-Familia Segura y Respetuosa* de Iniciativa Internacional del Parto (2018), https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2020/10/ICI_12steps_SPANISHfull.pdf

De igual manera este Modelo de Atención de Maternidad de Madre-Bebé-Familia se fundamenta en las siguientes particularidades:

- El primer período desde la concepción hasta la edad de 2 años es una abanico de oportunidades para que los padres y cuidadores coloquen los principios de la salud y el bienestar que durarán toda la vida para el beneficio de las generaciones futuras.
- En el cual el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento son procesos fisiológicos saludables que cambian las vidas de la mayoría de las mujeres y sus familias que se benefician de las prácticas y filosofías de la partería.
- El trabajo en equipo y la educación multidisciplinaria son esenciales para garantizar una atención de calidad para las mujeres y los be-

bés, fundamentalmente aquellos con riesgo obstétrico-neonatal o si se presentan complicaciones obstétricas-neonatales.

- La vigilancia y atención de maternidad debe ser de apoyo, individualizada y fundado en valores siendo un equipo de trabajo entre profesionales de la salud de la maternidad y la unidad Madre Bebé-Familia.
- El equipo de salud de atención que la mujer vea al momento del parto debe atender qué dicen la mujer y sus familias, y comunicar el conocimiento y la información de salud de un modo culturalmente positivo y sensible en un lenguaje que la mujer y su familia conciban.
- La toma de decisiones debe ser de manera conjunta entre la mujer embarazada, su familia y sus proveedores de servicios de salud; en la generalidad de las situaciones, quien toma la decisión definitiva o final debe ser la mujer.
- Donde la política, la educación y la práctica deben reflejar el conocimiento actual, basado en la evidencia.
- En tal sentido las madres y los bebés deben permanecer juntos después del parto siempre que sea posible

Ley 25929 parto humanizado

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2019), el cual menciona a la Ley sobre el parto respetado en la República Argentina (Ley 25.929):

Como lo señala la UNICEF (2019), la Ley sobre el parto respetado en la República Argentina (Ley 25.929), expone que, de acuerdo con cómo usarías del sistema de salud, las mujeres tienen el derecho básico a ser informadas (si existen posibles complicaciones, ventajas y desventajas del tratamiento), a decidir libremente sobre la forma y posición durante el parto, y a ser tratadas con respeto y atención según su modelo cultural.

Asimismo, se deben tener en cuenta los deseos y necesidades de cada mujer, como tener una persona de confianza con ella en todo momento y/o qué tipo de alimentos consume durante el parto. De igual manera la mujer debe estar informada de las diversas intervenciones médicas que pueden ocurrir durante y después del parto y participar activamente en las diversas decisiones y acciones de los profesionales.

Al mismo tiempo la mujer tiene derecho a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación sin su previo con-

sentimiento. Así como también a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el centro de salud, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. Debe ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo y asesoramiento para amamantar. Además, recibir recomendación e información sobre los cuidados de sí misma y del recién nacido, y sobre anticoncepción en el momento del puerperio.

De igual manera, los recién nacidos poseen derecho a estar en relación con su madre desde el primer momento y a recibir lactancia materna. Además, deben ser tratados de forma respetuosa y digna, contar con inequívoca identificación y a no ser sometido/as a ningún examen o intervención cuya intención sea de investigación o docencia.

De la misma forma tienen derecho a que sus padres reciban adecuado asesoramiento, orientación e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como sobre su esquema de vacunación.

Adhesión de la ley en Argentina

Es relevante señalar que la sanción o adhesión a la Ley de Parto Respetado por parte de los Estados nacional y provinciales constituye el primer indicador a considerar al momento de valorar la medida en la que estos estados han priorizado la protección de los derechos de la mujer y su hijo o hija en el momento de su nacimiento, en particular, en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social.

Es relevante señalar que la implementación de la ley y el acceso de la población, especialmente de los grupos vulnerables, a servicios que brindan una atención humanizada constituyen los indicadores que mejor reflejan la voluntad y decisión política de los gobiernos a velar por los derechos de la mujer y su hijo o hija en este momento tan especial de sus vidas.

La garantía del derecho en la atención perinatal

La mujer como usuaria del sistema sanitario tiene derecho, fundamentalmente, a recibir información (existencia de complicaciones, ventajas e inconvenientes de los posibles tratamientos), a decidir libremente la forma y posición en el momento del parto y a ser tratada con respeto y consideración de sus pautas culturales.

Además, se deben tener en cuenta los deseos y necesidades de cada mujer, como el estar o no acompañada por una persona de confianza en cada momento y/o el tipo ingesta alimentaria durante el proceso de parto. Se la

debe informar sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y debe participar activamente en las diferentes decisiones y actuaciones de los profesionales.

Tiene derecho a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación. Así como también a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. Debe ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. Además, recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña, y sobre anticoncepción en el momento del puerperio.

Por su parte, los recién nacido/as tienen derecho a estar en contacto con su madre desde el primer momento y a ser alimentados con leche materna sin interferencias. Asimismo, deben ser tratados de forma respetuosa y digna, contar con inequívoca identificación y a no ser sometido/as a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia.

Tienen derecho a que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como sobre su plan de vacunación.

Adhesión de la ley en Argentina

La sanción o adhesión a la Ley de Parto Respetado por parte de los Estados nacional y provinciales constituye el primer indicador a considerar al momento de valorar la medida en la que estos estados han priorizado la protección de los derechos de la mujer y su hijo o hija en el momento de su nacimiento, en particular, en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social.

En la actualidad se registra un progreso en el número de provincia que adhieren a la Ley o han sancionado una Ley con un contenido similar. Solo 3 provincias no cuentan de manera explícita un reconocimiento de la importancia de este marco legal (Buenos Aires, Catamarca y Formosa).

La implementación de la ley y el acceso de la población, especialmente de los grupos vulnerables, a servicios que brindan una atención humanizada constituyen los indicadores que mejor reflejan la voluntad y decisión política de los gobiernos a velar por los derechos de la mujer y su hijo o hija en este momento tan especial de sus vidas.

La garantía del derecho en la atención perinatal

En los últimos años se han logrado grandes avances en materia de garantía de derechos en los servicios de salud. Sin embargo, todavía es necesario reforzar y difundir los aspectos centrales de esta Ley para su cumplimiento efectivo. El camino es que todos los involucrados en el proceso de atención de la madre y el recién nacido conozcan sus derechos, los garanticen y/o los defiendan.

Es un cambio de paradigma el que tiene que darse. Creemos que el único camino es que todos los profesionales de salud de los servicios perinatológicos conozcan y defiendan los derechos promulgados por esta ley y sean vehículos de garantía. Por otro lado, es fundamental empoderar a las mujeres para que exijan el cumplimiento de sus derechos.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo II

Perspectivas Interculturales
en la Atención Materno -
Neonatal

Lic. Katherine Monserrate Villacreses Merino. Mg.

 <https://orcid.org/0009-0004-6023-2716>



Introducción

La perspectiva intercultural procura la convivencia armónica a partir de la diferencia; surge como una propuesta para la atención a la diversidad cultural, basada en principios de inclusión, respeto, tolerancia, equidad y valoración positiva de la diferencia.

Perspectivas interculturales en la atención materno – neonatal

En primer lugar, es importante señalar a Dietz (2017), el cual afirma que el término intercultural se utiliza actualmente para referirse a las relaciones que existen entre diferentes grupos de personas que conforman una determinada sociedad. Actualmente, se utiliza como un término más complejo y diverso para denotar las diversas relaciones entre mayoría y minoría que existen en la sociedad y que se definen no sólo en términos de cultura, sino también en términos de raza, idioma y religión. Definido por religión y/o nacionalidad.

En la interculturalidad se refiere a la variedad inducida por la migración, mientras que en otras la igual definición se emplea para las interacciones entre pueblos indígenas y descendientes de colonizadores.

El segundo lugar es relevante mencionar a Henckell (2022), explica que las relaciones interculturales representan las relaciones entre varias culturas diferentes que comparten el mismo entorno. Es decir, son iguales, y en esta relación intercultural, personas de diferentes orígenes culturales pueden entenderse y comprender cómo los demás perciben la realidad y el mundo. De esta forma se fomenta escuchar y enriquecer las ideas de los demás.

De este modo Mayedo citado por Torres (2021), demostró que la necesidad de atención de salud transcultural es cada vez más importante debido a los procesos migratorios en curso que se están dando en todo el mundo, y por lo tanto obliga a considerar la presencia de la globalización, que afecta directamente la cultura del cuidado de la salud.

La atención de la salud transcultural cobra cada vez más importancia debido a los constantes procesos migratorios que se dan en todo el mundo, lo que sugiere la presencia de la globalización, que incide directamente en la cultura de la salud. De esta manera, los profesionales de la salud se ven obligados a reflexionar la interacción enfermera/paciente y reconocer la gran diversidad del campo de la salud y sus diferencias culturales para brindar una atención que satisfaga las necesidades reales de los usuarios.

De igual manera para Henckell (2022), es necesaria la adecuación de los servicios de salud a la atención intercultural, es decir, establecimientos de sa-

lud en zonas estratégicas que tengan apertura y condiciones de infraestructura capaces de combinar la medicina ancestral con la medicina moderna para dar cobertura a las necesidades de salud según el que la necesita, teniendo en cuenta lo que la comunidad conoce y entiende de salud

De allí, que para Rojas (2019):

Para cualquier mujer, la etapa de la maternidad (incluso deseada) suele ser la más dura. Esto se traduce no sólo en los síntomas, y en la enorme responsabilidad que asume (muchas veces sola) durante y luego del embarazo; sino, además, en los múltiples imprevistos que puedan presentarse. La situación es más compleja si se tiene una respuesta estatal inadecuada, por un sistema de salud pública ineficiente. Pero es más difícil aún para una mujer que no sólo es objeto de discriminación por ser mujer, sino además por ser indígena, afrodescendiente, inmigrante, pobre, analfabeta, discapacitada y/o de género no binario. (p. 3)

Tal como planea Solórzano (2020):

El enfoque de salud intercultural se pone de manifiesto en dos vertientes: el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre la medicina, y el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción, su convergencia constituye un recurso de importancia, para ejercer una prestación de salud con pertinencia cultural. En este escenario, las estrategias de comunicación intercultural constituyen condicionantes que disminuyen las barreras entre equipos de salud y usuarios, es por lo tanto necesario potenciar los procesos de comunicación y diálogo y para ello se debe tener una mirada que abarque, desde la formación de los recursos humanos, así como el acompañamiento y capacitación en salud intercultural. (p. 60)

Para Torres (2021), los elementos culturales como el idioma, la comunicación de los pacientes influyen en la atención del personal de salud y de igual manera en el acceso a estos servicios, en ciertos casos las indicaciones que ofrece la enfermera y el personal médico sobre la salud no son vislumbradas, por las terminologías, existiendo así una barrera.

De esta manera para Melendres (2019):

Las mujeres al ser parte de la sociedad y protagonistas de sus partos están en todo el derecho de decidir cómo y dónde pueden acceder para la realización de su parto por ello es importante brindar una atención integral, respetuosa y amable independientemente de su etnia, para ello es primordial que los servicios de salud garanticen este derecho a todas las mujeres. (p. 1)

Por consiguiente, para González (2020), durante el puerperio los cambios biopsicosociales pueden afectar al binomio madre-hijo, etapa influenciada por prácticas y creencias culturales. Así; en el cuidado del puerperio se toma en cuenta: el poder de las plantas, recaída, alimentos, y cuidado de sí misma; siendo este el más significativo y contiene cuatro patrones: protección del frío y calor, lactancia materna, ajuste del cuerpo y cuidados de cuarentena. Por ello en enfermería y el resto del personal de salud es relevante conocer los mitos, creencias, valores y significados practicados durante el puerperio, permite fomentar efectivamente las intervenciones de cuidado.

De esta manera en trabajo de investigación de Andina (2021), llegaron a la conclusión de que la aplicación de modelos culturales como el Modelo de Tradiciones de Salud, puede ser un instrumento importante para que los profesionales de la salud constaten el papel que tiene la cultura a la hora de disponer cuidados concernientes con la salud; descubran prácticas y creencias populares afines con la prevención, mantenimiento y recuperación de salud; y su interrelación con las dimensiones física, mental y espiritual de las personas.

En el cual conocer creencias y prácticas de nuestros antecesores nos puede ayudar a comprender ciertas cifras para proyectar en la actualidad labores de salud participativas, en las que involucrar a familia y comunidad, corregir ciertas prácticas perjudiciales, y suministrar cuidados adecuados con la cultura de las mujeres. Ello consigue ayudar a convertir las creencias, valores y actitudes que incorporan una determinada forma cultural en la enfermería y en el resto del equipo de salud.

De igual manera debe señalarse en trabajo de investigación de Maquera (2022), donde se expone que, a lo largo de los años, diversos países han expresado la necesidad de restablecer el embarazo, el parto y el período natal como procesos “humanitarios”, y para ello se ha hablado de un retorno a la desmedicalización bajo el enfoque de volver a lo natural. La población lo hace, pero debido a la globalización, este conocimiento está siendo reemplazado.

Por dicho motivo se determinó que la revaloración está relacionada con las costumbres y creencias de la alimentación del proceso del embarazo, parto y puerperio vinculados con deidades en la tradición cultural.

Donde el desempeño de las parteras, es importante para el tratamiento terapéutico con el uso de plantas, minerales y animales. En este desarrollo es muy significativo las practicas rituales en el proceso del embarazo, parto y puerperio que se realiza en base a la tradición cultural ancestral en las comunidades de los países andinos. De igual manera los recursos de la terapia tradicional y de la atención primaria de la salud de las parteras son útiles y favorecedoras para los cuidados perinatales.

De acuerdo con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural citada por Vaca (2021), la cual presenta que:

Es así como se identifican características culturales durante el parto debido a que en muchas regiones como América, Asia y África coinciden en que la mayoría de las mujeres optan por la posición en cuclillas ya que en dichas zonas las mujeres trabajan y descansan en esta posición por ende el trabajo de parto lo realizan con mayor facilidad. Sin embargo, la población indígena sigue optando por una posición vertical ya que ofrece varios beneficios fisiológicos y también un elemento de identificación étnica debido a que disminuye barreras culturales ayudando a que la población indígena tenga un acercamiento más confiable hacia las unidades de salud. (p.113)

En el mismo orden de ideas es relevante señalar que el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS), realizaron un Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural 2017 -2021 (2019):

Donde la intención de este plan es ofrecer lineamientos transcendentales que favorezcan al desarrollo e implementación de políticas, planes y programas nacionales para responder con enfoque diferencial, de derechos e interculturalidad a las necesidades de salud materna de poblaciones indígenas de la subregión andina.

Trazándose como objetivos:

Optimizar la salud materna y perinatal, principalmente de mujeres indígenas de la subregión andina, en el marco de los derechos humanos e interculturalidad.

- Aumentar el acceso oportuno y de calidad a servicios integrales de salud materna con enfoque intercultural, mediante cuidados obstétricos y neonatales esenciales, planificación familiar y atención obstétrica de emergencia.
- Optimizar la articulación de la medicina ancestral-tradicional con la medicina convencional en la prestación de atención materna y perinatal, mediante estrategias de diálogo intercultural, intercambio y complementariedad de saberes y prácticas.
- Aumentar la participación individual, familiar y comunitaria en promoción de la salud materna en prevención de enfermedades maternas, mediante acciones de educomunicación y de empoderamiento individual y grupal.
- Fortificar la coordinación inter institucional e intersectorial en salud materna y perinatal, mediante acciones de abogacía y desarrollo de alianzas estratégicas.
- Vigorizar los sistemas de información de salud mediante la definición y monitoreo de indicadores que permitan focalizar acciones en problemas o necesidades prioritarias de salud materna de los pueblos indígenas.

De igual manera la ORAS-CONHU y la OPS/OMS (2019), tiene como enfoques:

Los Derechos Humanos respectivamente los relacionados con la salud

Donde se involucra tanto el bienestar de las personas, sino igualmente su calidad de vida; transformándolos de receptores de acciones o recursos, a titulares de derechos que deben ser garantizados por los Estados.

Determinantes sociales de la salud

Las naciones de la subregión reconocen que la salud de la población está determinada por factores sociales, culturales, políticos, ambientales, económicos, biológicos y relacionados con los sistemas de salud, conocidos como determinantes sociales de la salud. Este enfoque de los determinantes sociales es esencial para la implementación de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que permite abordar los procesos de atención de salud y enfermedades de los aborígenes desde una visión del mundo diversa.

Interculturalidad en salud

Los Estados reconocen que el enfoque intercultural es una característica de la política nacional, entendida como un proceso dinámico y continuo de relaciones mutuas entre personas y grupos sociales, intercambio de conocimientos y prácticas diferentes e interacción social y justa entre culturas en un contexto común.

La interculturalidad reconoce la diversidad, respeta y valora las diferencias culturales, y promueve: a) el fortalecimiento de la identidad cultural; b) el establecimiento de espacios de encuentro, diálogo y participación equitativa; y c) el enriquecimiento mutuo de saberes.

La comunicación intercultural en el campo de la salud involucra diferentes conceptos, conocimientos, experiencias y prácticas en el proceso de atención de la salud y la enfermedad. Estos procesos funcionan, promueven, profundizan y se complementan entre sí y crean una plataforma para construir relaciones respetuosas y cooperativas entre los participantes de diversos eventos. Sistema de Relaciones Médicos que conviven en un determinado espacio geográfico.

- La oportunidad cultural de los servicios de salud se define como la adecuación de la gestión y atención de los servicios de salud a las tipologías demográficas, cosmovisiones y entornos existentes (culturales, epidemiológicos, geográficos y sociales) que fundada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias contribuye a incrementar el acceso, disponibilidad, aceptabilidad, utilización y calidad de atención.
- Las competencias interculturales son los conocimientos, habilidades y destrezas que permiten al personal de salud:
 - a. Comprender los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención de las diversas culturas.
 - b. Ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción y diálogo intercultural con las poblaciones en función de las diferencias culturales.
 - c. Procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas.
 - d. Aplicar estrategias y acciones interculturales en la gestión y atención de los servicios de salud.

- e. Incorporar gradualmente nociones, saberes y prácticas locales en salud y en los servicios de salud. Pero, sobre todo, la capacidad intercultural alude a la sensibilidad y cambio de actitud del personal de salud para instituir un diálogo intercultural que admita la sinergia entre las medicinas convencional y tradicional en el proceso salud-enfermedad-atención cuando se factible, avalando la efectividad y proporción de las intervenciones.

Los Principios como la equidad en la salud la Integralidad, la participación, la complementariedad y la inclusión social para la ORAS-CONHU y la OPS/OMS (2019):

Equidad en salud

La equidad es asimismo un principio de justicia seguido por los servicios de atención de salud que garantizan el acceso, las oportunidades, la asequibilidad y la aceptación de las actividades de manera que corresponda al perfil epidemiológico, las necesidades socioculturales y los derechos de la población.

Integralidad

- La integralidad se refiere a una orientación global (holística) de diversos aspectos consonantes con la salud: lo espiritual, lo orgánico y el medio ambiente; el individuo, la familia y la comunidad; la protección, prevención, educación, atención y rehabilitación,
- Se demanda la necesidad de una intervención intersectorial en diferentes aspectos, tales como la nutrición, vivienda, saneamiento, educación, empleo, seguridad, protección territorial y acceso a servicios básicos: agua potable, energía, trabajo, transporte, vías, comunicaciones entre otras.

Participación

- La participación se entiende como el derecho que tiene las personas, comunidades y pueblos de intervenir y participar en las tomas de decisiones del Estado en elementos que incidan en el ejercicio de sus derechos y en su calidad de vida, como la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas, planes y proyectos, situando a su disposición los instrumentos necesarios para su ejercicio: información, recursos procedimientos, en una correspondencia horizontal de compromiso conjunto con los servicios de salud.

Complementariedad

Este principio aplicado en salud, permitiría:

a) La articulación de las medicinas ancestral y convencional biomédica, que mediante el desarrollo de un proceso de conocimiento, reconocimiento y comprensión de los diferentes saberes (dualismo asimétrico) respecto al proceso salud-enfermedad-atención, permita su integración y aplicación en igualdad de condiciones en los Sistemas de Salud.

b) La construcción y/o de adecuación de políticas públicas saludables que desde una visión holística y sistémica, tome en consideración las determinantes sociales de salud (factores socioculturales, económicos, ambientales, políticos, biológicos) de grupos poblacionales o étnicos, la diversidad de culturas médicas existentes y las perspectivas, y experiencias y aportes de diferentes actores.

c) La equidad de género para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, desde la mirada de los derechos humanos y de los derechos de los pueblos indígenas.

Inclusión social y salud

La inclusión es un proceso dinámico que posibilita principalmente a las personas de sectores marginados y vulnerables, ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio.

En el caso de salud, la inclusión en salud es la situación por medio de la cual un individuo o grupos de individuos acceden a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran/perseveran el estado de salud, o que satisfacen sus necesidades de salud.

De igual manera ORAS-CONHU y la OPS/OMS (2019), plantean unas líneas estratégicas y actividades:

- a. Servicios de salud materna con pertinencia intercultural
 - Los países de la subregión andina deberán implementar en el marco de los derechos humanos e interculturalidad en salud, acciones de promoción de la salud sexual y salud reproductiva y de prevención de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, que aseguren:
 - Acciones de promoción de la salud (estilos de vida saludable, participación activa de la comunidad, reorientación de los servicios de

salud) que actúen sobre las determinantes de la salud materna y neonatal.

- Servicios de salud materna y perinatal donde la gestión y atención sean conceptualizadas, organizadas e implementadas en consenso con los pueblos indígenas tomando en consideración el reconocimiento, respeto y comprensión de las diferencias socioculturales, la cosmovisión y el derecho al ejercicio de las buenas prácticas ancestrales tradicionales.

b. Fortalecimiento de competencias del talento humano

Tomando en consideración que uno de los factores claves para la salud materna y perinatal, es la atención por personal calificado, los países de la subregión andina deberán asegurar la disponibilidad permanente de talento humano acorde a las necesidades de la población e implementar procesos de formación y evaluación continua de competencias (gerenciales, técnicas y socio culturales) que permitan desarrollar, mejorar, actualizar y fortalecer los conocimientos y habilidades del personal gerencial y técnico.

c. Participación comunitaria y social

La participación comunitaria es una de las funciones de la Promoción de la Salud, mediante la cual, las comunidades participan activamente en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, y elaboración y ejecución de acciones con el fin de ejercer el control de las determinantes de la salud para alcanzar un mejor nivel de salud.

d. Articulación y complementariedad de sistemas médicos

El conocimiento, respeto, comprensión y valoración de los saberes y conocimientos de los pueblos indígenas es de vital importancia para la articulación y complementariedad de la medicina ancestral tradicional con la medicina convencional académica, durante todas las fases de implementación del Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural.

e. Abogacía en salud materna y perinatal

Es una estrategia que permitirá principalmente:

- a. Influir y posicionar en quienes toman decisiones y formulan políticas sobre la importancia y relevancia de la salud materna y perinatal con enfoque de derechos humanos e interculturalidad en las políticas, planes, programas y proyectos de salud de los países de la subregión andina.

- b. Generar asociaciones o alianzas estrategias comunitarias, interinstitucionales y multisectoriales para uso eficiente de recursos en la planificación e implementación de intervenciones nacionales enfocadas en la Promoción de la Salud Materna y Perinatal y prevención de enfermedades maternas y neonatales.
- c. Fomentar la articulación y complementariedad de los saberes de los sistemas médicos ancestral-tradicional y convencional para mejorar y fortalecer la calidad, acceso y cobertura de la atención materna y perinatal con enfoque intercultural; y
- d. El ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas.
- e. Comunicación en salud

Atendiendo las características lingüísticas, gráficas, simbólicas, espirituales y subjetivas de los pueblos indígenas es posible ocupar medios de comunicación, escenarios culturales, instancias educativas para la difusión y comunicación de prácticas clave para la Promoción de la Salud Materna y Perinatal de poblaciones indígenas.

- g. Gestión de la información y conocimiento

Los países de la subregión andina deberán realizar las gestiones necesarias para incluir en los sistemas de información:

Autoreconocimiento

Medir:

- a. Los determinantes sociales de salud y desigualdades en salud de los pueblos indígenas.
- b. La gestión y atención de los servicios de salud con pertinencia cultural y competencias interculturales, incluyendo la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención.
- c. El perfil epidemiológico y caracterización socio demográfica de la salud materna y perinatal de los pueblos indígenas.
- d. El ejercicio y cumplimiento de los enfoques de derechos humanos e interculturalidad en salud sexual y salud reproductiva de los pueblos indígenas con énfasis en salud materna y neonatal.
- e. Valoración y recuperación de los saberes ancestrales en salud.
- f. Las acciones de articulación de las medicinas convencional y ances-

tral-tradicional, entre otras variables.

Entre otras cosas, los países de la subregión andina se comprometen a desarrollar, implementar, monitorear y evaluar un plan de acción regional basado en el Plan Andino de Salud Materna, que utiliza un enfoque transcultural para definir los cronogramas, prioridades y direcciones de acción.

Asimismo, los países de la subregión andina deberán implementar acciones técnicas, financieras y de sostenibilidad social para asegurar el cumplimiento y mantenimiento de las acciones previstas en el plan.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo III

Cuidados de Enfermería en el Embarazo. Cuidados de Enfermería en el Parto. Cuidados de Enfermería en el Puerperio Inmediato- Mediato.

Lic. Maria Monserrate Cantos Sánchez. Mg.

 <https://orcid.org/0009-0002-7935-4110>



Introducción

Cuidados de enfermería se comprende como toda la atención especializada siendo esta un conjunto de medios humanos y materiales del sistema de salud, las cuales pueda recibir una persona, bien sea de manera preventiva o cuando se encuentre enferma, bien sea que esté recluida en una institución de salud o en su casa.

Cuidados de enfermería en el embarazo

A continuación, Rivera (2023), en trabajo de investigación relacionado con los roles de las enfermeras llega a la conclusión de que:

El rol de enfermería en la atención primaria de salud en el manejo del embarazo es de suma importancia para garantizar un embarazo saludable y el bienestar tanto de la madre como del feto. Las enfermeras desempeñan una función fundamental en la promoción de una alimentación adecuada, la administración de suplementos, la promoción de la actividad física, la realización de controles prenatales y la coordinación de la atención a través de la hoja de referencia y contrarreferencia. El enfoque en el manejo integral y personalizado del embarazo en la atención primaria de salud, guiado por la guía del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, contribuye significativamente a mejorar los resultados de salud materno-infantil y asegurar un inicio saludable para la nueva vida que está por venir. (p. 68)

En el mismo orden de ideas en estudio realizado por Cardoso (2022), se expone que en relación con la consulta de enfermería prenatal, se destacó la importancia fundamental de las enfermeras en el cuidado prenatal como una relación valiosa que fortalece la conexión y la calidad del cuidado activo que permite la tranquilidad y atención a través de las figuras de la enfermera/embarazada basadas en el entendimiento proporcionado por las embarazadas amazónicas.

Donde la ejecución del cuidado a la luz de la teoría de enfermería de Kristen Swanson brinda subsidios para el cuidado en el prenatal y favorece el conocimiento y el estar con la mujer amazónica, centrándose en su culturalidad con significados atribuidos por las creencias. Valores que posibilitan la creación del vínculo con el cuidado y su singularidad prenatal. Por lo tanto, cuando la enfermera participa, surgen intercambios, afectos y relaciones en una correspondencia recíproca única para crear la calidad perinatal.

Porque la figura de la enfermera en términos de escucha y orientación se convierte en un componente específico de la consulta con una buena y acogedora práctica. Las mujeres embarazadas destacan una de las idoneidades del enfermero en la atención prenatal en términos de prestar atención a una perspectiva holística y escuchar atentamente sus dudas y preguntas. La información es el nexo para una atención transformadora y orientada a la información. Donde el autoconocimiento se convierte en una atención de calidad al satisfacer las necesidades de la mujer y su familia.

Asimismo, la atención única se construye a través de la caracterización de las necesidades de las mujeres embarazadas, la integridad de lo que viven en el contexto de sus vidas, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, sociales, económicos, familiares y culturales. Donde cada consulta prenatal es única, los intercambios, relaciones y conexiones con otras personas y el mundo se establecen sólo en el momento de la atención. El enfermero debe promover esta relación con el significado de la mujer amazónica en la vivencia plena de la relación en el cuidado prenatal, estando presente y convirtiéndose en elemento integral de ese cuidado.

En este sentido, la atención prenatal incluye determinaciones protocolarias que se deben realizar para reevaluar el riesgo gestacional y trabajar en función de las necesidades de la gestante. Las consultas de seguimiento identifican molestias subyacentes, realizan examen físico y control de peso, revisan calendarios de vacunación, resultados de pruebas y comportamientos como cálculo de edad gestacional y control de presión arterial, auscultación fetal y palpación obstétrica, estableciendo medidas enfocadas a la salud perinatal, evaluando el bienestar y la calidad del embarazo.

Por lo tanto, las mujeres embarazadas muestran su importancia tanto en el vínculo con la enfermera durante el control prenatal como en su singularidad, y las consultas conductuales son estimadas significativas por las mujeres, ya que son vistas como un momento en el que están más serenas para conocer su estado de salud. Y si la enfermera actúa de forma eficaz, acogedora, integral y única a través de sus consejos y su práctica se guía por recomendaciones científicas para promover una atención más eficiente durante el cuidado prenatal. Incluso con medidas más protocolarias, la enfermera debe involucrarse en el cuidado, porque sin conocer a la gestante y estar con ella no se pueden establecer cuidados.

Por lo tanto, el cuidado prenatal es un momento fundamental para la salud perinatal, y las mujeres amazónicas requieren todo el apoyo de las enfermeras

en las consultas y actividades guiadas. Donde para garantizar el cuidado de enfermería, los conceptos de la Teoría de Enfermería de Christian Swanson apoyan el cuidado de enfermería en la búsqueda de conocer y estar con la mujer embarazada en una relación de intercambio, participación, empatía, integralidad y singularidad. Esta extensión de valor consiente que la consulta no sea solo una reunión de rutina, sino una oportunidad en la que se puede establecer una relación afectuosa con ambas partes, como lo respalda la Teoría del Servicio.

También Gigliotti citado por Molano (2021), indica que el uso de las teorías y modeladoras de la enfermería en la experiencia libra de ser una profesión centrada en el trabajo y se fundamenta en el cuidado humanizado, holístico e integral con cada persona.

Desarrollar teorías de enfermería específicas como base para ampliar el conocimiento profesional es una habilidad significativa y ayuda a alcanzar por qué ciertas intervenciones son efectivas o ineficaces en enfermería. Es relevante la atención brindada a la gestante durante el proceso mediante teorías, brindando beneficios y optimando las experiencias de la mujer con su bebé.

Teoría del cuidado humano

Tal como lo expresa Molano (2021), según Jean Watson, el proceso de enfermería en la gestación se puede presentar como un instrumento para la prestación de los cuidados persona a persona y se ajusta en ayudar al paciente a lograr un mayor grado de armonía en la mente, el cuerpo y el alma durante el proceso, con esto la propia capacidad del individuo para la autocuración puede crecer y desplegar la conciencia a un alto nivel. Esta teoría contiene el proceso caritas, la relación de cuidado transpersonal, los instantes de cuidado, las ocasiones de cuidado y las particularidades de cuidado-curación.

Asimismo, la teoría de Watson se utiliza para crear una correspondencia con la mujer embarazada, creando un ambiente de cuidado para ella y moldeando el enfoque de enfermería, teniendo en cuenta las emociones de la mujer embarazada y fortaleciéndolos, acrecentando sus expectativas y logrando un apego saludable con el recién nacido.

Teoría del déficit de autocuidado

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem es encaminada en el adiestramiento para el autocuidado. Existen tres tipos de requerimientos de autocuidado: requisitos de autocuidado universal, los requisitos de autocuidado para el desarrollo y los requisitos de autocuidado para las desviaciones de la

salud. Los requerimientos de autocuidado universales se localizan en todos los seres humanos y están asociados con los procesos de la vida de las personas y bienestar general.

Los déficits habituales de autocuidado durante el embarazo comprenden la desnutrición, ingesta de alcohol, consumo de drogas, ingesta inadecuada de aire saludable en circunstancias de tabaquismo, contaminación ambiental, inestabilidad entre actividad y descanso, como estar de pie y caminar, actividad física intensa prolongada y trabajo nocturno, riesgo de fatiga laboral de las mujeres embarazadas, como accidentes cerebrovasculares, ansiedad, depresión, estrés y falta de apoyo social y de relaciones.

Cuidados de enfermería en el parto

En primer lugar, es relevante referirse a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), emitió recomendaciones para el parto, orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las mujeres; a darles un mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y durante el parto y a humanizarlo.

- Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención constituida y armoniosa a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y acceda a tomar una decisión informada y recibir apoyo contante en lapso del trabajo de parto y el parto.
- Se debe mantener una comunicación efectiva entre el personal de salud encargado de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de técnicas simples y culturalmente admisibles.
- Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

En segundo lugar, es importante mencionar a Ortega (2018), el cual expone:

El proceso de parto es un fenómeno complejo debido a diferentes factores que interactúan entre sí, que pueden incrementar el riesgo de complicaciones y muerte, y que además afecta el bienestar de la materna. Asimismo, las mujeres en proceso de parto refieren que sienten principalmente temor, lo que altera su desempeño y comodidad, especialmente en primigestante. Estas emociones negativas, el constante dolor, la afeción

en la capacidad de toma de decisiones, las dificultades de comunicación con los profesionales y los cuidados dirigidos con enfoque biológico se traducen en percepción negativa hacia los cuidadores y el parto. (p. 2)

Donde la atención durante el parto tiene como objetivo prevenir y/o detectar complicaciones en cada etapa, incluso mediante la evaluación del estado general, las funciones vitales, la evaluación del dolor, la pérdida de líquidos y hemorragias entre otros.

Asimismo, el cuidado individualizado será de acuerdo al tipo de paciente y su contexto particular.

Donde la parturienta tiene que lidiar con una serie de factores, pudiendo vivir una experiencia positiva, o negativas que pudieran alcanzarse a manifestarse en diferentes áreas de la vida.

De este modo la experiencia de esta historia emocional, cultural y social de la mujer hace que su práctica sea individual y única en cada parto. De igual manera, esto no se limita sólo a cómo la mujer atribuye importancia, sino que igualmente a cómo la vivencia misma acontece.

Donde el estar hospitalizada se convierte en otro elemento de gran impacto emocional que influye en la dinámica mental, ya que la mujer debe enfrentar un lugar y con personas desconocidas, con culturas y normas distintas, donde ella deja de ser sujeta, pasa a estar sujeta al conocimiento y al poder médico, recibiendo cuidados que se ajustan a los cuidados que se brindan a los enfermos.

Evidentemente la atención y acompañamiento ayudan a la mujer a pasar por esta experiencia brindándole beneficios físicos y psicológicos.

Es importante señalar que en este período el respeto a los derechos de la embarazada es esencial procurando un trato respetuoso y humano. Donde la actividad uterina debe valorarse globalmente teniendo en cuenta todos los elementos como: tono de base, intensidad, duración y frecuencia.

Además, Contreras citado por Vaca (2021), donde se exhibe:

En su estudio “Cuidados de Enfermería para un trabajo de parto humanizado” mencionan que la atención y cuidado por parte del profesional de enfermería debe hacer énfasis en la humanización, señalando que debe ir más allá de un simple procedimiento, invitando al personal de enfermería a reflexionar sobre la necesidad que la madre tiene durante su labor

de parto. Además, todas las mujeres gestantes tienen el derecho de ser atendidas de manera especial teniendo en cuenta el estado vulnerable en el que se encuentran. (p. 114)

De igual manera es relevante señalar a Franco citado por Vaca (2021), donde se expone que:

Durante el parto, el cuidado por parte del profesional de enfermería es considerado muy importante para la mujer debido a que en esta etapa ella experimenta un conjunto de cambios biológicos, emocionales y sociales, es por ello que la parte humanista durante el trabajo de parto es de gran utilidad para la enfermera ya que es quien brindará un trato cortés para obtener la colaboración por parte de la madre y de igual manera la mujer se sentirá acompañada lo cual favorecerá a que el trabajo de parto se realice de una manera más rápida y sin complicaciones. (p.113)

Asimismo, Calvopiña (2022), en investigación ejecutada señala que el parto humano se determina por el respeto al proceso fisiológico habitual del mismo, con el propósito de reducir el uso de medicamentos y técnicas invasivos innecesarios en las mujeres, teniendo presente sus necesidades físicas y emociones para crear una experiencia positiva del parto.

Estableciendo condiciones del cuidado humanizado como: atención individualizada, facilitar el acompañamiento familiar y del personal, reducir el dolor mediante métodos no farmacológicas, recomendaciones sobre el parto a libre posición, manejo del parto con pertenencia intercultural y propiciarla lactancia materna.

Cuidados de enfermería en el puerperio inmediato-mediat

Para Rojas (2018), el período que va desde la expulsión de la placenta (también conocida como alumbramiento) hasta que el aparato genital vuelve a su estado normal previo al embarazo se conoce como puerperio. La etapa que se conoce como cuarentena dura alrededor de seis u ocho semanas, o cuarenta días.

Además, en el puerperio inmediato las primordiales dificultades son la hemorragia y el shock hipovolémico, por lo tanto, los cuidados del personal de enfermería marcharán enfocados a vigilar para prevenirlos:

- Toma de constantes.
- Vigilar la administración de fármacos oxitócicos.

- Palpar el fondo uterino para evidenciar la contracción de éste.
- Control urinario para inspeccionar si es espontáneo o si requiere un sondaje vesical.
- Estimar la episiotomía.
- Evaluar el descanso, orientar sobre la lactancia, y vigilar el estado de las mamas.
- Vigilar la aparición de los loquios, la cantidad, color y los coágulos si aparecen.

De igual manera en el puerperio intermedio o mediato, también se observará el estado general de la mujer para evitar hemorragias y detectar signos de infección. Se debe evaluar la involución uterina y los loquios para obtener la mayor involución uterina posible.

Consecutivamente en el puerperio tardío el trabajo de enfermería es indirecto, se orientará y asesorará en la previa al alta o post parto a la madre para reconocer signos en su hogar.

- La completa involución de los genitales.
- Autocuidado de las mamas, comunicar de la aparición de grietas, fisuras e infección para su manejo. Con una adecuada limpieza de manos, evitar cremas y lociones.
- Fomentar la lactancia materna y si no la hay, alertar el regreso de la menstruación.

Es notable señalar que en todo el proceso se estimará la reacción psicológica de la madre, su adaptación a él y sus capacidades.

- Reconocer el contacto visual y físico con el recién nacido.
- Ver la respuesta al llanto y resto de necesidades.
- Procurar que se genere un ambiente tranquilo, donde se pueda desarrollar bien la relación padre y niño.
- Asesorar y orientar a la madre que la tristeza, los cambios de humor y cierta depresión posparto es normal y es pasajera. Recomendar etapas de reposo y ejercicios acordes con sus necesidades.
- Asesorar y orientar sobre los métodos anticonceptivos, ya que durante esta etapa puede quedar embarazada.

Teorías del cuidado

Según Molano (2021), los nuevos paradigmas, modelos y enfoques teóricos han surgido en las últimas décadas para describir y explicar la naturaleza de los fenómenos y cuidados de enfermería:

Teoría de transiciones

Afaf Meleis, una enfermera, socióloga, investigadora y teórica, desarrolló la teoría de las transiciones en la década de 1960. Define la transición como un paso o movimiento de un estado, condición o lugar a otro. Las necesidades de todos los diferentes sistemas de una persona cambian cuando su estado de salud, las relaciones de roles, las expectativas o las habilidades cambian.

La transición se considera un conocimiento clave porque las gestantes suelen pasar por períodos de transición, que están relacionados con cambios en los procesos de salud o enfermedad e implican la adaptación e integración en la nueva etapa de la mujer. La transición es más efectiva si la persona sabe qué desencadena el cambio, anticipa el evento, se prepara para adaptarse a él y es consciente de la posibilidad de enfrentar varias transiciones al mismo tiempo.

De acuerdo con la teoría de las transiciones, el proceso de tener un hijo y los cambios en la vida de la mujer están explícitos por una sucesión de elementos internos y externos, donde la forma de asumirlos establece la gestación y posparto saludable. Donde el papel de la enfermera va enfocado a promover la salud al proporcionar la transición y apoyar la búsqueda de medios a las necesidades que se muestran durante el proceso de gestación.

Donde la transición del embarazo se considera un ajuste a roles nuevos y prácticos que crean profundos sentimientos de alegría, felicidad y esperanza; Durante el posparto se forma el proceso de alegría por un nuevo ser y una sensación de libertad.

Teoría del cuidado transcultural

Madeleine Leininger propuso la teoría disciplinaria de “diversidad y universalidad del cuidado cultural”. Esta propuesta se basa en el supuesto de que la cultura es un proceso de aprendizaje sistemático que se transmite a lo largo del tiempo a diferentes generaciones y deja huellas que perduran a lo largo del tiempo y la historia.

Propone explorar formas de atención médica dentro de la atención cultural identificando la diversidad y la universalidad en diferentes culturas.

En la relación mutua entre el enfermero y la persona de cuidado, es necesario coordinar actividades de preservación, mantenimiento o reestructuración. Conocer cómo las mujeres se cuidan a sí mismas y a sus bebés según su razón cultural, permite a las enfermeras integrar un acervo de conocimientos valiosos, así como brindar cuidados adecuados y beneficiosos a la población. Donde es de gran importancia en las diferentes sociedades, para poder comprender el patrón de adopción en relación al rol de la madre, al utilizar esta teoría, una de las hipótesis que se debe tener en cuenta son las creencias, valores culturales predominantes y normas del sistema en el que se encuentran la madre y el niño.

Teoría del rol materno

La adopción del rol materno, sostiene que la adopción de este rol es un proceso participativo y progresivo que tiene lugar a lo extenso de un cierto período y la madre instaura un vínculo con el niño, alcanza capacidad de los cuidados afines con su rol, expresa placer y gratificación en el desempeño de mismo. Donde esta teórica, también es significativo el componente cultural. Asimismo, Ramona Mercer traza que el “núcleo de sí mismo”, es decir la díada madre-hijo, se localiza en círculos centrados. Estos, a la luz de la Teoría General de Sistemas, son subsistemas que fundan una correspondencia e intercambio permanente para la ordenación del sistema en su conjunto. Así, el macrosistema, según Mercer, se refiere a “los prototipos generales que viven en una cultura en concreto o los implícitos culturales que se comunican”. Donde el subsistema del entorno inmediato igual que otros, está comprendida la díada madre-hijo y la familia.

Al mismo tiempo es relevante menciona a Velásquez (2020), donde expone que:

El cuidado enfermero se sustenta en la teoría de Kristen Swanson, se define como una forma educativa con un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de las enfermeras, establece cinco procesos que se presentan de manera separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y que es aplicable a todas las relaciones de cuidado; donde las enfermeras diagnostican y tratan las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales. Los cinco procesos secuenciales del cuidado descritos por Kristen Swanson son: conocer, mantener las creencias, estar con, hacer por y posibilitar. (p. 2)

De igual manera para Molano (2021), la Teoría de los cuidados donde Kristen Swanson define el cuidado como “una forma enriquecedora de instituir una relación con una persona valiosa en la que uno siente un sentido de compromiso y responsabilidad personal”. Swanson propone que el cuidado es un elemento esencial en la contribución del cuidador a la salud tanto física como mental de las mujeres embarazadas. La teoría del cuidado de Swanson se basa en cinco procesos no lineales:

1. Mantener la creencia.
2. Conocer.
3. Estar con.
4. Hacer para.
5. Habilitar.

De igual manera para Swanson precisa mantener la fe como una condición filosófica hacia las personas y en general las habilidades para conseguir fines personales.

En que el proceso de saber fortalece al cuidador a evitar hacer supuestos o tomar decisiones basadas en creencias personales y centradas en las necesidades de la madre y el recién nacido. Y el estar con representa la presencia física y emocional del cuidador y la expresión de comprensión y respeto hacia el destinatario del cuidado. Donde el hacer por representa actos de cuidado fuera de las acciones terapéuticas específicas necesarias para optimizar los resultados de la atención.

Donde habilitar, se refiere a orientar y asesorar a la madre que amamanta y al bebé a través de las transiciones de alimentación infantil.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo IV

Estructura, Organización y Equipos de la Sala de Neonatología. Recepción y Valoración del Recién Nacido.

Lic. María José Alay García

 <https://orcid.org/0000-0002-3239-4863>



Introducción

La neonatología se suele desarrollar dentro de hospitales, ya que se lleva a cabo desde el mismo momento en que nace el bebé. Después, cuando el bebé es dado de alta, la revisión del recién nacido continúa desde la unidad de pediatría, en los mismos ambulatorios.

Estructura, organización y equipos de la sala de neonatología

La Unidad de neonatología es la sección del hospital que se encarga de la asistencia y cuidado del neonato o recién nacido. Incluye la asistencia en el momento del parto, la atención de los recién nacidos que están con sus madres en la maternidad y la de aquellos neonatos enfermos que necesitan cuidados médicos.

En primer lugar, es relevante mencionar a Bajaña (2021), donde se expone que la organización materno-neonatal en redes de atención con unidades de distinto nivel de complejidad atendiendo a la embarazada según el nivel de riesgo materno-fetal ha demostrado ser una de las medidas de mayor impacto en la morbilidad materno neonatal.

La planificación de una nueva Unidad de Neonatología debe basarse en necesidades derivadas de la natalidad en un ámbito territorial específico.

El proceso de diseño de una nueva Unidad de Neonatología o reforma de una existente, se inicia con la redacción del programa funcional, que debe tener las proyecciones demográficas, así como la organización de la red descrita en este documento técnico.

El programa funcional de cada unidad integra los siguientes contenidos:

- Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la unidad y las variaciones estacionales). Este apartado debe incluir las características socioeconómicas de la población que afectan a la natalidad y una proyección de la población (periodo máximo de 10 años).
- Análisis de los recursos asistenciales existentes en el área y de la red asistencial establecida, en su caso.
- Estudio de la demanda teórica de los servicios establecidos en la cartera de servicios de la Unidad en función de su nivel asistencial
- Descripción de los procesos asistenciales de la Unidad (formas de acceso de pacientes, alternativas de salida, procesos internos, entre

otros.) y relaciones funcionales con el resto de las unidades del hospital.

- Establecimiento de indicadores de gestión de la unidad: tasa de ocupación, estancia media del paciente en cada uno de los niveles asistenciales de la Unidad.
- Dimensionado (cunas, incubadoras) y características de la Unidad (zonas y locales). El dimensionado de la Unidad requiere establecer con claridad las condiciones exigidas para el ingreso de los pacientes y los criterios de derivación de pacientes desde otras unidades de la red de Neonatología.
- Programa de locales de cada una de las zonas que integran la Unidad, considerando a los diferentes usuarios (pacientes neonatológicos, profesionales, padres y personal de apoyo al funcionamiento de la Unidad).

Programa del equipamiento necesario

Estimación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento de la Unidad.

Análisis de la viabilidad asistencial, técnica y económica de la Unidad nueva o reformada.

La planificación de recursos debe realizarse basándose en un modelo de organización y distribución de pacientes entre Unidad de Neonatología de cuidados intermedios e intensivos vinculadas a la red asistencial, que tenga en cuenta los recursos disponibles y la actividad de la misma, y permita su adaptación a las situaciones de incremento de la demanda y a las necesidades de los pacientes (complejidad).

Las unidades de cuidados intermedios de nueva creación deben equiparse, programarse y diseñarse valorando su utilización en el marco del modelo de organización y distribución de pacientes. Disponer de recursos (espacio y equipamiento) para cuidados intensivos en la unidad de cuidados intermedios puede facilitar la disponibilidad de respuesta adaptada a situaciones de incremento de la demanda de cuidados intensivos en los límites de capacidad de recursos de la red asistencial (por ejemplo, un brote de infección en la unidad de cuidados intensivos).

Criterios de localización y relaciones funcionales de las Unidades de Neonatología con otras áreas y unidades del hospital.

La/s Unidad/es de Neonatología debe/n localizarse dentro del Área Materno Infantil del Hospital y en proximidad física con el Bloque Obstétrico y la Unidad de Maternidad Hospitalaria, con las que debe compartir el mismo nivel de planta de manera que el traslado urgente de pacientes, en caso necesario, se realice con rapidez e independiente de medios mecánicos

En el caso de que la localización de las unidades mencionadas se diera en plantas diferentes, debe existir un bloque de ascensores específicos (al menos 2), con capacidad adecuada a la demanda de traslados urgentes de pacientes.

La Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología y la Unidad de Cuidados Intermedios de Neonatología deben ubicarse, con carácter general, de manera contigua en el mismo nivel.

La unidad de cuidados básicos debe encontrarse al mismo nivel y próxima a la maternidad.

La/s Unidad/es de Neonatología debe/n tener una localización dentro del hospital que le permita disponer tanto de conexión con la circulación externa o pública, como con la circulación interna, destinada al personal, pacientes ingresados, suministros y servicios. Las Unidades de Neonatología de cuidados intensivos e intermedios deben constituir un espacio claramente delimitado dentro de la estructura del Hospital.

Deben disponer internamente de las siguientes zonas en las que localizan los diferentes locales:

1. Zona de acceso público.
2. Zona clínica de atención al neonato.
3. Zona de estar y descanso de los padres
4. Zona de apoyo a la actividad clínica
5. Zona de personal
6. Zona de servicios generales

Cada una de las zonas anteriores, debe asimismo constituir un espacio diferenciado o recinto claramente definido

La zona clínica de atención a los neonatos debe ser la zona central de la Unidad (en términos funcionales y físicos) y estar comunicada con el resto de las zonas de la misma.

Seguridad de acceso

La Unidad de Neonatología debe diseñarse como parte de un sistema de un programa de seguridad global, no solo para la seguridad física de los recién nacidos, familiares y personal, sino para minimizar el riesgo de secuestro, dado que la mayoría de las unidades permiten el acceso continuo de los familiares.

La Unidad debe disponer del menor número de accesos desde el exterior. Como mínimo y deseable deben existir dos accesos, que deben disponer de sistemas de control. Uno acceso desde la circulación externa del hospital y otro desde la circulación interna (personal, pacientes, servicios y suministros) por donde la Unidad de Neonatología se comunica con otras Unidades del Hospital (bloque obstétrico, maternidad hospitalaria, cirugía pediátrica, entre otros.).

En cada caso, se deberá establecer el nivel de los sistemas de vigilancia y seguridad debiéndose considerar cómo afecta al nivel de privacidad deseable en los diferentes puestos de neonatos. Se deben disponer de medios electrónicos de vigilancia y seguridad, que incluyan el control de accesos a la Unidad.

Equipamiento

En función de los niveles asistenciales

El hospital debe asegurar el adecuado control y mantenimiento de todo el equipamiento sanitario y de soporte a la Unidad de Neonatología.

Espacios para instalaciones y mantenimiento

Las diversas instalaciones técnicas (equipos de producción, distribución y elementos terminales) que requiere una Unidad de Neonatología deben disponer de un espacio propio y diferenciado, a ser posible, externos a las salas de tratamiento de los pacientes.

Los espacios destinados a instalaciones deben disponer de un acceso fácil, seguro y controlado por el personal de mantenimiento, de manera que permita una inspección frecuente en función del programa de mantenimiento definido, así como adecuado para la retirada e implantación de nuevos equipos e instalaciones.

Dentro de la Unidad, deben disponerse registros para intervenciones de mantenimiento preventivo y conductivo que se deben localizar a lo largo de los canales de distribución horizontales y verticales de las distintas instalaciones.

Resulta recomendable considerar un local para la instalación agrupada de los Sistemas de Alimentación Ininterrumpida, baterías y otras instalaciones eléctricas, de manera que no aparezcan como elementos añadidos abiertos al espacio central de la sala de puestos de neonatos, y pueda realizarse un control adecuado en relación con acústica, seguridad, etc.

Los espacios para equipos de climatización de la unidad deben localizarse en el exterior de su planta, de manera que la actividad asistencial no se vea afectada por los trabajos de mantenimiento periódico de los equipos y el funcionamiento de éstos no reduzca la calidad ambiental de la unidad.

La Unidad debe disponer de un servicio de mantenimiento durante las 24 horas con un sistema de gestión centralizada de las instalaciones.

Recursos materiales

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

Equipo de reanimación:

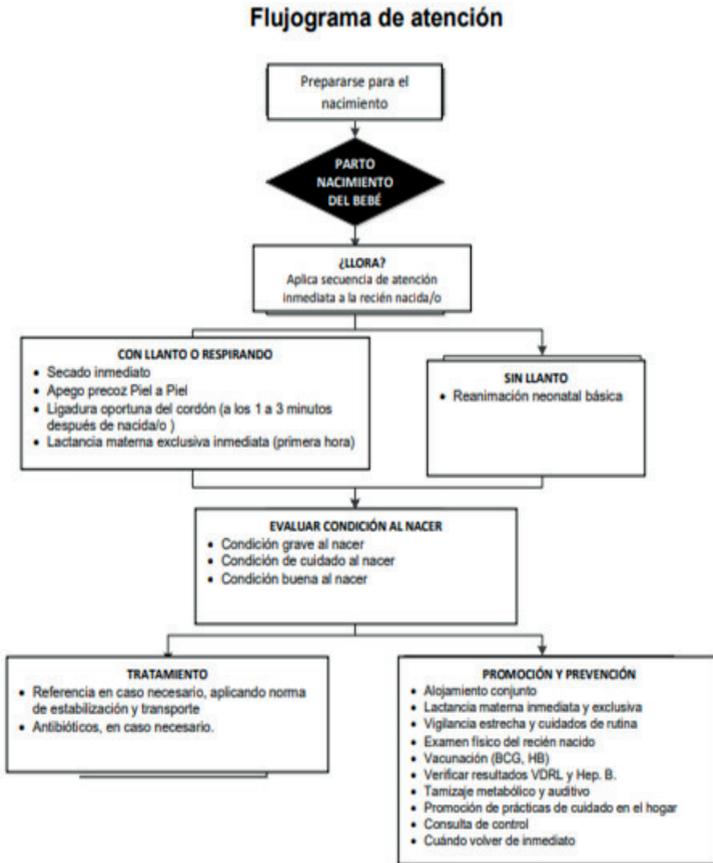
- Bolsa de reanimación o Neopuff
- Mascarillas para RNT y RNPT
- Sistema de aspiración de secreciones
- Laringoscopio neonatal con hoja recta N.º 00, 0 y 1
- Tubos endotraqueales sin caff N.º 2.5, 3.0, 3.5
- Sondas de aspiración N.º 6F, 8F, 10F, 12F, 14F
- Adrenalina ampolla
- Solución salina fisiológica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

Recepción y valoración del recién nacido

Los recién nacidos requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación Figura 7.

Figura 7.

Atención inmediata al recién nacido.



Nota. Tomado de *Atención integral a la niñez Manual, por* Ministerio de Salud Pública (2018), https://www.salud.gov.ec/wpcontent/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ninez.pdf

Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016), la atención inmediata al neonato:

- Mantener el ambiente con una temperatura entre 26 – 28° C
- Anticipar siempre la posibilidad de una reanimación, con la preparación adecuada tanto del personal de salud interviniente (equipo médico y enfermería) como de todos los insumos y equipos médicos

necesarios, listos y prestos para ser utilizados en la reanimación neonatal.

- La mayoría de los RN necesitan sólo cuidados básicos en el parto y después del mismo.
- Luego del nacimiento, colocar al RN sobre el vientre de su madre, secarlo con una toalla o compresa limpia, seca y previamente entibiada, luego remover la toalla mojada y cubrir nuevamente al RN con otra seca.
- NO retirar el unto sebáceo ni secar las manos del RN.
- Colocar al RN desnudo, siempre que esté completamente activo y reactivo en posición prona en contacto piel a piel cerca del pecho de la madre.
- Cubrir a ambos con una manta limpia y seca. Colocar al RN una gorra de algodón, para evitar la hipotermia.
- Para facilitar el apego precoz, el contacto piel a piel se debe iniciar al nacimiento y continuar al menos por una hora después del mismo. Evite las interrupciones. Descubra únicamente las partes del cuerpo del RN que deban recibir cuidados y controles.
- Si la madre precisa cuidados urgentes, el contacto piel a piel lo puede realizar el padre o la persona de confianza de la madre.
- Verificar y dejar registrado la hora del nacimiento.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical en forma oportuna una vez que deje de latir Figura 8.

Figura 8.

Pinzamiento del cordón umbilical.



Nota. Tomado de *Guía Cuidados del Recién Nacido en Interacción Conjunta*, por M. Carrasco (2019), https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquén_Neonatología-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf

De igual manera el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016), especifica que el momento oportuno para ligar el cordón de los RN, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanada y sin pulso (aproximadamente entre 1 a 3 minutos después del nacimiento). Después que las pulsaciones del cordón hayan cesado, proceder a pinzarlo (utilizar 2 pinzas) y cortarlo, bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza.

- El objetivo del clampeo oportuno del cordón, es aumentar las reservas de hierro en el RN, de manera que el niño pueda continuar con buenas reservas de este mineral en el segundo semestre de vida aun cuando no recibiera un buen aporte exógeno de hierro.
- La ligadura del cordón se realiza a 2 cm de la piel con un clamp umbilical idealmente. Si se utiliza hilo de algodón, realizar doble ligadura con 2 nudos y 2 vueltas, seccionando a 1 cm de la ligadura con tijera estéril o bisturí; luego realizar la desinfección del muñón umbilical con clorhidrato de clorhexidina al 0,5 - 1 % o alcohol rectificado al 70% en caso de no contar con la clorhexidina.
- Hay situaciones en donde la ligadura del cordón deberá realizarse inmediatamente, las mismas son expuestas más adelante en este capítulo.

- Verificar la presencia de 2 arterias y 1 vena umbilical, en caso de faltar algún vaso dejar constancia del hallazgo y solicitar ecografía abdominal con énfasis en vías urinarias.

Ventajas del contacto piel a piel

El contacto piel a piel implica que la piel del abdomen y tórax de la madre (lo más cerca posible de sus pechos) y del RN deben estar en contacto directo sin interposición de ropa o manta alguna Figura 9.

- Facilita el apego precoz
- Facilita la instauración temprana y el éxito de la lactancia materna.
- Tranquiliza a la madre y al RN.
- Ayuda a estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria del RN.
- Ayuda a mantener la temperatura del RN, por el contacto con la piel de su madre que le otorga calor.
- Ayuda con la adaptación metabólica y estabilización de la glicemia del RN
- Permite la colonización del intestino del RN con las bacterias normales que tiene la madre, siempre que ella sea la primera persona que sostenga al RN, evitando así la posibilidad de colonización con bacterias resistentes que podría portar el personal de salud.
- Reduce el llanto, el estrés y el gasto energético del RN.

Figura 9.

Contacto piel a piel entre la madre y su bebé.



Nota. Tomado de *Guía Cuidados del Recién Nacido en Interacción Conjunta*, por M. Carrasco (2019), https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquén_Neonatología-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf

Según Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016), explica en los primeros 90 minutos de vida del recién nacido no debe ser separado de su madre, siempre que sea de término o prematuro tardío (prematuros con EG entre 34 y 36 semanas), y esté vigoroso (respiración espontánea y/o llanto vigoroso y buen tono muscular) y las intervenciones claves son:

- Ligadura oportuna de cordón umbilical
- Contacto piel con piel con la madre durante toda la primera hora de vida.
- Inicio de lactancia materna en la primera hora de vida.
- Verificar la temperatura del RN a los 15 minutos de vida (la temperatura normal varía entre 36,5 - 37, 5° C).
- Supervisar la adaptación adecuada del RN.
- Favorecer y apoyar el relacionamiento madre-hijo.

Tener presente y investigar malformaciones congénitas que soliciten de una intervención inmediata.

Intervenciones a ser realizadas por el personal de salud que atiende a la madre y al RN.

- Favorecer la termorregulación, manteniendo el contacto piel con piel con su madre, cubriendo el cuerpo del RN con una manta o compresa o toalla limpia, seca y previamente entibiada. Colocar al RN una gorra de algodón, luego del secado, en los primeros minutos de vida.
- Aspirar las secreciones del RN sólo en caso necesario. No es necesario aspirar el líquido amniótico claro existente en la cavidad nasofaríngea (boca y/o nariz) en forma rutinaria, si el RN ha iniciado y mantiene un buen esfuerzo respiratorio. Todo el tracto respiratorio tiene líquido amniótico en el momento de nacer y es reabsorbido naturalmente por mecanismos fisiológicos durante los primeros minutos de vida. Al realizar la aspiración se aumenta el tono vagal, pudiendo producir bradicardia refleja, y enlenteciendo del incremento fisiológico de la saturación de oxígeno (SpO₂).
- Asegurar y apoyar el inicio de la respiración del RN mediante la estimulación con el secado suave. Observar si inicia movimientos respiratorios.
- Si no inicia la respiración o respira en forma irregular y/o superficial, pedir ayuda si se encuentra solo, ligar y cortar el cordón umbilical rápidamente e iniciar los pasos iniciales de la reanimación, idealmente bajo una fuente de calor.
- Contar la frecuencia cardíaca (FC) en los primeros segundos después del nacimiento mediante la palpación de los pulsos arteriales del cordón umbilical o la auscultación de los latidos cardiacos. El cordón umbilical normal es eréctil con una vena ingurgitada y dos arterias con pulsos palpables. El cordón fácido o con pulsos débiles o bradicardia es anormal y con frecuencia se debe a asfixia fetal.
- Evaluar el Test de Apgar del RN al minuto y a los cinco minutos de vida, mientras está con su madre, sin interrumpir el apego Figura 10.

Test de Apgar:

El Neonatólogo lleva al RN a la mesa de recepción, donde comienza la evaluación del proceso inicial con el test de Apgar (en el marco de la atención inmediata). El test de Apgar permite valorar el estado general del bebé, su vitalidad, es una puntuación que se realiza al minuto, a los cinco minutos y, a veces, a los 10 minutos del nacimiento Tabla 2 .

Figura 10.

La puntuación de APGAR cinco signos.

| | |
|--|--|
|  <p>La puntuación APGAR evalúa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respiración, llanto Irritabilidad, refleja Pulso, ritmo cardíaco Coloración de la piel del cuerpo y las extremidades Tono muscular | <p>Los cinco signos que se evalúan son:</p> <p>Cada uno de estos parámetros se puntúa de 0 a 2 y la suma de los cinco alcanza una puntuación máxima de 10. Si el resultado es de 7 a 10 puntos, indica que el bebé está en buenas condiciones. Si es de 4 a 6, indica que algo no va del todo bien y requiere actuación inmediata. Si es menor de 3, necesita atención de emergencia como respiración asistida o medicamentos</p> |
|--|--|

Nota. Tomado de *Guía Cuidados del Recién Nacido en Interacción Conjunta*, por M. Carrasco (2019), https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquén_Neonatología-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf

Tabla 2.

Valoración del Recién Nacido con el Test de Apgar.

| Signos | Puntajes | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| Frecuencia cardíaca | Ausente | < 100 latidos / min. | > 100 latidos / min. |
| Esfuerzo respiratorio | Ausente | Llanto y respiración débil | Bueno, regular. |
| Tono muscular | Flaccidez | Cierta flexión de las extremidades | Movimiento activo, extremidades bien flexionadas. |
| Irritabilidad refleja (Respuesta a la estimulación de la planta del pie) | Sin respuesta | Muecas | Llanto regular y/o vigoroso |
| Color | Cianosis generalizada o palidez | Cuerpo rosado, extremidades azules (acrocianosis) | RN totalmente rosado |

Nota. Tomado del *Manual de atención neonatal* del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016), <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/pry-mn-48-03-operational-guidance-2016-esp-manual-de-atención-neonatal--autorizado-mspbs-resolución-ministerial-sg-n-816.pdf>

Tal como lo expresa el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016), existen situaciones en las que el pinzamiento y corte del cordón se deberá realizar inmediatamente al nacer, como:

- Antecedente de sufrimiento fetal intraparto.
- Recién nacido fácido o hipotónico o sin esfuerzo respiratorio.
- Recién nacido deprimido con líquido meconial.
- Recién nacido que necesite intervenciones médicas inmediatas.
- Recién nacido hijos de madres Rh negativas con prueba de Coombs indirecta positiva (sensibilizadas).
- Recién nacido hijos de madres con VIH positivo.
- Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla.
- Gemelos con placenta monocorial.
- Recién nacido con riesgo de poliglobulia.
- Posibilitar que el recién nacido inicie espontáneamente la lactancia.
- Evitar forzar a la madre y al recién nacido respecto a cuan pronto succione, o cuánto dura la primera succión, o si tiene buen agarre o cuanto calostro ingiere. Persistentemente alentar y elogiar a la madre al respecto.

De igual manera las conductas del Recién Nacido para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016), incluyen:

- Un corto descanso en el estado de alerta para acostumbrarse al nuevo ambiente.
- Llevar sus manos a su boca y hacer movimientos de succión, sonidos y tocar el pezón de la mamá con la mano.
- Se focaliza en el área más oscura del pecho, que es como un objetivo.
- Se mueve hacia el pecho, busca, encuentra el área del pezón y se agarra con la boca bien abierta.
- Poner una pulsera de identificación, con el nombre de la madre.
- Comunicar a la madre como está su hijo recién nacido
- Recordar que es un derecho de la mujer y del RN que una persona de su elección pueda permanecer con ella y apoyarle en el 1er contacto

con el RN.

- Llevar un registrar todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal.

Cuidados del recién nacido luego de la hora de vida

Cuidados en Sala de Recepción

- Luego del contacto piel a piel con la madre y de la primera lactancia, colocar al RN sobre una cuna radiante y/o en un espacio de ambiente térmico neutro para realizar el examen físico, tomar las medidas antropométricas y realizar los cuidados inmediatos.
- Establecer la EG, lo ideal es tener en cuenta la FUM y las ecografías, sobre todo la del 1er. Trimestre (ambos son los métodos más exactos de cálculo de la EG); realizar además el Test de Capurro en los RN ≥ 32 semanas de EG o el Test de Ballard en los < 32 semanas de EG (se encarga realizar el Test de Ballard entre las 12 - 24 horas de vida) Figura 11.

Figura 11.

Test de Capurro.

| Signos físicos y características | | | | | Puntaje | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|------------|-------------------------|-----------|-----------------|--------------|---------------------------|
| Forma de la OREJA (Pólvénki) |  Oído de tamaño normal 0 |  Oído con poca cartilago 5 |  Oído con poca cartilago 10 |  Oído normal 24 | <p>CÁLCULO Se suman los valores de cada signo físico. Se que da un puntaje parcial. Luego se aplica la siguiente fórmula:</p> $\text{Puntaje parte} = \frac{204}{7}$ <table border="1"> <tr> <td>Postmaturo</td> <td>≥ 45 semanas o más</td> </tr> <tr> <td>A término</td> <td>37 a 41 semanas</td> </tr> <tr> <td>Pretermaturo</td> <td>≤ 36 semanas o menos</td> </tr> </table> | Postmaturo | ≥ 45 semanas o más | A término | 37 a 41 semanas | Pretermaturo | ≤ 36 semanas o menos |
| Postmaturo | ≥ 45 semanas o más | | | | | | | | | | |
| A término | 37 a 41 semanas | | | | | | | | | | |
| Pretermaturo | ≤ 36 semanas o menos | | | | | | | | | | |
| Tamaño de GLANDULA MAMARIA |  Oído normal 0 |  Oído normal 5 |  Oído normal 10 |  Oído normal 15 | | | | | | | |
| Formación del PEZÓN |  Pezones normales 0 |  Pezones normales 5 |  Pezones normales 10 |  Pezones normales 15 | | | | | | | |
| TEXTURA de la PIEL | 0 | 5 | 10 | 15 | | | | | | | |
| PLIEGUES PLANTARES | 0 | 5 | 10 | 15 | | | | | | | |
| | | | | | Puntaje Parcial | | | | | | |

Nota. Tomado de *Atención integral a la niñez Manual, por* Ministerio de Salud Pública (2018), https://www.salud.gov.ec/wpcontent/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_niñez.pdf

- Realizar antropometría: longitud, perímetro cefálico, peso Figura 12.
- Percentilar y clasificar para los RN de 37 o más semanas de edad gestacional y la la Curva de Fenton para los neonatos prematuros.

Figura 12.

Curva de Fenton para los neonatos.



Nota. Tomado de *Guía Cuidados del Recién Nacido en Interacción Conjunta*, por M. Carrasco (2019), https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquén_Neonatología-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf

Cuidados del recién nacido según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016):

- Administrar Vitamina K 1 mg IM en el tercio medio cara antero-lateral externa del muslo izquierdo. Para RN con peso <1.500 gramos administrar 0,5 mg de vitamina K. En caso de contar con ampolla de vitamina K de 10 mg, se recomienda desechar dicha ampolla una vez administrado la dosis al RN.
- Administrar la 1ra dosis monovalente de 0,5 ml, de la Vacuna frente al Virus de la hepatitis B, por vía IM en el tercio medio cara antero-lateral externa del muslo derecho. Para RN con peso <2000 gramos, así como para los RN inestables se podría diferir hasta alcanzar el peso mencionado y hasta lograr su estabilidad. Esta recomendación es solo por el hecho de evitar falsas interpretaciones en relación a la vacuna, ya que ambas situaciones no se consideran contraindicaciones. Recordar que la vacuna preferiblemente debe ser administrada dentro de las primeras 24 hs de vida, para prevenir la transmisión

perinatal del VHB. Registrar la fecha de la administración y el número de lote de la vacuna en la Libreta de Salud del Niño y la Niña y en la tarjeta índice de vacunación.

- Confirmar visualmente in situ, en las primeras horas de vida, la presencia de ano y dejar registrado lo hallado.
- Vigilar y registrar la eliminación de meconio durante las primeras 48 horas.
- No se indica la aspiración sistemática de secreciones si el RN nació vigoroso (activo, reactivo). Sólo aspirar boca y fosas nasales si el neonato no inicia la respiración o la misma es dificultosa o insuficiente.
- No se indica de rutina lavado gástrico ni paso de sonda orogástrica o nasogástrica, ni sonda rectal, ni ningún otro sondaje para confirmar permeabilidades.
- El paso de cualquier sonda en el periodo posnatal inmediato ni posteriormente no es preciso, solo en caso que el RN presente algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología, está indicado. No se dispone de ninguna prueba de que el paso de sondas o la aspiración de secreciones de forma rutinaria de la orofaringe conlleve beneficio alguno para el RN. El paso de sondas en ningún caso puede sustituir la vigilancia clínica del RN durante su estancia en la maternidad.
- Realizar la desinfección ocular con ungüento o colirio de eritromicina o tetraciclina o tobramicina, aplicando la medicación en el ángulo interno de ambos ojos, por única vez al nacer Figura 13.

Figura 13.*Desinfección ocular.*

Nota. Tomado de *Guía Cuidados del Recién Nacido en Interacción Conjunta*, por M. Carrasco (2019), https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquén_Neonatología-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf

- Realizar un examen completo céfalo caudal (descartar malformaciones congénitas que puedan comprometer la adecuada adaptación a la vida extrauterina). Documentar los resultados de este examen físico incluso si todos los hallazgos son normales. Si fuese posible realice el examen físico del RN en presencia de los padres e informe a los mismos sobre los resultados.
- Realizar la impresión plantar del RN y la impresión digital materna en la ficha del RN.
- Completar la ficha perinatal.
- Verificar que el RN tenga la pulsera de identificación, con los datos correctos.
- El baño del RN al nacer no está indicado; excepto en las siguientes situaciones: fetidez del líquido amniótico, sospecha de amnionitis, contaminación con materia fecal materna o RN de madres con VIH.
- Vestir al RN con ropa de algodón limpia y holgada, usar gorro y medias.

- Llevar de vuelta al RN con la madre, si el examen físico no se realizó en presencia de ella. Asegurarse que la misma se encuentra en condiciones físicas y neurológicas para cuidar a su hijo.
- Dar información sobre el estado del RN a la madre y el padre.
- Asegurarse que la temperatura ambiental oscila entre 26 – 28°C.
- Apoyar a la madre a mantener la lactancia.
- Vigilar regularmente y registrar la FC, la respiración y la temperatura axilar del RN c/15 a 30 minutos en los primeros 90 minutos de vida, luego c/ 3 horas, durante las siguientes 12 horas después del nacimiento (periodo de transición), y luego c/ 6 horas hasta el alta si la evolución es normal.

Características y cuidados en el periodo de transición sugeridas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016).

Periodo de Transición: Son cambios fisiológicos que siguen una determinada secuencia en las primeras 24 horas de vida, que se manifiestan en variaciones en la FC, FR, temperatura, estado de alerta y actividad motora; por lo que se recomienda el control y registro de los hallazgos.

Primera hora de vida “primer periodo de reactividad”

- Frecuencia cardiaca ≥ 180 latidos/minutos (l/min).
- Respiración irregular: 60 a 80 respiraciones/min, con retracciones y presencia de ruidos respiratorios.
- Presencia de secreciones fluidas en la boca.
- Temperatura corporal en disminución.
- Actividad motora y llanto vigoroso. 2 a 4 - 6 HORAS DE VIDA
- Frecuencia cardíaca disminuye a 120-160 l/min.
- Frecuencia respiratoria ≤ 60 respiraciones/min.
- El RN tiende a dormir.

Horas de vida (4 - 6 A 12) “segundo periodo de reactividad”

- Aumento de la actividad motora y estado de alerta.
- Salivación.
- Ruidos hidroaéreos aumentados.

- Eliminación de meconio presente.
- Frecuencia cardíaca con variaciones según estado de alerta.

Esta secuencia se altera si:

- La madre ha recibido sedación o drogas anestésicas.
- Si el RN está enfermo.

Acciones en el periodo de transición: RN en Alojamiento Conjunto madre-hijo, según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2016):

- Evaluación y registro de FC, FR, temperatura, tono, actividad y color, hasta su normalización.
- Supervisión y registro de primeros ruidos y eliminación de meconio.
- Supervisión y registro de la diuresis.
- Observación y registro de signos y síntomas de patología y comunicación inmediata al médico tratante.
- Toma de muestras para exámenes si están indicados.
- Supervisión de la lactancia materna y relacionamiento padres/RN.
- Dar pautas de puericultura a los padres y/o cuidadores.
- Responder a todas las dudas y preguntas de los padres con respecto a la salud y cuidado de su recién nacido.
- Tomar muestra en papel de filtro para el “test del piecito”, completar la ficha con todos los datos solicitados en forma legible.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo V

Adaptación a la Vida Extrauterina. Características Morfológicas y Fisiológicas del Rn. Cuidados en el Periodo de Transición.

Lic. Doris Susana Delgado Bernal. PhD.

 <https://orcid.org/0000-0001-5614-2567>



Introducción

La primera etapa de la vida de un neonato es muy importante. Durante el periodo en el que es considerado un recién nacido o neonato – 28 días desde su nacimiento, ya sea mediante parto natural o por cesárea- suceden cambios significativos y muy rápidos que le acompañarán y determinarán el resto de su vida. Donde se logran exponer varios hechos característicos, como lo son los esquemas de nutrición y las relaciones que se crean con la madre y el padre. Potencialmente se acrecienta los posibles riesgos de infecciones que puede sufrir el recién nacido y de igual manera pueden ir surgiendo los defectos congénitos.

Adaptación a la vida extrauterina

La transición a la vida fuera del útero es una de las experiencias humanas más difíciles y requiere la adaptación de todos los sistemas del cuerpo. Los cambios ocurren a nivel endocrino, metabólico y termogénico, y las adaptaciones más importantes son el inicio de la respiración con el establecimiento del intercambio de gases y la transformación del sistema cardiovascular.

En primer lugar, es relevante señalar a Rondón (2019), donde se expone:

Al nacimiento, el recién nacido experimenta cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, la cual es indispensable para poder sobrevivir fuera del útero materno; por ende, es la etapa de mayor vulnerabilidad en la vida del ser humano y donde existen más probabilidades de enfermar y fallecer o de presentar secuelas graves, particularmente neurológicas. (p. 3)

Donde la adaptación a la vida extrauterina es un proceso fisiológico muy complejo. Donde participan casi todos los órganos y sistemas. Sin embargo, los cambios directos que ocurren a nivel pulmonar y circulatorio son necesarios para que el feto se adapte a la vida fuera del útero, lo que ayuda al feto a pasar de un estado de circulación intrauterina e intercambio de gases intrauterinos de placenta a respiración pulmonar independiente.

Cambios a nivel respiratorios:

- En la vida fetal se debe subrayar la presencia de movimientos respiratorios y de líquido pulmonar.
- Existencia de movimientos respiratorios fetales: están presentes a partir de la semana 11 de gestación (tórax y pared abdominal); son

virtuales, ya que no realizan la función respiratoria per se, estos nutren el pulmón y adiestran los músculos para la función respiratoria fuera del útero. Produciéndose cuando el feto se encuentra en período de sueño activo.

- Líquido pulmonar fetal: el feto no tiene los pulmones colapsados porque los alvéolos pulmonares contienen un líquido secretado y sintetizado por los pulmones (no líquido amniótico). Donde este líquido ayuda a formar líquido amniótico. La presencia de este líquido es importante para el desarrollo de los pulmones, que producen grandes cantidades durante la vida fetal, y su producción disminuye con el parto y se detiene al nacer.
- Evacuación del líquido pulmonar: El líquido debe ser sustituido por aire para hacer posible una correcta transición a la vida postnatal. El factor más importante para que se produzca esto es la disminución de la producción del líquido pulmonar fetal al iniciarse el trabajo de parto. Parte del líquido será expulsado a través del tracto respiratorio superior, facilitado por la presión torácica a la que está expuesto el feto a su paso por el canal del parto; Inflar la parte posterior del pecho permite que el aire entre en la tráquea. Los recién nacidos por cesárea tendrán más dificultades para adaptarse a sus pulmones.
- Establecimiento de una respiración continua: Para la buena evolución del recién nacido es imprescindible que se establezca una respiración continua y efectiva desde el nacimiento. Una serie de factores intervienen en la instauración de la respiración; se habla de estímulos térmicos, químicos y táctiles.
- Creación de una capacidad residual funcional: Cuando el recién nacido realiza la primera inspiración ejerce una presión elevada para conseguir expandir el pulmón. Tras la primera inhalación no sale todo el aire que entra al exhalar, pero se crea capacidad funcional residual desde el principio.
- Por tanto, la segunda inhalación le costará menos esfuerzo al bebé, y menos aún la tercera, porque los alvéolos ya están formados con producción de capacidad funcional residual, lo que les permite permanecer dilatados, expandiéndose sin colapsar durante la respiración.
- Cambios circulatorios: Tan importantes como el inicio de la respiración son los cambios hemodinámicos mediante los cuales la sangre fluye por los pulmones. La circulación pulmonar se crea en paralelo

con la expansión pulmonar para activar la reciprocidad de gases entre la sangre y el aire alveolar.

Circulación postnatal:

- En el momento del nacimiento, al pinzarse el cordón umbilical la circulación placentaria queda interrumpida y el sistema circulatorio se modifica. Estos cambios ocurren más lentamente que los cambios respiratorios y se deben a cambios de presión en el corazón y los grandes vasos, así como al cierre funcional de las conexiones vasculares fetales.
- Cambios:
- Ampliación de las resistencias vasculares sistémicas y disminución de las resistencias vasculares pulmonares.
- Aumento del flujo sanguíneo pulmonar.
- Cierre de las comunicaciones fetales (conducto arterioso, foramen oval).

Características morfológicas y fisiológicas del RN

Para un recién nacido su peso puede oscilar entre los 2500 y 4000 gramos y medir unos 50 cm. Si nace entre las 37 y 42 semanas de gestación se llama recién nacido a término; si nace antes de las 37 semanas se llama pretérmino y después de las 42, posttérmino.

Cabeza y cara

Es parcialmente más grande que el resto del cuerpo. En los nacimientos normales, la cabeza consigue tener una forma alargada a medida que el recién nacido pasa por el canal del parto. Recuperando su forma normal los días. La cara logra estar levemente hinchada, principalmente los ojos y los labios, y sucesivamente reducirá de tamaño.

Fontanelas

Aéreas blandas que se localiza en la superficie craneal del recién nacido. Esto se debe a que la bóveda craneal no se ha cerrado completamente para así suministrar el desarrollo. Las uniones de los huesos craneales consiguen estar sobre montadas, contexto llamado como acabalgamiento, debido al paso por el canal del parto.

De igual manera la fontanela anterior o bregmática mide cerca de 3,5 centímetros y la fontanela posterior o lambdoidea se ciñe casi cerrada en los recién nacidos a término o apenas es penetrable a punta de dedo. En el primer año de vida se da lugar a la calcificación de la fontanela anterior, sujetando gradualmente su tamaño hasta que hacia los 12-18 meses se cierra. Si el cierre de esta fontanela se retrasa se sospecha de alteraciones patológicas, como raquitismo o hipotiroidismo. Si se fortalece muy anticipadamente, se deben descartar otros síndromes.

Dientes

Es decir, habitualmente los recién nacidos nacen sin piezas dentales, aunque el proceso de dentición emprende desde el periodo embrionario, pero no es infrecuente encontrar lactante que muestren algún diente, sin que esto incida en una dificultad de la salud.

Los dientes de leche o primarios son estacionales y tienden a desarrollarse por completo alrededor de los dos años de edad. Una vez que se complete el proceso de dentición, el lactante poseerá 20 dientes. Con los años, se caerán para dejar espacio a los dientes permanentes, lo que sucederá cerca de los siete años.

El orden de aparición de los dientes temporales suele ser:

- Los incisivos: de los 5-6 meses.
- Los premolares: a los 14-18 meses.
- Los molares: cercanos a los 2 años de edad.

Cara

La cara puede aparecer levemente edematizada, esencialmente en la zona palpebral y los labios que progresivamente reducirán su dimensión.

En ocasiones se logran visualizar una dermatitis seborreica en forma de descamaciones.

Con el pasar del tiempo, las mejillas se vuelven menos redondeadas y la nariz aumenta.

Ocasionalmente, alcanzan a emerger unos pequeños quistes por depósito de material sebáceo, de color blanquecino, es habitual observarlos en la frente, mejillas, nariz y mentón, mencionados como milium, que brotan colindantes a la mitad de los recién nacidos, siendo una exposición normal.

Igualmente, otro tipo de puntos blancos, pero en el entorno de encías y paladar son nombrados como perlas de Epstein, desapareciendo a lo largo del primer trimestre de vida naturalmente.

El pelo del recién nacido es fino y suave y su caída es evidente durante las etapas iniciales.

Ojos

Corrientemente indican una fisonomía azulada, sin embargo, el color concluyente se puede predecir es al final del primer año de vida.

Siendo normal que el recién nacido llore sin brotar lágrimas, punto que sus glándulas lagrimales son inmaduras hasta casi el primer mes de vida, momento en el que brotan lagrimas con el llanto a fin de conservar los ojos limpios y húmedos. Si permaneciese su inmadurez u obstrucción del conducto de drenado, es evidente observar una hinchazón de los bordes internos de los párpados inferiores.

Otra diferenciación que puede ocurrir es el estrabismo estimado normal al nacimiento. Él lactante desviará un ojo o ambos, producto de la inmadurez de sus músculos oculares. Si no continua a los 6 meses, esta situación deberá ser de atendido y canalizado por el pediatra.

Hipo y estornudos

Normales y frecuentes durante los dos primeros meses.

Piel

Posteriormente del nacimiento la piel del recién nacido se halla húmeda de un componente sebácea y blanquecina nombrada vérnix caseosa. Muestran igualmente un fino manto de vello en brazos, piernas y espalda citado como lanugo. Vérnix y lanugo irán disipándose continuamente en los primeros días.

Es relevante mencionar que a partir de las 24 horas después del nacimiento, se logra distinguir el fenómeno de ictericia fisiológica del recién nacido, siendo esta una coloración amarillenta en piel, ojos y mucosas. Siendo producido por la inmadurez hepática y el desecho del excedente de glóbulos rojos de la poliglobulia fetal. Esta coloración debe desaparecer naturalmente a la semana o 10 días. Si la piel del bebé torna dorada previa a las 24 horas tras parto o persevera de este color tras dos semanas, es obligatorio la valoración del pediatra.

Extremidades

Durante las primeras semanas de vida, los recién nacidos suelen estar acurrucados en posición fetal, inclinándose hacia adelante. Después del nacimiento, los pies y las manos pueden tardar más en volverse rosados que otras partes del cuerpo. Las uñas son finas y muy frágiles. Algunos recién nacidos nacen con uñas muy largas.

Tórax y abdomen de recién nacido

Por causa de las hormonas de la madre, ciertos recién nacidos tienen una inflamación de la glándula mamaria, pudiendo observarse alguna gotita de leche; las cuales desaparece con los días.

El abdomen debe ser esférico y proporcionado. Un abdomen navicular consigue sugerir una hernia diafragmática, la cual admite la migración intrauterina del intestino a la cavidad torácica; provocando en alguno casos hipoplasia pulmonar y problema respiratoria posnatal. Un abdomen asimétrico indica la presencia de una masa abdominal.

Genitales

Se exhiben un poco hinchados. En las niñas, por el paso de hormonas de la madre consigue observarse flujo y un goteado de sangrado vaginal (como una menstruación); no hay que alarmarse, es totalmente normal. En los niños se palpan los testículos dentro del escroto consiguiendo estar levemente hinchado.

Respiración y pulso

La respiración de los recién nacidos es exageradamente deprisa y de situación anormal. Teniendo unas 40 respiraciones al minuto. El corazón igualmente va muy precipitadamente, entre 80 a 180 latidos por minuto (en función si está dormido o despierto)

Orina y heces

La primera micción del recién nacido se debe presentar en las iniciales 24 horas, es un signo de que sus riñones presentan un buen funcionamiento y de que su alimentación está siendo adecuada.

De igual manera, las primeras heces son muy negras y pegajosas (como alquitrán o brea) y hay meconio. El primer meconio debe producirse dentro de las primeras 48 horas. Consiste en moco, sales biliares y residuos epiteliales absorbidos por el recién nacido en el útero de la madre. Cuando este conte-

nido se expulsa por completo, las heces se convierten en un líquido grumoso de color amarillo a verde.

Características fisiológicas

- Regulación de la temperatura corporal. Donde el recién nacido es homeotermo, pero conserva su temperatura corporal dentro de un estrecho margen, aunque pierde calor con facilidad.
- A nivel pulmonar. El recién nacido respira con una frecuencia de 40-60 respiraciones por minuto. De manera irregular, abdominales, y en momentos muestra respiraciones habituales fisiológicas, como, etapas de apnea entre 10 y 15 segundos.
- A nivel cardíaca. La frecuencia cardíaca durante los primeros 10 minutos de vida es de 160 latidos por minuto de media (entre 120-160 está la normalidad) y posteriormente oscila entre 90-170 latidos por minuto con una media entre 120-140 lpm.
- A nivel digestiva. La capacidad del recién nacido para digerir, absorber y metabolizar los alimentos está muy determinada. El aparato digestivo está proporcionado primariamente para la succión y la digestión de la leche.
- A nivel urinaria. El recién nacido orina en las primeras 12-24 horas de vida. Y la orina es de color amarillo claro e inodora. La hematuria es patológica y debe valorarse.
- A nivel inmunológica. El sistema inmunitario del recién nacido es muy inmaduro y durante los primeros meses de vida no es competente de formar sus propios anticuerpos. Siendo tan importante la alimentación con leche materna, por su contenido en inmunoglobulinas.
- A nivel neurológica. el sistema nervioso del recién nacido, tanto el central como periférico, es inmaduro y presenta insuficiente mielinización. Por ello el periodo postnatal se piensa como un instante de riesgo para el cerebro y el sistema nervioso, donde todavía tiene que percatarse grandes cambios bioquímicos e histológicos.

Cuidados en el periodo de transición

El período de transición que ocurre entre el nacimiento de un recién nacido y sus primeras horas de vida. Determinándose por cambios muy característicos que surgen, fundamentalmente, como consecuencia del paso de la dependencia materna del feto, a la independencia en la vida neonatal.

El minuto de oro neonatal

Tal como lo expone Polo (2021), la destreza del Minuto de Oro prevé una serie de intervenciones lógicas en el transcurso del primer minuto de vida de un recién nacido hacia compensar todas sus necesidades y proporcionar la atención necesaria. Esta destreza del minuto de oro busca normalizar una cadena de rutinas, consecutivamente posteriormente del nacimiento, para hacer frente a los segundos críticos para la supervivencia contigua y a largo plazo del recién nacido Figura 14.

Las labores previstas durante este minuto son:

- Brindarle protección térmica al neonato por medio del suministro de calor a través diversas destrezas
- Proporcionar secado completo y adecuado a la piel
- Brindar succión de la vía aérea en caso de obstrucción
- Comprobación del llanto y la respiración
- Corte del cordón umbilical

Valoración inicial

Tras el nacimiento se evaluará:

En primer lugar, la estimación de la edad gestacional y tono muscular.

De igual manera, Polo (2021), expone que el líquido amniótico: si se observar meconio en el líquido amniótico neonatal se procederá a la desobstrucción de las vías respiratorias para así impedir la aspiración y contacto del meconio con los pulmones del recién nacido.

Igual mente, el Llanto y respiración. El llanto es una muestra de que el recién nacido está respirando con normalidad.

Donde una vez estimados y probado estos parámetros se procederá al secado completo del recién nacido. Esta manera es esencial, ya que ayudará a conservar la temperatura del recién nacido y estimulará la respiración.

Es significativo certificar y tener presente el secado cuidadoso y total del recién nacido y la limpieza de humores corporales, ya que estos de líquidos en el cuerpo consiguen facilitar su enfriamiento aunque las condiciones ambientales sean las más adecuadas.

Figura 14.

Actuaciones durante el minuto de oro.

Actuaciones durante el minuto de oro
 Comprobar el material y la organización del equipo

| | |
|---|--|
| <p>1-Valoración inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional. • Llanto y respiración. • Líquido amniótico. • Tono muscular <p>Llora No llora</p> | <p>2-Estabilización Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la temperatura. • Limpiar vías aéreas y aspirar secreciones. • Secar al RN para evitar hipotermia. • Estimulación táctil. • Reposicional el neonato. <p>No presenta dificultad Respiratoria Presenta dificultad Respiratoria</p> |
| <p>3-Ventilación: Cuidados post-Reanimación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización SpO₂. • Considerar ECC. • Asegurar maniobras de ventilación considerando la intubación. • Continuar con la ventilación, medir la frecuencia cardíaca y comenzar con cuidados avanzados. | <p>Realizar el pinzamiento tardío del cordón:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar y mantener calor. • Secar completamente al RN. • Asegurar la apertura de las vías. • Continuar con la evaluación. <p>Favorecer el método canguro</p> |

Nota. Adaptado de *¿Qué cuidados deben prestarse al recién nacido durante el minuto de oro?* de Polo Miret, T. (2021), <https://campusvygon.com/cuidados-rn-minuto-de-oro/>

Cuidados rutinarios

De igual manera, para Polo (2021), los cuidados rutinarios se ampliarán en aquellos recién nacidos que estén llorando, como señal de buena salud.

Estos cuidados consisten en:

En primer lugar, conservar la temperatura corporal del recién nacido

En el cual existen varias destrezas reconocidas para impedir la hipotermia:

Donde se recomienda el método canguro como instrumento de control de la temperatura; además, como medidas adicionales de protección, se logran utilizar dispositivos cobertores, como bolsas de plástico, que resguarden el cuerpo y cabeza del recién nacido para paralizar la pérdida de calor; de igual manera se debe conservar la sala/habitación entre 24°C y 28°C.

Valorar la respiración del recién nacido

En los iniciales segundos de vida del neonato se observará la respiración, vigilando y cuidando los sonidos y movimiento toracoabdominales para evidenciar que se presenta de forma fácil y quieta.

Para valorar si preceden el problema en el proceso de respiración del recién nacido se pueden utilizar herramientas como la escala de Silverman Figura 15.

Pinzamiento del cordón umbilical

Donde en el caso de observar que el recién nacido evoluciona con regularidad, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical. En que el personal de salud esperara entre 1 y 3 minutos antes de realizar el corte del cordón.

Posteriormente se instituir estas atenciones durante el primer minuto de vida del recién nacido, se continuarán con la evaluación normal. Se debe facilitar el contacto piel con piel entre madre y promocionar la lactancia materna durante la primera hora de vida.

Estabilización

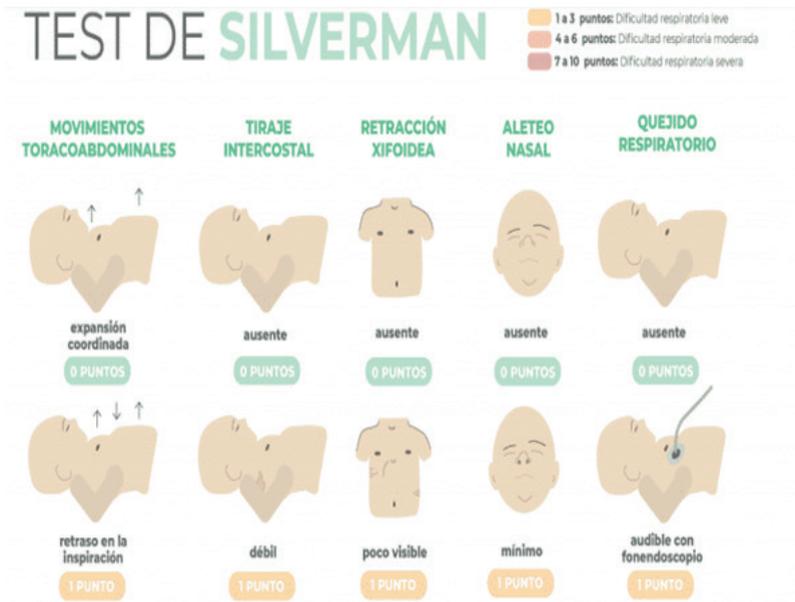
Es significativo señalar que, si tras la primera valoración del llanto y respiración el recién nacido no presenta llanto o un correcto patrón respiratorio, corresponde de manera inmediata realizar una sucesión de labores con el fin de estimular la respiración:

Mantener la temperatura corporal del recién nacido

Es de suma importancia evitar que el recién nacido presente un estado de hipotermia. Llegándose a presentar continuar con el método canguro junto con la madre, aunque sea más complejo. Por tal motivo, es recomendable acoger otras destrezas para garantizar la temperatura. Como el uso de bolsas y dispositivos de plástico para evitar la pérdida de calor y el uso de camas de radiantes e incubadoras.

Figura 15.

Test de Silverman.



Nota. Tomado de ¿Qué cuidados deben prestarse al recién nacido durante el minuto de oro? de Polo Miret, T. (2021), <https://campusvygon.com/cuidados-rn-minuto-de-oro/>

Limpiar las vías aéreas y eliminar las secreciones

Se higienizará de secreciones la boca y la nariz con el dispositivo de succión pertinente, ya que la succión de la boca facilita sacar mayor cantidad de secreciones y, en instantes, e imposibilitará el jadeo del recién nacido.

Reposicionamiento del neonato

Para conseguir mejorar la apertura de las vías respiratorias, se ajustará la cabeza del recién nacido de manera que el cuello quede ligeramente extendido. Para confirmar la colocación correcta, observe que la nariz esté lo más adelante posible.

Estimulación táctil

El frotar sucesivamente la espalda para así consigue la aparición de la respiración. Donde esta estimulación debe de ser corta, ya que, antes del primer minuto de vida se deberá haber: secado, despejado las vías aéreas y estimulado al neonato. Sin embargo, el patrón respiratorio del recién nacido persista en negativo, se optará por instruir la ventilación.

Ventilación

Primitivamente antes de trasladar al recién nacido al área de ventilación, se deberá pinzar el cordón umbilical. Donde esta maniobra se debe establecer con vivacidad, ya que el retardo en la iniciación de la ventilación puede presumir dificultades a corto y largo plazo.

Para lograr una ventilación con éxito se perseguirán los siguientes pasos:

Confirmar el correcto posicionamiento del recién nacido, la cual debe ser posición decúbito supino con la cabeza en posición neutra, conservando las vías respiratorias abiertas. Donde es de suma importancia acceder a visualizar el movimiento del diafragma.

Elección conveniente de la mascarilla; esta tiene que ser del tamaño adecuado al recién nacido o prematuro (redonda y transparente preferente). Donde es preciso realizar buen sellado de nariz y boca, sujetándola en forma de C con los dedos pulgar e índice. El resto de los dedos elevan la mandíbula en forma de (E), Figura 16.

Figura 16.

Selección adecuada de la mascarilla.



Nota. Tomado de *¿Qué cuidados deben prestarse al recién nacido durante el minuto de oro?* de Polo Miret, T. (2021), <https://campusvygon.com/cuidados-rn-minuto-de-oro/>

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo VI

Vínculo Madre-Hijo y su Importancia. Desarrollo de la Autonomía y Autoestima. Estrategias para Promover un Apego Seguro

Lic. Ivone Julissa Lucas Tumbaco

 <https://orcid.org/0009-0002-3099-4205>



Introducción

El cuidado de la madre y el grupo familiar del recién nacido en su etapa de niñez en el cariño, la comprensión y la aceptación les ayudamos a crecer en un ambiente de confianza. Desde aquí pueden explorar con total libertad y seguridad todas sus emociones y potencialidades, lo que les servirá de trampolín para desarrollar una etapa adulta plena y feliz.

Vínculo madre-hijo y su importancia

En primer lugar, de acuerdo con Magaña (2020), los lazos entre madre-hijo se crean desde el primer día de la concepción. Esta unión nunca es planeada ni forzada; surge de manera espontánea y crece con el paso del tiempo.

Donde en segundo lugar es relevante mencionar a Roncallo citado por Ascanio (2020), el vínculo afectivo entre la madre e hijo inicia desde la etapa fetal, durante la cual la madre siente ensoñación hacia su hijo y apego hacia el mismo son influidos por los factores emocionales, ambientales y sociales en el periodo de embarazo, durante el cual interviene el estado psíquico, entorno, cuidados, entre otros factores que determinan el comportamiento pudiendo ocasionar alteraciones en el desarrollo fetal, ya que finalmente tendrán consecuencias todas las conductas de la futura madre en el vínculo con su hijo.

De igual manera es significativo indicar a Flores (2022), donde se presenta que:

Este vínculo con la madre o con quien funge como tal, es complejo, ya que va de un apego grande, donde el bebé depende de la madre, para luego poder ser autónomo; y es esencial ya que es este vínculo el que provee la seguridad y las herramientas para la vida, para constituirse como persona. Y por supuesto, en esta ecuación hay un tercero, el padre o quien hace esta función, que forma parte de la familia y tiene un papel fundamental en la crianza y los cuidados esenciales de un niño. (p. 1)

Donde para Nieri citado por Ascanio (2020), explica sobre el vínculo temprano entre la madre-hijo produce tres interacciones corporales básicas que señala que son, la visual desde la mirada de la madre como conducta de apego y sentimientos hacia su hijo, la verbal desde el llanto del bebé a manera de comunicación que aproximan la llegada de la madre por lo cual es la atención que esta le presta ante su llamado, y por último, la interacción corporal basada en la actitud mental, física y comunicativa de la madre que la madre manifiesta por medio de su comodidad, inhibiciones, tensión, entre otros.

De esta manera, madre e hijo se unen en un solo lazo o vínculo que se va construyendo a medida que entre ellos se relacionan corporalmente para ir formando juntos la base de la relación que se edifica a medida en que se van adquiriendo experiencias y aprendiendo a interactuar.

De igual manera para Marín citado por Ascanio (2020):

La lactancia materna es uno de aquellos momentos que enriquecen la formación del vínculo afectivo entre madres e hijos debido a que este proporciona nutrientes que fortalecen el sistema inmunológico, digestivo, motor y además, la sensación de seguridad que le proporcionan las atenciones de su madre y la satisfacción de necesidades que esta le proporciona, de esta manera la lactancia materna provoca la liberación de oxitócica que es la hormona natural que permite la bajada de la leche mediante la cual se aportan los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo saludable del bebé, y de esta misma manera influye en aspectos psicológicos tales como la formación y el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre la madre y el hijo. (p. 5)

Asimismo, para Fernández citado Mite (2019) por el vínculo madre-hijo es vital no solo para el desarrollo del aprendizaje sino de la formación de la personalidad específicamente del temperamento, de allí si los niños tienen más o menos herramientas para confrontar el medio que les rodea. El vínculo afectivo también se define como “la capacidad humana de establecer lazos afectivos con otros seres humanos.

Desarrollo de la autonomía y autoestima

El vínculo madre e hijo es importante para desarrollar la autoestima.

La autoestima va naciendo en el niño cuando se siembra amor y comprensión en su entorno. El amor incondicional de los padres al niño sirve de modelo para su propia autoestima.

Donde la autoestima es el amor que se tiene de uno mismo, pero va relacionada también con la correspondencia que los demás hayan tenido contigo.

Cabe destacar a la Fundación CADAH citada por Moreira (2021), donde define:

La autonomía como la capacidad, habilidad o aptitud que posee cada ser humano para realizar las distintas actividades que se le presentan en la

vida diaria de manera independiente, es decir, solo, tomando en cuenta que se encuentra en la edad propicia para hacerlo. (p. 140)

Desde el punto de vista de Gaes junior (2021), el desarrollo de la autonomía del lactante es parte del proceso evolutivo propio de un ser humano. Es una capacidad que se va adquiriendo de forma gradual, acorde con la maduración y el crecimiento del individuo. Donde cada ser tiene su propio ritmo, inquietudes y las cuales van aportando en el desarrollar de su autonomía acorde su nivel de maduración.

El desarrollo dependerá principalmente de los padres ya que durante los primeros meses ni siquiera puede sostener su propia cabeza. En consecuencia, es muy importante el vínculo que establezcan padres e hijos durante estos primeros meses para su desarrollo personal.

Es relevante resaltar que no se debe obligar ni forzar su total independencia. De igual manera que no se debe obligar a un lactante a caminar hasta que esté dispuesto, ni obligar a proceder con autonomía.

Donde el desarrollo de la autonomía se da a lo largo del crecimiento. Generalmente, a partir de los 2 – 3 años de edad, en donde se muestran ciertas habilidades que, sin embargo, estas no estén avanzadas completamente, se puede observar asomos de que está intentando conquistar su autonomía e independencia como toda persona.

Para Gaes junior (2021), el desarrollo de la autonomía en un individuo tiene ciertas señales:

- Suele mostrarnos que quiere hacer las cosas por sí mismo.
- Es consciente de que ya tiene mejor control sobre su cuerpo.
- Es capaz de comunicarse por sí mismo.
- Quiere vestirse solo.
- Busca algo en armarios (nevera, cocina, habitaciones).
- Comienza a hacer garabatos, pintar, sacar y guardar los juguetes, subir y bajar escaleras, abrir y cerrar puertas, cajones, etc.
- El control de esfínteres inicia e, incluso, se consolida.
- Se desplaza hacia donde él quiere sin necesidad de estar en brazos de mamá o papá.
- Se esfuerza por sujetar los cubiertos sin ayuda y busca comer solo.

- Se relaciona más a través del juego y amplía su esfera social.

Donde el niño ya es consciente de que puede lograr muchas cosas solo y, también, siente la necesidad de apreciar el afrontar a desconocidos desafíos, averiguando, buscando inclusive.

Orientaciones para fomentar la autonomía de 0 a 12 meses:

- Dejar gatear con libertad: al comenzar a explorar y moverse debemos vigilar, pero no sobreproteger. Se deben quitar los peligros de su alcance, pero hay que dejar que descubran lo que hay más allá de nuestros límites. Dejadles en el suelo y que se dirijan hacia dónde quieren, y no hacia donde les guiamos.
- En la comida: intentar que su comida se pueda coger con las manos en algunas ocasiones, que puedan experimentar las texturas. Y si son necesarios dadles cubiertos, hay que tener paciencia. Los adultos de su alrededor son ejemplos que imitan, lo ideal es que los vean comer, que se sienten en familia en la mesa, que imiten a los hermanos mayores o a los padres, entre otros.
- Establecer horarios de hábitos adecuados y estables.
- Bañar al niño o niña a diario y hacer juegos de chapoteo en el agua, masajes, sin prisa y estimulando sus movimientos.
- Alimentar de forma relajada intentando que sea siempre en el mismo sitio, mejor en trona y dejando que participe activamente.
- Es normal que rechacen algunos alimentos, hay que insistir sin causar ansiedad.
- Evitar dormirles en brazos y que se acostumbren a hacerlo solos/as.

Desarrollo del ego

Así mismo, es imprescindible que también conozcamos el desarrollo del ego para entender en qué fase se encuentra nuestro pequeño y poderlo acompañar durante esa etapa.

De 6 meses a 2 años. Conocimiento del “tú” y el “yo” de manera progresiva. Durante este período, el bebé va aprendiendo que su madre y los objetos que le rodean no forman parte de él. Debido a ello, descubre todo lo que sí forma parte de él como las partes de su cuerpo, los sentimientos, los descubrimientos, entre otros.)

De 2 a 3 años. Berrinches y rabietas, es la etapa más explosiva del ego donde tu pequeño querrá mostrar su individualidad. Descubre su personalidad frente a los padres midiendo hasta dónde puede llegar desobedeciendo las normas para afianzar su “yo”.

La autoestima

Cabe destacar a Rosenberg citado por Rodríguez (2022), en donde se define la autoestima como un sentimiento que tienen las personas hacia sí mismas que puede ser tanto negativo como positivo. También destaca que esta valoración se hace después de hacer una evaluación de las características o cualidades de uno mismo.

En el mismo orden de ideas, en los primeros años de vida es importante entablar una relación de vínculo entre madre e hijo para que el niño/a tenga una autoestima elevada y tenga seguridad y confianza en sí mismo. Así como, el afecto, el deseo de compartir, la tolerancia y la capacidad de amar y ser amado, son otros aspectos que tu hijo/a desarrollará si mantenéis este vínculo madre-hijo.

La autoestima es un elemento básico en la formación personal de los niños. De su grado de autoestima dependerá su desarrollo en el aprendizaje, en las buenas relaciones, en las actividades, y por qué no decirlo, en la construcción de la felicidad.

La calidad del vínculo que el niño logre establecer con sus padres y especialmente con su madre desde que es un bebé, incluso antes de nacer, es primordial para su salud física y emocional futura.

De igual manera los bebés vinculados a su madre se sienten protegidos, desarrollan una especie de confianza en los demás que les funciona, y eso hace que más tarde sean socialmente más competentes.

La autoestima puede comenzar a desarrollarse cuando un bebé recibe atención positiva y cuidados amorosos. Comienza cuando un niño se siente seguro, amado y aceptado.

A medida que los bebés crecen y se convierten en niños, son capaces de hacer algunas cosas sin ayuda. Cuando pueden usar sus nuevas habilidades, se sienten bien. Su autoestima crece cuando los padres les prestan atención, los dejan probar cosas, les sonrían y les demuestran su orgullo.

A medida que los niños crecen, la autoestima puede aumentar cada vez que intentan algo nuevo, hacen y aprenden cosas.

Esto puede ocurrir cuando los niños:

- Avanzan hacia un objetivo
- Aprenden cosas en la escuela y obtienen buenas calificaciones
- Hacen amigos y se llevan bien
- Hacen sus actividades favoritas, como música, deportes, arte, cocina o habilidades técnicas
- Ayudan, dan o son amables
- Se esfuerzan por hacer algo y reciben elogios
- Se sienten comprendidos y aceptados

Cuando un niño adquiere una buena autoestima se siente competente, seguro, y valioso. Entiende que es importante aprender y no se siente disminuido cuando necesita de ayuda. Será responsable, se comunicará con fluidez, y se relacionará con los demás de una forma adecuada.

Al contrario, el niño con una baja autoestima no confiará en sus propias posibilidades ni en las de los demás. Se sentirá inferior frente a otras personas y, por lo tanto, se comportará de una forma más tímida, más crítica y con escasa creatividad, lo que en algunos casos le podrá llevar a desarrollar conductas agresivas y a alejarse de sus compañeros y familiares.

Estrategias para promover un apego seguro

Es relevante mencionar a Chávez (2019):

El apego es el vínculo que se establece tempranamente entre la díada madre e hijo y que ontogénicamente en su origen evolutivo asegura el mantenimiento de la especie. Es fundamental que el mismo se realice en condiciones favorables para el buen desarrollo emocional y cognitivo del niño, fortaleciendo su salud mental; su realización en condiciones desfavorables se caracteriza por diferentes tipos de apego, que puede resultar en variados trastornos de conducta que afectarán al niño hasta la adultez, lo que explica el origen adquirido de muchas patologías psiquiátricas. La transmisión del apego se realiza en forma intergeneracionalmente, y se deben promover las medidas preventivas en las gestantes con factores de riesgo para facilitar el apego seguro, así como conocer el rol del pediatra en el fomento del mismo. (p. 32)

Es relevante mencionar a la Fundación de Enfermeras de Cantabria (2014), donde especifica los mecanismos mediante los que se desarrolla el Vínculo Afectivo. La vinculación afectiva se da mediante mecanismos que desarrollan tanto el neonato como sus padres:

1. Poner al Recién Nacido sobre la piel de la madre

El contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida tiene varios beneficios tanto para la madre como para el bebé. El olfato, el tacto, el sonido y la calidez permiten que los niños formen relaciones únicas. Para las madres en contacto con niños, la succión de los senos puede aumentar la oxitocina, lo que promueve las contracciones uterinas y la salida del calostro. Reduciéndose la presión y el impacto emocional causado por el parto, que comienza a proteger y cuidar. Generándose así un sentimiento de protección y cuidado.

2. Fomenta el contacto visual y táctil

El vínculo entre madre e hijo siempre se fortalece a través de los sentidos, y una de las claves básicas es saber utilizarlos todos juntos. Es importante una comunicación a través del tacto, el sonido, las caricias y el habla. Incluso con cuidados y cosquillas se puede fortalecer y lograr una gran conexión emocional. Así los niños aprenden a reconocer los olores, sonidos y piel de su madre. Por otro lado, las madres y otros adultos cercanos pueden conocer al lactante cuando esta despierto, necesita limpieza o tiene hambre, para así mejorar la respuesta y anticipa acciones de cuidado.

3. El método canguro

El método canguro se fundamenta en el contacto permanente de la madre con el recién nacido. Siendo así el mensaje clave que “nunca hay que separar a la madre del recién nacido”. Negar a los lactantes esta relación les consigue presumir: déficit de atención, cólicos, dificultades de sueño. Este método es fundamental para ayudar la lactancia materna, ya que favorece la producción de leche materna.

4. Aprovecha el momento de alimentar al bebé

La lactancia materna es el mejor regalo al inicio de la vida de un niño; La lactancia materna permite que crezca el amor entre madre e hijo. Además de proporcionar una nutrición óptima, también ayuda a crear vínculos afectivos. Las caricias, los abrazos y los latidos del corazón de una madre la unen física y emocionalmente a su bebé. Se recomienda practicar el método canguro en la sala de partos, pues si el recién nacido permanece en contacto piel con piel

con la madre durante al menos 50 minutos podrá agarrarse bien al pecho y terminar el resto.

Donde la forma correcta promueve una lactancia materna exitosa. En el cual, si el bebé nace prematuramente, los senos de la madre producen leche específica para bebés. Incluso en el caso de los gemelos, los pechos producen una leche específica para cada persona.

5. Comparte el mismo espacio físico

Es preferible que el lactante duerma en su cuna, pero cerca de su madre. Esto significa que se recomienda que madre e hijo compartan el mismo espacio físico siempre que sea posible. De hecho, muchas madres optan por tener la habitación de su bebé cerca de su propia habitación. Compartir el espacio físico fomenta el contacto piel con piel con el bebé y fortalece el vínculo entre ambos.

6. Acaricia a tu bebé cuando llora

Es importante que los padres presten atención, escuchen y hacerle saber al lactante que su familia está ahí para ayudarlo y satisfacer sus necesidades. El contacto físico vuelve a ser una forma única de interacción.

Las conexiones seguras promueven y aumentan la sensación de seguridad de los niños a lo largo de los años. Además, facilita el desarrollo de su autonomía y personalidad desde la primera etapa. La hora del baño también es un buen momento para establecer un vínculo con el bebé, al igual que la hora de dormir o consolarlo.

Cuando los bebés se sienten cuidados, el vínculo con sus padres no sólo aumenta significativamente, sino que también se fortalece.

7. Háblale y cántale

El bebé llegará a una etapa en la que prestará atención a todas las señales que le puedan dar. Además, se comunican mediante señales como sonrisas y balbuceos donde responder a esto llamará su atención y promoverá la conexión de manera positiva. Más adelante, estas interacciones le ayudarán a comprender los elementos clave de la comunicación. Los niños pequeños se relacionan con las respuestas faciales, corporales y vocales de sus padres.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo VII

Adopción del Rol Materno.
Percepción de la Experiencia del Nacimiento.

Lic. Mónica Danny Tonguino Rodríguez. Mg.

 <https://orcid.org/0009-0003-7056-5234>



Introducción

La adopción del rol materno es un aspecto fundamental en la crianza y el cuidado de los hijos. Implica el desempeño de actividades cotidianas que van desde la alimentación y la protección física hasta el apoyo emocional y la transmisión de valores. Este rol puede ser asumido tanto por madres biológicas como por madres adoptivas, y conlleva un profundo compromiso y amor hacia los niños.

Por otro lado, la percepción de la experiencia del nacimiento es un tema que suele estar vinculado al rol materno, ya que el proceso de dar a luz y la llegada de un hijo pueden tener un impacto significativo en la vida de una mujer. La vivencia del parto y el período postnatal pueden influir en la conexión emocional con el bebé y en la forma en que se asume el rol materno. Donde la adopción del rol materno y la percepción de la experiencia del nacimiento son aspectos cruciales en la formación de vínculos afectivos y en la construcción de la identidad como madre.

Adopción del rol materno

La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y de desarrollo entre la madre con su hijo que trae como consecuencia la creación de un vínculo afectivo en un espacio y tiempo determinado. La mujer al asumir el papel de madre ejecuta las acciones del cuidado de su hijo y siente satisfacción al realizarlas. La teoría de la Adopción del rol maternal de Ramona Mercer, alude variables maternas como la edad, experiencia en partos, estrés social, apoyo social y el auto concepto.

Es distinguido indicar a Guevara (2020), donde se expone que:

Adopción del rol materno: “Es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante la cual la madre establece un vínculo con un niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol, expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo”. (p. 17)

Donde la Teoría de Adopción del rol maternal presenta como principio fundamental la adopción que tiene el contexto (llámese personal asistencial, enfermeras, familia, entorno escolar y otros grupos o asociaciones) para cumplir, de manera sustituta, con este rol. En este aspecto se señala que las competencias tienen que ver con los cuidados relacionados al mejoramiento

de una experiencia satisfactoria que constituya el rol materno inicial y que se identifique con estos cuidados.

En su teoría se plantea que los factores como la cultura del individuo, la familia o red de apoyo, la contribución por parte del cónyuge, son muy importantes para hacer a una mujer capaz de adoptar el papel de madre.

Donde las peculiaridades de la madre que influyen en el rol materno, se encuentran dos relevantes situaciones como la edad y la correspondencia padre-madre; al hacer mención de la edad se hace referencia al nivel de madurez que tiene la madre en el momento del embarazo, siendo este un factor definitivo en el proceso de adaptación del rol materno; y la relación padre-madre, afectando directamente el estado emocional de la embarazada e influyendo claramente en su conducta y en la situación que esta presentando.

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar a Ortiz (2023), donde:

Según Ramona Mercer en su teoría de Adopción del Rol Maternal, es una conversión de mujer a madre, este proceso se origina con el transcurrir del tiempo, se va convirtiendo en participativo y se perfecciona cuando esta crea un vínculo con él bebe, se experimentan nuevas acciones para cuidar lo que genera un sentimiento de placer y gratificación personal al hacerlo. Se puede decir que empieza desde la gestación, se convierte en incesante y oscilante, se plantea metas, se desarrolla competencias en el cuidado del hijo, demostrando comportamiento adecuado y sobre todo responsabilidad, para que se sienta una armonía, y una intimidad como mujer para entender lo que significa identidad materna, que se culmina con la aceptación del rol maternal. (p.1609)

De igual manera, Mercer analiza los desafíos que enfrentan las mujeres durante el proceso de convertirse en madres y cómo estos desafíos se determinan desde la concepción hasta el primer año de vida. La percepción que una mujer tiene de su capacidad para mantener a su hijo es lo que define ser madre. Es posible que la madre prediga el comportamiento del niño y garantice que las acciones se lleven a cabo de manera adecuada para o con el niño. Además de identificar obstáculos o fuentes de apoyo, el cuidado de enfermería también debe colaborar con la madre para sugerir acciones que promuevan el rol materno.

Rol materno

La etapa de desarrollo e interacción desde la concepción hasta el primer año de vida, cuando la madre crea un vínculo con el niño, aprende los roles involucrados, cuida al bebé y expresa placer y satisfacción con su nuevo rol. La definición de competencia de rol de Mercer implica la capacidad de brindar atención experta y sensible a un niño siendo consciente de las acciones, los plazos y los motivos apropiados.

Así mismo para Ortiz (2016), las habilidades de alimentación se definen como convenientes cuando la madre tiene la capacidad de reconocer a los signos de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante produciendo una ingesta autorregulada. Estas habilidades están determinadas al qué, cuánto y cómo se alimenta en correspondencia a la lactancia materna y a la nutrición adicional.

Donde el resultado de que el niño se presente sin ninguna enfermedad que pueda causar separación entre madre e hijo e interferir con la adopción en posición materna.

De igual manera, la primera infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano en el que el individuo adquiere, a través de la madre, las herramientas necesarias para convertirse en un ser autónomo, independiente y sano. Sin embargo, la imposibilidad de la madre para brindar cuidados puede provocar que el niño no alcance su pleno desarrollo. desarrollo físico, mental y social. Estos niños generalmente tienden a sustituir los sentimientos maternos por experiencias placenteras, como comer sin sentir hambre y sin saciedad autorregulada.

La teoría de adopción del rol materno de Mercer según Ortiz (2016):

- El rol materno firme es conseguido en la socialización a lo largo del tiempo y este crea como la madre define y percibe los hechos sobre las respuestas de sus hijos junto con su situación vital a la cual debe responder,
- Un rol materno fijo es influenciado por las peculiaridades innatas de su personalidad como su temperamento, percepción de sus emociones, de igual modo de su nivel de desarrollo,
- El hijo muestra la capacidad de la madre a través de su crecimiento y desarrollo,

- El hijo acumula la atribución del desempeño del rol e influye a su vez en dicha obligación.

El modelo de la adopción del rol materno de Mercer Figura 17, se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner según Oyola (2023):

El microsistema es el ambiente inmediato donde se origina la adopción del rol maternal; dentro de él se localiza: el funcionamiento familiar, relaciones entre la madre y el padre, apoyo social y el estrés. Se recalca la relevancia del padre en la adopción del rol, ya que este favorece a atenuar la tensión en el binomio madre-hijo.

- El mesosistema, influye e interactúa con las personas en el microsistema. En este se encuentran: escuela, lugar de trabajo y otras entidades.
- El macrosistema contiene las atribuciones sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

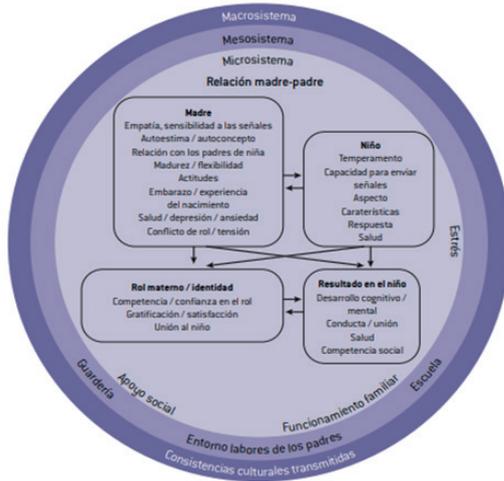
Estadios de la adquisición del rol maternal

Según Mercer existen estadios para la Adopción del Rol Maternal así:

- Anticipación: se inicia en la gestación y contiene los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo.
- Formal: emprende en el nacimiento e contiene el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se sitúan por medio de las posibilidades formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- Informal: la madre es responsable de crear el rol materno, logrando que encaje en su vida apoyándose en sus vivencias.
- Personal: la mujer asume el rol. Siente armonía, confianza y seguridad para cuidar al recién nacido. Alcanzando así el rol maternal.

Figura 17.

Modelo de adopción del rol materno.



Nota. Tomado de *Integración de la Práctica y la Teoría de “Convertirse en Madre”, de Ramona Mercer, desde una Narrativa de Enfermería* de Oyola Naranjo, D. J. (2023), <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/8c-19dabd-5ed1-4e71-b8a6-e451fe2b7a02/content>

Asimismo, es relevante mencionar a Núñez (2020), donde se explica que existen situaciones en las que la madre biológica del infante se encuentra ausente, donde surge el apego y se genera con aquella persona que cumpla esta función. En este sentido, ocupando el lugar de madre, brindándole el alimento, los cuidados necesarios y el cariño al pequeño; denominándose esta persona como “cuidador principal”, el cual ocupe ese rol.

Es importante resaltar que la teoría de la adopción del rol materno propone que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos, con el fin de sobrevivir y para poder desarrollarse física, social y emocionalmente. Por lo cual el apego es el proceso mediante el cual el niño establece y mantiene un sentido de seguridad, que se convertirá en la base para las separaciones futuras de su madre y la exploración cognitiva de su entorno.

En el mismo orden de ideas es notable mencionara a Vargas (2020) donde se explica que las madres primerizas van aprendiendo a enfrentar las tareas de la maternidad y los aspectos principales que las favorecen en su nuevo rol son el apoyo social y la asesoría profesional.

Percepción de la experiencia del nacimiento

Es relevante mencionar a Suárez (2022), el cual define a la percepción es la acción y efecto de percibir algo en concreto.

La sensopercepción o percepción sensorial es un proceso a través del cual capturamos estímulos de nuestro entorno para que puedan ser procesados e interpretados a nivel cerebral.

La sensopercepción, tal y como indica su propio nombre, consta de dos partes: la sensación y la percepción. La sensación es un proceso neurofisiológico que implica la recepción de información (mediante receptores sensoriales distribuidos por el organismo) que proviene de nuestro propio cuerpo y del entorno.

Percibimos constantemente muchos aspectos diferentes, pero todo lo que se percibe sólo se incluye como un aspecto parcial en el panorama general, en la percepción de la actitud ante la vida. Todo ser vivo lo percibe así. Cada ser tiene una visión de sí mismo en cada momento y en cada circunstancia, conoce sus habilidades o no, y las criaturas que lo rodean o no, ciertos depredadores que debe saber evitar. Cada ser evoluciona resaltando sus propias habilidades, creando equilibrio entre las especies. Sin embargo, estar vivo y reconocer los peligros y problemas que trae la vida son comunes a todos los seres vivos.

La percepción del Recién Nacido

Debe señalarse que la percepción es lo que una persona comprende a través de sus sentidos. La información recibida a través de los sentidos se procesa en el cerebro y allí se compara con la información que ya tenemos. El cerebro puede responder automáticamente o formular una respuesta más reflexiva. Los recién nacidos ya muestran algunas respuestas básicas, pero mejoran a medida que se desarrollan. Se han establecido indicaciones sobre el desarrollo y para evaluar el nivel del mismo y de los sentidos de un niño de igual manera interpretar la información recibida.

Por consiguiente, la percepción vital del recién nacido sufre un cambio fundamental del ambiente intrauterino a la nueva situación, de manera que la adaptación se hace necesaria. Donde debe estar un cierto alivio de haber superado el periodo expulsivo y ciertas endorfinas pueden ayudar a suavizar el nuevo contexto. Los sentidos, no obstante, ya existentes antes de salir, se recalcan al hacerlo. Sin embargo, aún no puede ver, la audición y el tacto obtienen magnos adelantos.

Aspectos resaltantes del desarrollo perceptivo de los niños de 0 a 3 meses de vida.

- Percibe en momentos de atención, el movimiento, los contrastes y los contornos.
- Reconoce el rostro de la madre por la línea contrastada de separación entre el cabello y la frente. Le gusta ver círculos, sus ojos y en general rostro humano
- En cuanto al oído, percibe las vocalizaciones humanas y sonidos rítmicos.
- Los bebés captan desde un inicio, no solo las diferencias grandes entre sonidos, sino también las más sutiles.
- Imita sonidos
- Demuestra preferencia por algunos objetos.
- Muestra desagrado por ciertos olores

Donde el recién nacido capta perfectamente a sus padres, sus caricias, sus cálidos brazos, sus susurros al oído, sus besos y el cariño que recibe que le hace sentir un nuevo amparo y apoyo. Por otra parte, su hambre innata pone en marcha el peristaltismo digestivo que hace progresar el alimento. La adaptación perceptora del nuevo medio interno y el externo abren un nuevo capítulo evolutivo en estos seres, donde todo es desconocido, también intuitivo y comunicativo

La experiencia del nacimiento es única para cada persona en este caso para la madre y el recién nacido. Alguna madre e inclusive su grupo familiar pueden percibir el nacimiento como un momento de gran alegría y emoción, mientras que otras pueden sentir ansiedad o miedo. Para algunas personas, el nacimiento puede ser un proceso largo y desafiante, mientras que para otras puede ser rápido y sorprendente.

En otras palabras, la individualidad se acentúa, sin embargo, la dependencia es total. Los órganos y sistemas están acabando de formar, creciendo todo el organismo y ganando peso los primeros meses. La vida del recién nacido en este nuevo mundo es, en general, tranquila. Concibe la conexión materna y en ella se ampara, sintiendo también el cariño del padre y familiares. La lactancia presume la continuación del periodo neonatal y sea como sea, a partir de entonces, el enorme crecimiento del organismo con un mandato genético. La homeostasis se afina y el control interno asegurado

Es importante señalar que la percepción de la experiencia del nacimiento puede variar según las circunstancias individuales, incluyendo el entorno, el apoyo emocional y físico disponible, y la preparación previa al parto. Independientemente de la percepción individual, el nacimiento es un momento significativo y especial en la vida de una persona, y es importante proporcionar apoyo y comprensión a quienes lo experimentan.

La percepción de la madre y la familia

Berlanga citado por Adalia (2020), expone que las diferentes situaciones que afronta la madre desde el momento de la procreación hasta el nacimiento de un nuevo ser, estos conllevan a cambio en su autopercepción y su autoeficacia los cuales puede ser determinante en su experiencia, y afectar a sus decisiones en cuanto al modelo de crianza, la forma de alimentación o el grado de participación en el cuidado y la distribución de los roles familiares.

Donde la experiencia del nacimiento es única y personal para cada individuo. Puede ser un momento lleno de emociones intensas, tanto para la madre como para el bebé, y puede variar en gran medida dependiendo de varios factores, como el entorno, el apoyo emocional, el nivel de dolor experimentado y la salud tanto de la madre como del bebé. Es importante reconocer que cada experiencia de nacimiento es válida y única, y puede haber una amplia gama de percepciones al respecto.

En el cual el nacimiento involucra el desprendimiento del recién nacido del cuerpo la madre, y se inicia la vida independiente del nuevo ser humano, y es el instante de la primera percepción del mundo que lo recibe.

Donde la manera de nacer implicará en toda la vida, cambiará también desde ese momento la dinámica familiar y la percepción del nuevo integrante para los padres, hermanos, abuelos, entre otros.

De igual manera es significativa la experiencia que vive la mamá durante el embarazo, el trato que tuvo de sus seres queridos, el nivel de estrés, si él bebe era deseado o no. Todos estos factores influyen a la hora del parto, ya que en este instante será para la mamá una transformación general; de impacto emocional, el acomodo con el entorno y la vinculación del recién nacido con ella (darle pecho, abrazarlo, cuidarlo ella misma y no terceros, el tiempo y calidad que le dedique, entre otros).

Durante el embarazo, la mujer experimenta muchas emociones; Los sentimientos están a flor de piel, sueños, miedos, cambios físicos y hormonales. Es el momento de reconocer la feminidad en todo su esplendor vivificante,

cuando una madre puede sentir un regocijo y una alegría que nunca olvidará, o una ansiedad y un miedo que intenta no recordar, y en los que puede caer en una depresión posparto. afectarlos. cuidar de sus hijos.

Donde la madre y la familia deben tener información positiva sobre el tema, ya que necesitan organizarse emocional y económicamente para recibir al nuevo bebé y que los gastos que esto implique no sean un factor de estrés y causante de no desear tener hijos.

Se puede señalar a Jambersi (2020), que en su trabajo de investigación concluye que, aunque las madres son orientadas en el cuidado prenatal sobre temas relacionados con el recién nacido, muchas aún tienen conflictos para cuidar a su hijo, pero, estas dificultades se ven empeoradas por la falta de asistencia apropiada.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo VIII

Familia. Tipos. Valores, creencias y actitud frente a la Crianza del RN. Educación para la Salud.

Introducción

La familia es el fundamento de la sociedad y se puede expresar de muchas maneras, entre ellas los valores familiares como el amor, el respeto, la comunicación y el apoyo mutuo son esenciales en la crianza de un niño recién nacido. Las creencias y actitudes hacia la crianza de un recién nacido pueden variar según la cultura, la religión y la experiencia personal. Algunas familias pueden priorizar la autoridad y la disciplina, mientras que otras pueden centrarse en el cuidado amoroso y la autonomía del niño. La educación sanitaria tiene como objetivo proporcionar a las familias información y apoyo para tomar decisiones informadas sobre la salud y el bienestar de su recién nacido.

Familia. Tipos

En primer lugar, es importante mencionar a Morales (2023), donde define a la familia como una institución fundamental en la sociedad, y aunque su estructura ha evolucionado con el tiempo, existen aún cuatro tipos de familia principales; cada una con características y dinámicas únicas.

Según Morales (2023), en estudios sociológicos, se han identificado 4 tipos de familia principales: la familia nuclear, la familia extensa, la familia homoparental y la familia monoparental.

- La familia nuclear es la más usualmente distinguida y se refiere a la unidad familiar conformada por dos progenitores y sus hijos. Esta distribución familiar puede ser tradicional o moderna, dependiendo de las costumbres y valores culturales de cada sociedad.
- La familia extensa, es aquella en la que viven varias generaciones bajo el mismo techo, conformada por los abuelos, tíos, primos y otros parientes próximos. Este tipo de familia puede ser más común en culturas donde se valora la unidad familiar y la auxilio o asistencia mutua.
- La familia homoparental se describe por aquellas formadas por parejas del mismo género que han decidido tener hijos, puede ser por adopción, inseminación artificial o subrogación.
- La familia monoparental se dispone de un progenitor y sus hijos. Esta distribución familiar puede ser la consecuencia de una separación, divorcio, viudez o decisión personal de tener hijos sin pareja. Las familias monoparentales consiguen enfrentar desafíos económicos y emocionales, pero también pueden ser muy fuertes y unidas.

En segundo lugar, podemos encontrar a Médicos Familiares (2023) lo cual definen a la familia como un sistema abierto en invariable interacción con los ambientes histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su proporción, lo cual muestra que no todas están compuestas de igual manera.

Donde las discrepancias entre las familias de una sociedad se exponen e pretenderán catalogar para poder percibir mejor la dinámica familiar, al reflexionar que hay diferentes hechos macroestructurales e históricos que dan parte a una multiplicidad extensa de tipos familiares.

Preexisten una gran diversidad de familias; donde la prevalencia de los diferentes tipos de familias, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varían con el tiempo y según las evoluciones económicas, demográficas y culturales del contexto social.

De igual manera es relevante menciona que en la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005 citada por Médicos Familiares (2023), llegándose a un consenso donde se creó la categorización de la familia con base a cinco ejes primordiales que son:

- El parentesco Tabla 3 y 4.
- La presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo Tabla 5.
- Los medios de subsistencia
- El nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares. Tabla 6.

Tabla 3.

Clasificación de la familia según el parentesco.

| CON PARENTESCO | CARACTERÍSTICAS |
|----------------------------------|--|
| Nuclear | Hombre y mujer sin hijos |
| Nuclear simple | Padre y madre con uno a tres hijos |
| Nuclear numerosa | Padre y madre con cuatro hijos o más |
| Reconstruida (binuclear) | Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior |
| Monoparental | Padre o madre con hijos |
| Monoparental extendida | Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco |
| Monoparental extendida compuesta | Padre o madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco |
| Extensa | Padre y madre con hijos mas otras personas con parentesco |
| Extensa compuesta | Padre y madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco |
| No parental | Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc) |

Nota. Tomado de *Clasificación o Tipología de la Familia* de Médicos Familiares (2023), <https://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-f>

Tabla 4.

Clasificación de la familia según sin parentesco.

| SIN PARENTESCO | CARACTERÍSTICAS |
|---------------------------------------|--|
| Monoparental extendida sin parentesco | Padre o madre con hijos, mas otra persona sin parentesco |
| Grupos similares a familias | Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares |

Nota. Tomado de *Clasificación o Tipología de la Familia* de Médicos Familiares (2023), <https://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-f>

Tabla 5.

Clasificación de la familia según la presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo.

| PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR | CARACTERÍSTICAS |
|------------------------------|---|
| Núcleo integrado | Presencia de ambos padres en el hogar |
| Núcleo no integrado | No hay personas físicas de alguno de los padres |
| Extensa ascendente | Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres |
| Extensa descendente | Padre que viven en la casa de alguno de los hijos |
| Extensa colateral | Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales |

Nota. Tomado de *Clasificación o Tipología de la Familia* de Médicos Familiares (2023), <https://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-f>

Tabla 6.

Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

| TIPO | CARACTERÍSTICAS |
|--|---|
| Persona que vive sola | Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo evolutivo |
| Matrimonio o pareja de homosexuales | Parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos |
| Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos | Parejas del mismo género con convivencia conyugal e hijos adoptivos |
| Familia grupal | Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo |
| Familia comunal | Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente y comparte todo excepto las relaciones sexuales |
| Poligamia | Incluye poliandria y poliginia |

Nota. Tomado de *Clasificación o Tipología de la Familia* de Médicos Familiares (2023), <https://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-f>

Valores, creencias y actitud frente a la crianza del RN

Desde el punto de vista de Cuervo citado Saavedra (2018), donde define a la crianza como las actitudes y comportamientos de los padres frente a la salud, educación y sociedad.

De igual manera es relevante mencionar a Banda (2020), el cual expone que la crianza desde la perspectiva cultural se constituye en un reto que lleva consigo diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño.

De acuerdo con Zafra (2022), el cual expone que:

Los pediatras lo llaman “los mil días de oro”. Es el tiempo que transcurre entre la concepción de un bebé hasta que cumple los dos años. Todo lo que pasa en esa etapa es crucial para el futuro de la criatura. Los hábitos del resto de la familia, el comportamiento y las costumbres adquiridas en casa influyen en el metabolismo del bebé y marcan su futuro. Por eso, estos meses suponen, insisten los especialistas, el momento clave para promover conductas saludables al máximo. (p. 1)

En ese sentido, para Banda (2020), es importante reconocer que cada persona, cada grupo o subgrupo tienen sus ajustadas prácticas, creencias, valores y tradiciones. Donde no es posible procurar homogeneizar el cuidado y especular que los de una cultura sean válidos para las demás culturas con desiguales creencias, valores y prácticas; de igual manera es preciso buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. En cuanto más se conozca de una cultura, más fácil será predecir su conducta y las normas que esa conducta transmite a los individuos que pertenecen a ella.

En el mismo orden de ideas y desde el punto de vista de Banda (2020), el cual explica que las creencias culturales afectan el cuidado del recién nacido en ciertas culturas, afectando estas sus actitudes.

Ciertas creencias culturales en el cuidado del recién nacido:

- Estadounidenses de origen asiático: entienden que el calostro es dañino (viejo, rancio, sucio, venenoso o contaminado) para él recién nacido, por lo que se retrasa la lactancia materna hasta el arribo de la leche.
- Estadounidenses nativos: postergan la lactancia ya que piensan el

calostro dañino y sucio. Manejan mochilas para bebés y no manio-
bran mucho al bebé.

- Hispanoamericanos: retrasan la lactancia debido a que el calostro es considerado sucio y podrido. Usan un collar religioso que se coloca alrededor del cuello del neonato tras el nacimiento. No circuncidan a los lactantes varones. Acostumbran colocar una faja abdominal al recién nacido para impedir la hernia umbilical.
- Arabeamericanos: ayunan durante el embarazo para tener un hijo varón.
- Afroamericanos: ven la lactancia como algo vergonzoso y, por lo tanto, alimentan con biberón. Introducen alimentos sólidos prematuramente, de igual manera ponen aceite en la piel del bebé.

Educación para la salud

En primer lugar, es destacado mencionar a Hernández (2020), en el cual expone que la educación para la salud se define como la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud.

Donde cada hospital puede tener instrucciones específicas para las familias sobre temas relacionados con educación para la salud. En el cual la enfermera imparte la formación a la familia sobre los cuidados del recién nacido que deberá seguir el protocolo del hospital o guía del país.

Es relevante destacar que una buena asistencia establece una atención de calidad con evidencia científica, desarrollando actividades e intervenciones durante su estancia y posterior alta hospitalaria. La atención del recién nacido comienza con un adecuado seguimiento del embarazo, tomando decisiones que no deben dejarse para el último momento, los padres deben conocer y asumir el tipo de asistencia que van a recibir, elegir la alimentación que se le va a dar, y plantear con sus familiares y amigos cómo desean que transcurran los primeros días de vida del niño.

Al promover una crianza saludable, es importante reconocer y respetar las diversas perspectivas y tradiciones familiares, al mismo tiempo que se proporciona orientación basada en las mejores prácticas y evidencia científica. La educación para la salud dirigida a las familias con recién nacidos debe abordar temas como la nutrición, la higiene, el desarrollo infantil, la prevención de lesiones y enfermedades, así como el cuidado emocional tanto del bebé

como de los padres. Este enfoque integral ayuda a fortalecer el vínculo entre la familia y el sistema de atención médica, promoviendo la salud y el bienestar de todos sus miembros

Las primeras semanas del niño son muy inquietantes para los padres. La mayoría de las complicaciones que pueden sucederles en el cuidado del recién nacido, se pueden prevenir, controlar y tratar. Lo que justifica la necesidad de realizar un protocolo, al alta que incluya una educación sanitaria personalizada, adecuada a las necesidades identificadas durante el ingreso de la madre.

De igual manera es relevante que el personal de salud encargado de la educación y orientación de la madre y la familia explicar el procedimiento y asegúrese de que están de acuerdo con que se realice la intervención. Procurar que participe el padre en la educación y el cuidador directo cuando no sea la madre:

- Informar a la familia sobre la anatomía normal del recién nacido.
- Fontanelas explique que los recién nacidos tienen dos fontanelas (puntos blandos) en el cráneo: la más grande está en la parte anterior (delantera) del cráneo, y la más pequeña está en la parte posterior (trasera). Indicar a la familia que comunique inmediatamente al médico si detecta una fontanela notablemente hundida o abultada.
- Instruir a la familia sobre la respiración normal del recién nacido.
- Explicar que un recién nacido puede mostrar una respiración irregular, a veces ruidosa y a veces suave, con una frecuencia de aproximadamente 30 a 60 respiraciones por minuto. Dígale a la familia que informe inmediatamente de los signos de dificultad respiratoria.
- Animar a la familia a tomar una clase de reanimación cardiopulmonar (RCP), especialmente si el recién nacido tiene problemas cardíacos o respiratorios.
- Explicar que los estornudos en los recién nacidos son normales.
- Explicar que los genitales y los pechos del recién nacido pueden estar agrandados y enrojecidos. El escroto de un niño puede ser grande, y la niña puede presentar una secreción lechosa de los senos y una secreción lechosa, teñida de sangre, de la vagina.
- Enseñar a los miembros de la familia a utilizar la pera de succión, solo cuando sea necesario, para eliminar el exceso de mucosidad de la

boca y la nariz.

- Enseñar a la familia a mantener la temperatura corporal del recién nacido dentro de parámetros normales.
- Explicar que hay que abrigar a los recién nacidos porque tienen dificultades para regular la temperatura corporal y que la exposición al frío puede ser peligrosa para un recién nacido que no esté vestido adecuadamente.
- Aconsejar a la familia que vista al recién nacido como vestiría a un adulto en las mismas condiciones y que añadan una manta ligera. Explique que no es necesario añadir una manta cuando hace calor. Recomiende el uso de un gorro en época de invierno o de temperatura ambiental fría, ya que es la cabeza por donde pierde mayor cantidad de temperatura.
- Enseñar a la familia que tome la temperatura del recién nacido si sospecha que está enfermo o si lo siente más caliente de lo normal.
- Explicar que es preferible un termómetro digital por su seguridad y facilidad de uso.
- Enseñar a la familia a bañar al recién nacido.
- Indicar a la familia que es normal que los recién nacidos pueden tener la piel seca y descamada y que, en la mayoría de los casos, las lociones y cremas son innecesarias y pueden irritar la piel. Explique que se pueden utilizar emolientes, si fuera necesario.
- Enseñar a la familia a cuidar el cordón umbilical.
- Enseñar a la familia a mantener el cordón seco doblando los pañales por debajo de este.
- Informar a la familia que el cordón umbilical puede estar sumergido en agua tibia durante el baño.
- Asegúrese de que los miembros de la familia sepan que deben dejar que el cordón se desprenda de forma natural y no tirar de él.
- Valore las creencias de la familia, algunas creencias guardan o entierran el cordón umbilical como signo de prosperidad futura.
- Enseñar a observar la zona del cordón umbilical en busca de signos de infección.

- Informar a la familia que se comunique con el médico si el niño presenta signos de infección como enrojecimiento, aumento de volumen, fiebre, mal olor y la secreción del cordón umbilical.
- Informar a los miembros de la familia sobre la producción normal de orina y heces para un recién nacido.
- Explicar que el recién nacido debe mojar uno o dos pañales al día durante los primeros 1 o 2 días de vida y seis o más pañales al día después del cuarto día.
- Explicar que un recién nacido alimentado con leche materna tendrá frecuentes deposiciones líquidas, poco uniformes y de color amarillento.
- Explicar que un recién nacido alimentado con leche maternizada puede hacer una o varias deposiciones al día y que éstas pueden ser de color amarillo pálido a marrón claro y ser uniformes.
- Informar a los miembros de la familia que el recién nacido puede parecer que hace esfuerzo al defecar; que mientras las heces sigan siendo blandas, este esfuerzo no debe ser motivo de preocupación, pero que la evacuación de trozos pequeños y duros de heces puede ser un signo de estreñimiento y debe consultarse con el médico.
- Instruir a los miembros de la familia sobre el cambio de pañales.
- Informar que limpien la zona del pañal con cada cambio de pañal, desde la zona más limpia a la más sucia.
- Informar que deben dejar la zona del pañal al aire con frecuencia para ayudar a prevenir la dermatitis del pañal.
- Instruir a utilizar una pomada a base de vaselina o una pomada a base de óxido de zinc a modo de barrera, si aparece la dermatitis del pañal; poner una capa delgada y que eviten frotar enérgicamente el agente tópico durante el cambio de pañales y que avisen al médico si la dermatitis del pañal persiste.
- Explicar a la familia a alimentar al recién nacido.
- Respetar los deseos y las creencias culturales de la familia con respecto a la alimentación del recién nacido.
- Valor la capacidad de la familia para determinar si el recién nacido está preparado para alimentarse a través de las señales de hambre.

- Explicar esta instancia para recordar los beneficios de la leche materna.
- Asegurarse de que la familia conoce las técnicas adecuadas y eficaces para la lactancia materna, la alimentación con leche maternizada o ambas.
- Valorar la capacidad de la familia para determinar la frecuencia de la alimentación y el tipo de leche maternizada (si procede) y solucionar la tolerancia alimentaria del recién nacido.
- Indicar a la familia que no complemente las tomas de leche materna o de leche maternizada con agua porque puede provocar confusión tetina-pezón. Aconséjeles que, si el recién nacido parece tener hambre, lo mejor es volver a ofrecerle el pecho o el biberón.
- Informar a la familia que muchos recién nacidos pierden peso durante la primera semana de vida y luego comienzan un aumento de peso de forma constante.
- Enseñar a la familia a sacar las flatulencias postalimentación.
- Enseñar a la familia el cuidado de las uñas del recién nacido.
- Informar a la familia que no corte las uñas del recién nacido inmediatamente después del nacimiento, sino que las deje crecer lo suficiente para evitar que se lastime al cortarlas.
- Informar a la familia la posición segura del recién nacido cuando duerme.
- Explicar que el recién nacido debería ser colocado en un colchón de cuna con sábanas firmes para dormir.
- Indicar a los miembros de la familia que coloquen al recién nacido completamente sobre la espalda. Dígales que nunca deben colocar al recién nacido boca abajo para dormir.
- Informar a los miembros de la familia que alternen el lado de la cabeza del recién nacido contra el colchón para evitar que se aplaste.
- Advertir de que nunca deben colocar almohadas blandas, edredones o plumones, colchas o pieles de oveja debajo o alrededor del recién nacido para dormir.
- Informar de que hay que mantener al recién nacido abrigado durante el sueño, pero sin dejar que se sobrecaliente.

- Informar de que la cuna o la zona de descanso del recién nacido deben cumplir las normas de seguridad.
- aconsejar que eviten cualquier pieza decorativa sobre o dentro de la cuna.
- Informar que el recién nacido debe pasar tiempo boca abajo (tummy time) sólo mientras esté despierto y supervisado por un adulto.
- Instruir a la familia sobre la seguridad del recién nacido.
- aconsejar a la familia sobre la prevención de los traumatismos craneales abusivos o por maltrato infantil. Advértales de que nunca deben sacudir a un recién nacido.
- Informar e instruir a la familia sobre las vacunas, incluidas las que el recién nacido ya ha recibido en el centro de maternidad, y ofrézcales un calendario de vacunación.
- Instruir a la familia sobre el apego o vínculo, socialización y estimulación del recién nacido. Explique que es importante proporcionar la estimulación al recién nacido mediante música tranquila y a los colores brillantes durante las horas que esté despierto, y que los recién nacidos disfrutan cuando se les habla y observando el rostro humano.
- Si es el caso se debe educar a la familia de un recién nacido prematuro tardío sobre los riesgos y la prevención de la ictericia, las dificultades respiratorias, las dificultades de alimentación, la deshidratación y la sepsis.
- Otras informaciones relacionadas con educación para la salud que el personal de enfermería o encargado de orientar y asesora a la madre, padre y grupo familiar considere necesario según el caso.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo IX

Lactancia Materna. Alimentación del Lactante. Rol Materno en la Alimentación. Fisiología de la Lactancia. Técnicas de Amamantamiento.

Lic. Melissa Stefania Acosta Zambrano

 <https://orcid.org/0009-0006-8409-0454>



Introducción

La alimentación, tanto inicial de la lactancia materna como de la alimentación post amamantamiento, representan factores claves en el desarrollo del infante bajo óptimas condiciones garantizando su salud. Por ende, su importancia implícita en su debida documentación por parte de la familia del infante y especialmente la madre.

Lactancia materna

En primer lugar, es relevante mencionar a la Organización Mundial de la Salud (2024), establece que La lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños.

En segundo lugar, es importante indicar Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad (2017):

La lactancia materna se considera la alimentación ideal del lactante. Además, la evidencia científica ha demostrado que los niños no amamantados tienen más enfermedades, más graves y más largas, no sólo durante la época de la lactancia, sino muchos años después. Así, la lactancia materna de más de tres meses de duración puede disminuir hasta un 77% el riesgo de otitis media, un 75% el riesgo de infecciones respiratorias de vías bajas, un 40% el riesgo de asma y un 42% el riesgo de dermatitis atópica. Una lactancia materna de más de seis meses de duración puede disminuir también el riesgo de padecer leucemia en un 20% y en un 36% el riesgo de muerte súbita. Además, parece que la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, obesidad y diabetes de tipo 1 y tipo 2 en la edad adulta. (p. 35)

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar a Guevara (2020), donde exponen:

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información, del apoyo de su familia y del sistema de atención en salud. (p. 10)

De igual manera la leche materna es el alimento ideal para los lactantes. Es segura y limpia y contiene anticuerpos que protegen de muchas enferme-

dades propias de la infancia. Además, suministra toda la energía y nutrientes que una criatura necesita durante los primeros meses de vida, y continúa aportando hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales de un niño durante la segunda mitad del primer año, y hasta un tercio durante el segundo año Figura 22.

Los niños amamantados muestran un mejor desempeño en las pruebas de inteligencia, son menos propensos al sobrepeso o la obesidad y, más tarde en la vida, a padecer diabetes. Las mujeres que amamantan también presentan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.

Por otra parte, la OMS (2024), considera que la lactancia materna debe ser la nutrición exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida, ya que posee grandes propiedades, la cual resulta preciso para el progreso saludable del infante. Donde es importante que la lactancia materna se mantenga, conjuntamente con la introducción de alimentación adicional en forma gradual.

Por su parte el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC (2020), expone que la leche humana brinda una excelente nutrición para los lactantes, como los recién nacidos, prematuros y enfermos. Sin embargo, existen pocas excepciones para la no recomendación de la lactancia materna. Donde varias investigaciones han demostrado, que a partir del año, la leche materna se vuelve más rica en grasas y otros nutrientes, fungiendo como complemento a una dieta cada vez más variada de los niños.

Donde la lactancia materna para el recién nacido suministra muchos beneficios. Encontrándose, entre los primordiales beneficios el que dicha leche es rica en hierro y en la constitución ideal para el lactante, originando una mejor digestión y ausencia estreñimiento.

Además, al consumir dicha leche materna, el lactante queda protegido contra peligros como muerte súbita, infecciones de diversa índole, al ser rica en la mencionada defensa inmunoglobulina y proteger de futuras enfermedades como la diabetes, asma, obesidad, alergias o aterosclerosis.

Asimismo, la lactancia materna exclusiva constituye una piedra angular de la supervivencia y la salud infantiles porque proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, funciona como primera inmunización del lactante, que lo protege frente a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y otras dolencias potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

Por otra parte, Edu.Lat (2022), indica que existe la posibilidad de la lactancia en tándem, dicho escenario se muestra cuando la lactancia materna puede extenderse aún durante un nuevo embarazo, sin que preexista ningún riesgo para el feto. Si la madre lo quiere, puede amamantar a sus dos hijos de edades desiguales de forma paralela.

Cabe destacar, que el CDC (2020), donde se indica que la vivencia de cada madre con la lactancia es desigual. En el cual la lactancia materna existirá como un proceso de aprendizaje.

El lactante está asimilando a:

- Prenderse al pecho de la madre.
- Succionar.
- Tragar.

Figura 18.

La lactancia materna.



Nota. Adaptado de *Qué esperar durante la lactancia materna* de CDC (2020), <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/que-es-esperar-durante-la-lactancia-materna.html>

La Madre está asimilando a:

- Ubicar al recién nacido en posición para alimentarlo.
- Prestar atención y alcanzar las indicaciones de hambre del lactante.
- Operar el suministro de leche materna y la salud de sus senos.

Los iniciales días y semanas: llega la leche

Desde el punto de vista del CDC (2020), después del parto los senos producen una sustancia espesa y amarillenta llamada calostro, el cual es rico en nutrientes y otras sustancias importantes que pueden ayudar a al recién nacido a comenzar a desarrollar su sistema inmunológico. Al principio este líquido no será mucho, pero irá aumentando progresivamente durante los primeros días.

Cuando comience a amamantar, la succión del recién nacido le indicará a su cuerpo que comience a producir leche, esta forma de leche más líquida y blanca llega alrededor de 3 días después del parto, pero puede tardar más tiempo en el caso de las madres primerizas.

- **Perdida de leche:** es posible que la madre sienta los senos llenos y que tenga pérdidas de leche. Con el tiempo, las pérdidas probablemente reduzcan a medida que el cuerpo se acostumbre a la lactancia materna.
- **Congestión mamaria:** durante las primeras semanas después del parto, los senos pueden agrandarse, volverse más firmes, calientes e incómodos a medida que su cuerpo se adapta a la producción de leche. Alimentar al recién nacido con frecuencia debería ayudar a prevenir la congestión intensa y aliviar las fatigas.
- **Pezones doloridos:** durante las primeras semanas de la lactancia materna, los pezones pueden estar doloridos o sensibles a medida que se adaptan a la succión de su bebé.
- **Dolor al amamantar:** sin embargo, los senos y pezones pueden estar sensibles o incómodos, una vez que el recién nacido se haya prendido bien, la lactancia no debería ser dolorosa. En ocasiones, puede sentir dolor si el bebé no se prende bien al pecho, si un conducto de leche está obstruido con leche (conducto de leche obstruido).
- **Depresión posparto:** lo que presentan ciertas mujeres después del parto. Los sentimientos de la depresión posparto son más intensos y duran más que los de la “tristeza posparto”, un término utilizado para describir la preocupación, la tristeza y el cansancio que muchas mujeres tienen después de tener un bebé. Los síntomas de la “tristeza posparto” suelen resolverse por sí solos en unos pocos días.

La depresión posparto es habitual y no se aprecia de igual forma en todos los casos. La repetición con que ocurren los síntomas, su duración y su intensidad pueden ser desiguales para cada persona. Las madres con depresión posparto generalmente pueden continuar amamantando.

Alimentación del lactante

Cuando y con qué frecuencia amamantar

Donde el CDC (2020), indica que cada lactante es diferente. La cantidad y la frecuencia con la que se debe ser alimentado dependerá de sus necesidades:

Primeros días

- El estómago de un recién nacido es muy pequeño. No necesita mucha cantidad de leche con cada alimentación para llenarse.
- Es probable que el lactante quiera comer con una repetición de 1 a 3 horas. La alimentación habitual ayuda a aumentar el abastecimiento de leche y le accede a practicar la succión y la deglución.
- Posiblemente se pueda escuchar al lactante succionar y tragar la leche materna.
- Es recomendable que lo lactantes que reciben leche materna no deben ser alimentados con fórmula infantil en los iniciales días de vida.
- Ciertos recién nacidos pueden estar somnolientos y no estar interesados en alimentarse
- En el inicio, los lactantes necesitan comer aproximadamente cada 2 a 4 horas para ayudarlos a obtener suficiente nutrición y crecer.

Primeras semanas y meses

- A disposición que el lactante crece, su estómago igualmente crece. Por tal motivo sucesivamente logrará beber más leche materna en cada alimentación.
- Entre las primeras semanas y los primeros meses, el tiempo entre cada alimentación se extenderá, alrededor de cada 2 a 4 horas para la mayoría de los lactantes nutridos únicamente con leche materna.
- La frecuencia con que el lactante se alimenta puede cambiar según la hora del día. Donde las sesiones de alimentación pueden ser largas y otras cortas.

- El lactante tomará leche materna entre 8 y 12 veces en 24 horas.

De 6 a 12 meses

- Los esquemas de alimentación de los lactantes varían y posiblemente cambien a medida que crecen y emprenden a comer más alimentos sólidos.
- El lactante se debe alimentar cuando muestre signos de hambre, llamándose lactancia a demanda.
- Si el lactante aparenta no estar interesado en la leche materna posteriormente de consumir alimentos sólidos, se debe intentar amamantarlo antes de brindar los alimentos sólidos.
- La madre tiene que tener presente que la leche materna es la fuente más significativa de nutrición inclusive después de emprender la alimentación sólida.

Es importante que la madre tenga presente que se puede continuar amamantando una vez que al lactante le comiencen a salir dientes, el cual usará la lengua, no los dientes, para alimentarse del pecho.

De 12 a 24 meses

La cantidad de períodos al día que un niño pequeño toma leche materna es variada. Ciertos quieren tomar leche materna solo antes de ir a dormir o por la mañana y otros extienden tomar la leche materna como una porción más grande de su dieta diaria.

A veces, los lactantes dejan de tomar el pecho repentinamente. Muchas veces es difícil saber por qué sucede esto. El destete suele ser temporal y el niño reanuda la lactancia materna a los pocos días. Algunas razones por las que puede negarse a amamantar incluyen la dentición, enfermedades, estrés, cambios ambientales (como una nueva situación de crianza) o cambios importantes en la vida diaria. Por lo general, esto no significa que esté listo para dejar de amamantar.

Donde para ayudar al lactante a volver a amamantar:

- La madre debe seguir brindándole el pecho em un biberón de leche materna si se alimenta con biberón.
- La madre debe pasar más tiempo abrazando y cargando al lactante
- La madre debe ofrecer el pecho en espacios tranquilos y cuando el lactante esté somnoliento o relajado.

- La madre debe extraer la leche con repetición para conservar la provisión de leche hasta que el lactante emprenda a amamantar de nuevo.

Distracción del bebe para la lactancia materna.

- Cuando el lactante está emprendiendo a notar todas las cosas que suceden a su alrededor, esto puede significar que podría distraerse mientras se amamanta.
- La madre debe facilitar la concentración del lactante.

Cuando se puede extraer la leche materna

- Cuando se aleja la madre del bebé, según el CDC (2020), se recomienda que puede extraerse leche de las mamas con anticipación, usando un extractor de leche materna o de forma manual, para que el bebé pueda beber la leche en un biberón.

Con que frecuencia se debe usar el extractor de leche materna

- Se encomienda extraer la leche materna a la misma hora o con la misma repetición con que el lactante se alimenta regularmente. Esto ayudará a recordarle al cuerpo de la madre que siga originando la cantidad de leche que su hijo necesita Figura 23.
- Para la extracción manual de la leche materna, donde la madre debe emplear su mano para friccionar y prensar su seno para extraer la leche. Sin embargo, se precisa práctica, habilidad y coordinación, se hace más posible con el tiempo.

Figura 19.

Extracción de leche materna.



Nota. Adaptado de *Extracción de leche materna* de CDC (2020) , <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/extraccion-de-leche-materna.html>

Cuántas veces debe extraer la madre la leche materna

- La extracción de leche materna debe ser a la misma hora o con la misma frecuencia con la que el bebé se alimenta normalmente debería ayudar a su cuerpo a producir aproximadamente la cantidad de leche materna que su bebé necesita. Esta cantidad puede variar de un bebé a otro y puede cambiar a medida que los bebés crecen. Si descubre que no puede extraerse tanta leche como su bebé quiere tomar mientras está lejos, quizás convenga agregar otra sesión de extracción para aumentar su producción de leche materna.
- Guarde la leche materna de manera segura. Según el CDC (2023), el cual expone que se debe tapar la botella de recolección de leche o selle la bolsa de recolección de leche, colocar una etiqueta con el día y la fecha, e seguidamente colocar en el refrigerador, el congelador o en una bolsa térmica con paquetes de hielo.
- Si el recipiente de recolección de leche se guardará en un hospital o en una guardería, agréguele su nombre a la etiqueta.

Como mantener limpio el extractor de leche materna

Es muy importante mantener limpias las piezas de su extractor de leche materna. Figura 24. El CDC (2023), recomienda lo siguiente:

Primitivamente antes de usar y cada vez que se use el extractor, ya sea la madre o la persona que lo manipule:

1. Lávese las manos bien con agua y jabón durante 20 segundos.
2. Se debe armar el extractor limpio. Examine el extractor o los tubos para ver si tienen moho o se contaminaron durante su almacenamiento y si así fuera se debe desechar y reemplácelos seguidamente.
3. Se debe limpiar y desinfectar el extractor si se está usando un artefacto compartido.
4. Se debe desmontar y examinar el extractor. Desprender o separar todas las partes.
5. Se debe enjuagar las partes que entren en contacto con el pecho o la leche materna con agua corriente para quitar la leche que quede.

Donde inmediatamente después de extraer la leche, limpie las partes del extractor que entren en contacto con el pecho o la leche materna de las consecutivas maneras.

Desinfecte para conseguir una mayor protección

- Se recomienda desinfectar los fragmentos del extractor por lo menos una vez al día. Siendo esta práctica de desinfección significativa si el lactante tiene menos de 2 meses, nació prematuro o si tiene el sistema inmunitario debilitado debido a una enfermedad o tratamiento médico.
- Se debe esterilizar todos los artículos usados para el aseo del extractor como el cepillo para biberones y los otros utensilios usados.

Guárdelos de manera segura hasta que los necesite

1. Deje que las piezas limpias de la bomba, los cepillos para biberones y los recipientes de limpieza se sequen por completo antes de guardarlos para evitar el crecimiento de microorganismos y moho. Una vez que los artículos estén completamente secos, guárdelos en un área limpia y protegida para evitar la contaminación durante el almacenamiento.
2. La persona que manipula el extracto se debe lavar las manos con agua y jabón.
3. Se debe armar nuevamente el extractor Vuelva con todas sus las partes limpias y secas.

4. Luego guardarlo de manera segura. Coloque el extractor armado en un área limpia y protegida, de igual manera con los recipientes para lavar y los cepillos para biberones en un área limpia.

Figura 20.

Limpieza del extractor de leche materna.

| LIMPIAR | |
|--|---|
| <p>Lave el extractor de leche y las partes que use para alimentar al bebé en un recipiente limpio, con agua y jabón. No los lave directamente en el lavaplatos (fregadero) porque los microbios que están allí podrían contaminarlos.</p> <p>Enjuáguelos bien bajo agua corriente. Déjelos secar al aire sobre una toalla de cocina o toalla de papel limpias.</p> <p>Con las manos limpias, guarde los artículos secos en un lugar limpio y protegido.</p> | <p>Para la eliminación adicional de microbios, desinfecte diariamente los artículos que use para alimentar al bebé mediante uno de estos métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lávelos en la máquina de lavaplatos, usando el ciclo de lavado y secado calientes (o en el ciclo de desinfección). • Hiérvalos en agua por 5 minutos (después de lavarlos). • Límpielos al vapor en un sistema esterilizador de biberones eléctrico o para microondas (después de lavarlos).  |

Nota. *Adaptado Almacenamiento y preparación de la leche materna* de CDC (2019), <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/preparacion-de-la-leche-materna-508.pdf>

Cómo almacenar y manipular la leche materna de manera segura

Al seguir técnicas seguras de preparación y almacenamiento, puede mantener la alta calidad de la leche materna extraída y la salud de su bebé. Al respecto, el CDC (2019), recomienda lo indicado en resumen en los siguientes cuadros Figuras 25 y 26:

Figura 21.

Guía para almacenar la leche materna.

| | LUGARES Y TEMPERATURAS DE ALMACENAMIENTO | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| TIPO DE LECHE | Fuera del refrigerador 77 °F (25 °C) o más frío <i>(temperatura ambiente)</i> | En el refrigerador 40 °F (4 °C) | Congelador 0 °F (-18 °C) o más frío |
| Recién extraída | Hasta 4 horas | Hasta 4 días | Dentro de los 6 meses es mejor Hasta 12 meses es aceptable |
| Descongelada, previamente congelada | 1 a 2 horas | Hasta 1 día <i>(24 horas)</i> | NUNCA vuelva a congelar la leche materna que ya fue descongelada |
| Leche que sobre después de alimentar al bebé <i>(el bebé no tomó todo el biberón)</i> | Se debe usar dentro de las 2 horas después de que el bebé paró de tomar el biberón. | | |

Nota. Adaptado Almacenamiento y preparación de la leche materna de CDC (2019), <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/preparacion-de-la-leche-materna-508.pdf>

Figura 22.

Guía para almacenar la leche materna.

| GUARDAR | |
|--|--|
| <p>Marque el envase de la leche con la fecha en que fue extraída y el nombre del niño si la va a dejar en la guardería infantil.</p> <p>Guarde la leche en el fondo del congelador o refrigerador, no en la puerta.</p> <p>Congele la leche en pequeñas cantidades, de 2 a 4 onzas, para evitar que se desperdicie.</p>  | <p>Cuando congele la leche, deje un espacio de una pulgada en la parte de arriba del envase; la leche materna se expande al congelarse.</p> <p>Cuando esté viajando, la leche se puede guardar en una bolsa térmica aislada que contenga paquetes de hielo, por un máximo de 24 horas.</p> <p>Si no planea usar leche recién extraída dentro de los 4 días, congélela enseguida.</p> |
| DESCONGELAR | |
| <p>Siempre descongele primero la leche más vieja.</p> <p>Descongele la leche bajo agua corriente tibia, en un recipiente que contenga agua tibia o durante la noche en el refrigerador.</p> <p>Nunca descongele o caliente la leche en el horno de microondas. Las microondas destruyen los nutrientes y dejan partes más calientes que pueden quemarle la boca al bebé.</p> | <p>Use la leche dentro de las 24 horas de haberla descongelado en el refrigerador (desde el momento en que esté completamente descongelada, no desde cuando la sacó del congelador).</p> <p>Use la leche descongelada dentro de las 2 horas de haberla calentado o de que haya alcanzado la temperatura ambiente.</p>  <p>Nunca vuelva a congelar la leche descongelada.</p> |
| ALIMENTAR | |
| <p>La leche se puede dar fría, a temperatura ambiente o tibia.</p> <p>Para calentar la leche, ponga el recipiente sellado dentro de un tazón con agua tibia o bajo agua corriente tibia.</p> <p>No caliente la leche directamente sobre la estufa o en el horno de microondas.</p>  | <p>Antes de alimentar al bebé, pruebe la temperatura dejando caer unas gotas sobre su propia muñeca. Debe sentirla tibia, no caliente.</p> <p>Revuelva la leche para mezclar la grasa que pudo haberse separado.</p> <p>Si el bebé no terminó el biberón, la leche que sobre deberá usarse dentro de las 2 horas.</p> |

Nota. Adaptado de *Almacenamiento y preparación de la leche materna* de CDC (2019), <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/preparacion-de-la-leche-materna-508.pdf>

Destete. Dejar de amamantar es el proceso de cambiar la dieta de un bebé de leche materna a otros alimentos y bebidas. Al respecto, el CDC (2022), señala lo siguiente:

Donde es una decisión personal y será diferente en cada caso. Es posible que los niños estén listos para dejar de tomar leche materna a diferentes edades. Algunos niños comenzarán a mostrar gradualmente más interés en comer alimentos sólidos y menos interés en tomar leche materna. Otros posiblemente deseen dejar de tomar leche materna más repentinamente. También es posible que algunas madres estén listas para dejar de amamantar en diferentes momentos.

Rol materno en la alimentación

Es relevante mencionar a Guevara (2020), donde se expone que:

Adopción del rol materno: “Es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante la cual la madre establece un vínculo con un niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol, expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo”

El rol materno en la alimentación se refiere a la función que desempeña la madre en la nutrición de su hijo o hija durante el primer año de vida. Este rol implica no solo ofrecer alimentos adecuados y saludables, sino también establecer una relación afectiva y comunicativa con el bebé que favorezca su desarrollo físico, emocional y social.

El rol materno en la alimentación está influenciado por características maternas y del lactante, como la edad, el estado nutricional, el nivel educativo, las creencias y actitudes, las prácticas de alimentación, el apoyo familiar y social, y el ambiente en el que se desarrolla la interacción.

La nutrición materna es fundamental para la supervivencia y el bienestar de la madre y el bebé, tanto antes, durante como después del embarazo. Una dieta nutritiva y equilibrada, así como el acceso a servicios y cuidados adecuados, pueden prevenir la malnutrición y sus consecuencias en la salud de ambos.

Es importante mencionara a Del Castillo (2021), donde indican que la situación dietética de las mujeres durante la gestación implica pensar en las condiciones de salud y nutrición en las cuales la mujer transita en su etapa pregestacional, durante la gestación, y como mujer lactante, es decir, las condiciones nutricionales que resultan de que su cuerpo responda a las altas demandas de nueve meses de gestación y dos años de lactancia materna.

Dimensionar correctamente lo que implica la alimentación de la mujer remitiría a acciones más integrales que preparen y protejan a la población femenina frente a este a desafío nutricional y alimentario.

La vida temprana (desde el momento de la concepción hasta alrededor del segundo año de vida) es un período sensible y de plasticidad, lo que significa que las células y órganos en formación se adaptan a los factores ambientales que afectan a la madre, por ejemplo, estrés, infecciones, consumo de alcohol, tabaquismo, enfermedades crónicas, obesidad, malnutrición, que

a su vez determinan la susceptibilidad del individuo a cierto grado de riesgo de enfermedad en la vida adulta.

Donde es relevante señalar el modelo de rol materno en la alimentación del lactante de Mercer mencionado por Ortiz (2016), donde se explica que esta guía fue delineada para exponer las peculiaridades maternas (personales, cognitivas y estado de salud) y de igual manera el rol materno (prácticas maternas de alimentación), en que las características del lactante se relacionan e influyen en su estado nutricional. En cual se orienta a la unión madre-hijo, oscilando las edades de los lactantes entre los 0 y 12 meses Figura 27.

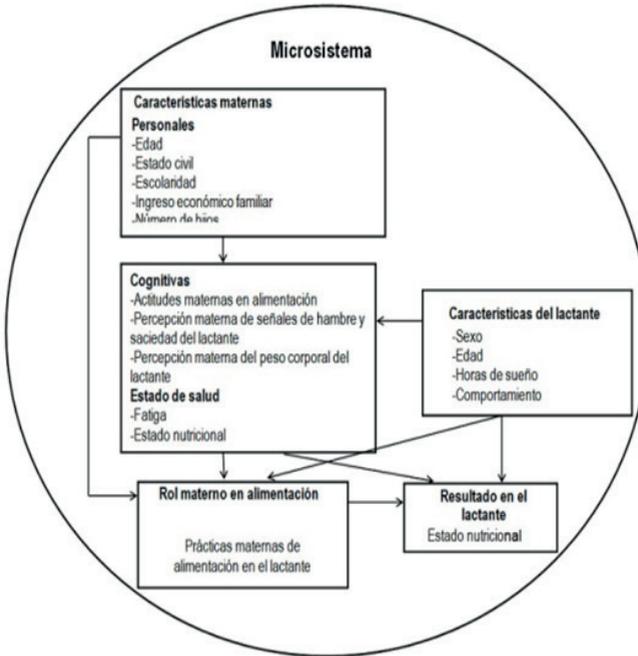
En esta guía se exponen 11 conceptos centrales dentro de un círculo que demarca las relaciones entre las peculiaridades maternas personales, cognitivas y estado de salud, particularidades del lactante, el rol materno en la nutrición y el resultado en el lactante, mediante este círculo se simboliza el microsistema social, donde solo la madre y el lactante participan. En este modelo las flechas perpetuas unidireccionales indican la relación entre las concepciones.

De igual manera, las peculiaridades maternas personales (edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico y número de hijos) son elementos que pueden ser predictivos de los conocimientos y las condiciones de salud materna e influir en el rol materno de nutrición.

Asimismo, Ortiz (2016), donde indica a Mercer el cual expone, las características maternas cognitivas (percepción materna de las señales de hambre y saciedad del lactante [PMSHS], percepción materna del peso corporal del lactante [PMPL], actitudes maternas en alimentación) y estado de salud (fatiga y estado nutricional) influyen en las experiencias maternas de alimentación y en consecuencia en el lactante.

Figura 23.

Esquema de relación de conceptos del modelo de rol materno en la alimentación del lactante.



Nota. Tomado de *Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: TEORÍA DE RANGO MEDIO* de Ortiz (2023), https://www.researchgate.net/profile/Rosario-Edith-Felix/publication/313710986_Modelo_de_rol_materno_en_la_alimentacion_del_lactante_TEORIA_DE_RANGO_MEDIO/links/5ccafad24585156cd7c3b36f/Modelo-de-rol-materno-en-la-alimentacion-del-lactante-TEORIA-DE-RANGO-MEDIO.pdf

Fisiología de la lactancia

La fisiología de la lactancia es el estudio de los mecanismos biológicos que regulan la producción y el flujo de la leche materna, así como los efectos de la lactancia sobre la salud de la madre y el bebé. Algunos de los aspectos que abarca la fisiología de la lactancia son:

- La hormona prolactina, que estimula la síntesis de la leche en las células alveolares de las glándulas mamarias.

- La hormona oxitocina, que provoca la contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos, facilitando la eyección de la leche hacia los conductos galactóforos y el pezón.
- El reflejo de eyección de la leche, que se desencadena por la succión del bebé, el llanto, el pensamiento o la visión del bebé, o la estimulación de los pezones. Este reflejo aumenta los niveles de prolactina y oxitocina en la sangre, favoreciendo la producción y el flujo de la leche.
- La composición de la leche materna, que varía según la etapa de la lactancia, el momento del día, la duración de la toma, el estado nutricional y hormonal de la madre, y otros factores. La leche materna contiene todos los nutrientes, anticuerpos, factores de crecimiento, hormonas, enzimas y células vivas que el bebé necesita para su desarrollo óptimo.
- Los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebé, que incluyen la protección contra infecciones, alergias, enfermedades crónicas, obesidad, diabetes, cáncer, y otras afecciones. La lactancia materna también favorece el vínculo afectivo entre la madre y el bebé, y la recuperación del útero y el peso de la madre después del parto.

Al respecto Sánchez (2023), indica lo siguiente:

La producción de leche se desarrolla en las células epiteliales de los alveolos, que se encuentran en las glándulas mamarias. En ellas están las células madre que son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina, mientras que las células alveolares secretoras son estimuladas por la prolactina. (p. 1)

De igual manera para Sánchez (2023), la constitución de la mama es de la siguiente forma:

- Senos lactíferos: quedan debajo de la areola; aquí se almacena la leche.
- Nervios: su función es enviar la orden al cerebro para que la leche pueda salir.
- Alveolos: es donde se produce la leche; los alveolos se contraen para sacar la leche.

- Tejido graso: envuelve toda la glándula mamaria; funciona como un amortiguador.
- Conductos lactíferos: se encargan de conducir la leche de los alveolos a los senos lactíferos.

La leche se sintetiza de la siguiente forma: la secreción láctea se sintetiza en las células mamarias. Ciertos compuestos se trasladan desde el plasma hasta las células. En el núcleo de la célula tiene lugar la síntesis del ADN y el ARN, que se encargaban de regular el metabolismo celular y el trabajo de las enzimas.

En tanto que en el citoplasma se lleva a cabo el proceso de oxidación de la glucosa, la síntesis de los ácidos grasos y la activación de los aminoácidos, que sintetizan las proteínas.

Donde las mitocondrias proceden como centrales energéticas (ATP) y son predecesoras de los aminoácidos no esenciales y de los ácidos grasos. Posteriormente, en el retículo de los endoplasmáticos ocurre la síntesis de las proteínas, los triglicéridos y los fosfolípidos, así como la saturación de los ácidos grasos.

Es relevante explicar como ocurre el transporte de la leche: los alveolos y conductillos están revestidos de epitelio secretor rodeado de capilares y de fibras mio-epiteliales, que se contraen como respuesta al estímulo de la oxitocina.

Donde alrededor de 10 a 100 alveolos forman un lobulillo, comisionados de drenar el conducto lobulillar y los conductos galactóforos que llegan hasta el pezón. Cuando están en la areola, los conductos se dilatan y almacenan leche.

Dónde la leche se secreta en el alveolo y en momentos en el conductillo de conexión, de igual manera esta, reacciona ante el efecto de la prolactina.

De igual forma su contenido es enviado hacia los conductos galactóforos por efecto de la contracción de fibras mio-epiteliales que reconocen a la oxitocina. Donde el lactante succiona los conductos galactóforos y obteniendo así la leche.

También, por incitación nervioso, la secreción de prolactina y oxitocina asimismo acceden la eyección de leche.

Asimismo, a la iniciación de la lactancia, la mujer segrega un líquido nombrado: calostro. Siendo este rico en proteínas y sales minerales, sin embargo,

cuenta con una escasa proporción de lactosa. Este líquido muestra un color amarillento y su firmeza es un tanto espesa.

De acuerdo con Sanches (2023) la lactancia tiene varias fases:

Lactogénesis: siendo la primera fase donde la glándula mamaria se van acondicionando durante el embarazo para así alimentar al recién nacido, produciéndose estrógenos y progesterona y de igual manera intervienen la hormona lactogénica y posteriormente se origina la prolactina.

Donde la lactogénesis es la causa por el cual se emprende la secreción de leche; se crea entre las 24 horas y el sexto día posteriormente del parto. Para que suceda la secreción láctea, el recién nacido debe estimular el pezón por medio de la succión.

La lactopoyesis: siendo el envío de la leche desde los alvéolos hasta los pezones, pasando por los conductos galactóforos. Asimismo, se llama galactopoyesis. En esta segunda fase, las glándulas suprarrenales se encaminan de librar diferentes tipos de hormonas. Donde, los glucocorticoides sintetizan la lactosa y caseína. También, la prolactina desarrolla la secreción de leche y accede el vaciamiento de la glándula.

Eyección lacteal: donde la oxitocina posee efectos sobre las células mioepiteliales de los conductos galactóforos. Donde estos conductos se contraen y contribuyen con la exclusión de su contenido. Asimismo, por medio de la succión del pezón, ejecutada por la boca del recién nacido, se estimula la fabricación de leche.

Beneficios de la lactancia materna

Cuando se refiere a la fisiología de la lactancia, se debe reflexionar sobre los beneficios que ésta tiene tanto para el lactante como para las propias madres Figura 28.

Figura 24.

La lactancia materna.



Nota. Adaptado de *Fisiología de la lactancia* de Sánchez (2023), <https://mejorconsalud.as.com/fisiologia-de-la-lactancia/>

Tal como lo expresa Sánchez (2023), la leche materna es higiénica, no se descompone y no tiene riesgos de contaminación, la misma aporta grandes beneficios tanto al lactante como a su madre:

Beneficios de la leche materna para el lactante

- Cantidades adecuadas de proteínas, grasa, carbohidratos y nutrientes
- Brinda nutrientes que se requieren para su crecimiento y desarrollo.
- Favor la formación de dientes sanos y evita deformaciones en la boca y los dientes.
- El calostro proporciona defensas para combatir enfermedades.
- Aporta vitaminas, minerales, proteínas digestivas y hormonas.

Beneficios para la madre

- La menstruación se retrasa.
- Crea y fortalece grandes vínculos entre la madre y el lactante.
- Calma la molestia causada por la saturación de las mamas.
- Colabora en bajar de peso.

- Ayudar y contribuye en a reducir el peligro de padecimientos como cáncer de ovarios, osteoporosis, obesidad y problemas en el corazón.

Técnicas de amamantamiento

Es relevante señalar que la Asociación Española de Pediatría (2023), expone en relación a las técnicas de amamantamiento lo siguiente: una buena técnica de lactancia admite conservar la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor. De igual manera no existe una única posición correcta para amamantar, lo significativo es que la madre esté cómoda, que el lactante esté encontrado y pegado al cuerpo de la madre y que se aferre bien al pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón.

Enganche al pecho: donde los signos que muestran un buen aferre son: el mentón del lactante toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (evertidos) y las mejillas están redondas (no hundidas) cuando absorbe. Si el lactante se toma bien al pecho la lactancia no debe doler.

Postura para amamantar: la Posición de caballito: donde el lactante se ubica sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen unido y apoyado sobre el materno. Es importante tener presente que esta posición es necesaria si el pezón presenta grietas, reflujo gastroesofágico significativo, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o dificultades de hipotonía. Siendo así preciso sostener el pecho por debajo, al mismo tiempo sujeta la barbilla del lactante.

Posición en balón de rugby o posición invertida: donde se debe situar al lactante por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es significativo dar sujeción al cuello y a los hombros del lactante, pero no a la cabeza, que requiere estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para proporcionar el agarre. Siendo una perspectiva conveniente para amamantar a gemelos y a prematuros.

Posición crianza biológica: Donde la madre se instala recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el lactante boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura admite el desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. Donde la madre le asiste a llegar al pecho brindando límites con sus brazos. Esta posición es fundamentalmente conveniente durante los primeros días y cuando se presente cierta dificultad de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho) entre otros.

Posición acostada: en el cual la madre se instala acostada de lado, con el lactante asimismo de lado, con su cuerpo enfrenteado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el lactante abra la boca, la madre puede aproximar al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, para facilitar el aferre. Donde se recomienda esta posición, ya que es muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días de lactancia.

Posición sentada (o posición de cuna): donde se coloca al lactante con el tronco encontrado y pegado a la madre, esta lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que obstaculizaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del lactante y en el instante en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.

Otras recomendaciones acerca de las técnicas de lactancia materna.

- Lactancia a demanda. El bebé tiene que mamar siempre que quiera. Ofrézcale el pecho cuando «busque», se chupe los dedos, sin esperar a que lllore.
- Deje que vacíe el pecho, la leche del final de la toma tiene más grasa (más calorías).
- Si el bebé está contento y no parece enfermo, toma suficiente leche. Si moja menos de 5 pañales al día y no hace deposiciones es posible que esté tomando poca leche y debe consultar con su pediatra.

Es importante tener presente que para evitar ingurgitación (sensación de hinchazón o congestión en la zona afectada, según indica Alegsa (2023), se debe iniciar cada toma por el pecho del que no mamó o del que mamó menos en la toma anterior.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo X

Alimentación y Nutrición en el Recién Nacido con Bajo Peso y Prematuro (Nutrición Parenteral Y Enteral)

Lic. Carmen Monserrate Villavicencio Ávila

 <https://orcid.org/0009-0006-5258-4281>



Introducción

La nutrición del recién nacido prematuro o de bajo peso constituye un desafío para el pediatra y el neonatólogo desde el nacimiento y hasta bien avanzada la infancia. Uno de los mayores retos es mantener una ganancia de peso similar al crecimiento fetal hasta que el neonato alcance las 40 semanas de edad postconcepcional, y posteriormente lograr un crecimiento que garantice eventualmente, una talla acorde a la edad cronológica, adecuada mineralización ósea y un óptimo neurodesarrollo.

Alimentación y nutrición en el recién nacido con bajo peso y prematuro (Nutrición parenteral y enteral)

En primer lugar y desde el punto de vista de Rodríguez (2023), el cual expone que:

La Nutrición Enteral (NE) debe instaurarse lo antes posible para conseguir unos beneficios más allá de los meramente nutricionales, aportando sustrato energético y plástico, estímulo trófico intestinal, vínculo madre-hijo y confort posingesta, flora bacteriana más apropiada, instauración de ritmos fisiológicos gastroenterológicos y hábitos alimenticios, y maduración psicomotora relacionada con la succión-deglución. (p. 437)

En segundo lugar, es relevante mencionar a Agostoni Pita (2022), donde presenta que:

El objetivo de la nutrición neonatal en el recién nacido prematuro “es lograr un crecimiento posnatal y una composición corporal que se aproxime a la de un feto normal del mismo período posmenstrual y obtener un resultado funcional comparable con niños nacidos a término”. (p. 604)

De igual manera para López (2018), el inicio temprano de la nutrición enteral en los recién nacidos prematuros contribuye a menor duración de la alimentación parenteral, menos días de uso de catéter venoso central, menor número de casos de sepsis y una estancia hospitalaria menor.

Desde el punto de vista de Rodríguez (2023), donde se manifiesta que:

El mejor alimento para iniciar y continuar con la NE en el RNP es la leche humana, salvo contraindicación absoluta o intolerancia grave. La leche de la propia madre o de banco es la más adecuada por su composición nutricional, digestibilidad y elementos no nutritivos (inmunológicos,

hormonales, enzimáticos, entre otros.). Independientemente del peso al nacer y de la edad gestacional, la leche humana es la que biológicamente está preparada para el RNP, favoreciendo un crecimiento óptimo y disminuyendo el riesgo de infección, enterocolitis necrotizante y malabsorción. (p. 437)

También vale la pena señalar que la leche materna producida por los bebés prematuros está destinada principalmente a satisfacer sus necesidades; por otro lado, después de 2 a 4 semanas para los bebés prematuros que pesan menos de 1800 gramos, la leche madura parece nutricionalmente deficiente y beneficiosa. Siendo beneficioso complementar esta alimentación para asegurar un aporte adecuado de energía, proteínas, lípidos, minerales y vitaminas.

Algunos fortificantes se añaden a la leche después de las 2 a 4 semanas de vida, lo que los convierte en la mejor alternativa para alimentar a los bebés prematuros. Dependiendo de la inmadurez y peso de la recién nacido prematuros, la suplementación puede individualizarse agregando de 2 a 5 gramos de producto. 100 ml de leche materna.

Cuando no se dispone de leche materna, existen fórmulas especiales para RNP que constituyen la mejor alternativa. En el caso de existir problemas de malabsorción por patología intercurrente o causa quirúrgica también se pueden utilizar de forma transitoria las fórmulas semielementales y elementales ideadas para lactantes, teniendo en cuenta que, si las circunstancias lo permiten, se debe pasar lo antes posible a la fórmula para RNP para asegurar mejor los requerimientos.

Las fórmulas especiales recién nacido prematura son la mejor alternativa cuando no se dispone de leche materna. Si los problemas de malabsorción son causados por causas patológicas o quirúrgicas concomitantes, también se pueden utilizar fórmulas infantiles semielementales y elementales de forma temporal, pero se tiene en cuenta que se debe cambiar la fórmula lo antes posible si la situación lo permite para garantía para los requisitos recién nacido prematuro.

Medio de nutrición

El tipo de velocidad y la vía o manera de administración dependerá de la condición clínica, edad gestacional y peso de la recién nacido prematuro. A las 32-34 semanas de gestación, inicialmente elija nutrición oral fraccionada cada 2-3 semanas. hora (directamente en el pecho si es posible) o use una

sonda estomacal si la succión es insuficiente, cuyo número aumenta gradualmente (mientras se reduce la cantidad de nutrición parenteral), y cuando la tolerancia digestiva lo permite el ritmo pasara del débito continuo a fraccionado.

Es significativo señalar que en determinadas etapas de la progresión de la nutrición enteral pueden existir múltiples tipos de nutrición y que pueden coexistir alimentos, leche materna y fórmulas infantiles. El paso de un estado a otro requiere calma y respeto por el estado de maduración y capacidad digestiva de la recién nacido prematuro.

El ritmo de la alimentación

- Carga continua cuando la tolerancia o absorción no es buena.
- Administrado por vía oral o por sonda cada dos o tres horas para adaptarse a los ritmos de alimentación y ayuno de recién nacido prematuro. Esta modalidad es la modalidad preferida para recién nacido prematura después de las 32 semanas de gestación. El uso de esta técnica puede acortar el tiempo de progresión hacia una nutrición oral completa. El tiempo de ayuno puede variar dependiendo de si la leche se infunde por gravedad en unos 15 minutos o mediante bomba de infusión durante 1-2 horas.
- Cuando recién nacido prematura necesite alimento y la capacidad digestiva lo permita se debe proporcionar según sea necesario.

Nutrición enteral mínima (NEM) y progresión hacia la NE total

Tal como lo expresa Rodríguez (2023):

La nutrición enteral mínima (NEM) se define como la administración precoz de pequeñas cantidades de leche, preferiblemente humana, sin apenas valor nutricional, pero con repercusión trófica y fisiológica intestinal en el RNP con nutrición parenteral (NP). Esta técnica presenta beneficios para el avance y tolerancia precoz de la NE nutritiva, maduración intestinal y menor incidencia de colestasis e ictericia, sin aumentar el riesgo de enterocolitis necrotizante. Se puede iniciar desde el primer día de vida en menores de 32 semanas de edad gestacional, mediante la administración progresiva de 20-30 ml/kg/ día de leche mediante sonda nasogástrica de forma fraccionada cada 3-6 horas. (p. 438)

Donde la nutrición enteral mínima y nutrición parenteral se establecen en recién con muy bajo peso al nacer desde el primer día de vida y se de-

sarrollan gradualmente durante los primeros 3-5 días. A partir de este punto, si la condición clínica del recién nacido prematuro lo permite, la cantidad de nutrición enteral aumenta a un número que ya tiene valor nutricional y continúa aumentando, mientras que la cantidad de nutrición parenteral disminuye hasta finalmente finalizar en los primeros 7-10 días. después del nacimiento. Estos tiempos suelen prolongarse si el recién nacido prematuro es extremadamente inmadura o tiene una mala progresión clínica.

La nutrición parenteral

Teniendo en cuenta a Rodríguez (2023), el cual muestra los objetivos principales de la nutrición artificial del RNP son:

- Conservar el desarrollo extrauterino lo más semejante al desarrollo intraútero.
- Contribuye con los nutrientes y la energía justos para el sustento de las ocupaciones importantes y certificar la supervivencia.
- Impedir la morbilidad precoz y a largo plazo correspondida a la prematuridad y/o a la nutrición (sobrecarga metabólica, daño tisular, programación metabólica, entre otros).
- Donde el recién nacido prematuro tiene que recibir de manera inmediata la nutrición parenteral en las iniciales horas de vida.
- El primer día se establece una nutrición enteral mínima asociada a la nutrición parenteral, conjuntamente con leche materna.
- Donde la fórmula decisiva es hipercalórica, hiperproteica y con gran contenido en glucosa. De igual manera la cisteína, taurina, tirosina e histidina son esenciales.

De igual manera para Rodríguez (2023), el recién nacido prematuro presenta complicaciones de la nutrición parenteral propias de su inmadurez.

Ventajas de una nutrición parenteral, según Rodríguez (2023):

- Equilibra la interrupción del aporte transplacentario de nutrientes.
- Impide la sobrecarga de nutrientes en un tracto gastrointestinal inmaduro.
- Perfecciona el avance precoz hacia una nutrición enteral trófica, maduración del tracto gastrointestinal y posterior paso hacia nutrición enteral o alimentación oral.

- Restringe la morbilidad neonatal y la estancia hospitalaria.

De igual manera para Uberos (2016), la nutrición parenteral se establece a través de venas periféricas, centrales o vena umbilical. Esa decisión dependerá del tiempo previsto de tratamiento, de los requerimientos nutricionales del paciente, de la osmolaridad de la solución parenteral que se deba administrar, de la enfermedad de base y de los accesos vasculares disponibles. Siendo aconsejable que las osmolaridades de estas soluciones no superen los 800 mOsm/L si se administran por vía periférica, asimismo el aporte de calcio por esta vía no debe superar 1,5 mEq/kg/día, por su efecto irritante.

Donde en la totalidad de las unidades neonatales, la administración de soluciones de nutrición parenteral se hace a través de catéteres siliconados o de poliuretano percutáneos de localización centra. No están exentos de riesgo, existiendo los más significativo las infecciones, trombosis, extravasaciones, derrames pleurales, pericárdicos y peritoneales, entre otros.

Según Uberos (2016), los principios básicos en la introducción y manejo del catéter percutáneos serían los siguientes:

1. Manejo por parte de personal calificado.
2. Fijar más de la preciso y retirarlo levemente, para dejarlo apartado de las paredes de los vasos.
3. De ningún modo alojar la punta del catéter en el cual no se extraiga sangre con destreza.
4. Manejar contraste radiopaco para localizar el extremo distal del catéter.
5. Se debe inyectar el contraste durante la realización de la radiografía para poder ver el contraste saliendo de la punta del catéter.
6. Utilizar técnica estéril de inserción y durante el cambio de líneas (3 veces por semana).
7. Tener presente el no manejar el catéter para la administración de otros medicamentos o frogas.
8. Se debe resguardar la inserción con vendaje bio-oclusivos y no des-tapar.

De igual manera según Ubero (2016), siempre hay que tener presente:

- El catéter umbilical, venoso o arterial, deberá permanecer el mínimo tiempo necesario con el objetivo de minimizar posibles complicacio-

nes. El catéter arterial se tiene que limitar a un máximo de cinco días, el catéter venoso puede alcanzar una duración máxima de 14 días.

- Las arterias no deben utilizarse para administrar nutrición parenteral; si es imprescindible utilizar la arteria umbilical, hay que añadir heparina (1 UI/mL) y retirar el calcio, que se administrará por otra vía. Diversas de las complicaciones son relativas al uso de catéteres para nutrición parenteral se refieren a la posición del catéter y a su manipulación.
- Como opción a estos catéteres, se manejan catéteres percutáneos de inserción quirúrgica (Broviac), que suelen insertarse en aquellos prematuros en los que no se puede conseguir un catéter percutáneo. El manejo es más dificultoso teniendo un alto riesgo de complicaciones infecciosas.
- Las sustancias que se vayan a disponer por este medio deben ofrecer al individuo la energía requerida y de igual manera los nutrientes esenciales, es decir, azúcares, sales, aminoácidos y vitaminas, adicional a esto, deben ser inocuas y aptas para su metabolismo.
- La elaboración de las sustancias se elabora en las farmacias la cual dispone con las instalaciones apropiadas. Donde se debe incluir una campana de flujo laminar en el cual se realizan las manipulaciones con técnicas de asepsia rigurosa, para así las preparaciones sean totalmente estériles.
- Donde la nutrición parenteral se alcanza administrar de manera parcial o completa, dependiendo si será acompañada por la enteral. De igual modo que la enteral, puede ser empleada en recién nacidos prematuros, pacientes operados del tracto digestivo o personas con el síndrome de intestino corto.

Es relevante señalar a Graterol (2022), donde se expone:

Los neonatos que necesitan nutrición parenteral (NP) constituyen un grupo heterogéneo tanto por la enfermedad de base que presentan como por su edad, ya que esta última determina las características fisiológicas y los requerimientos para el crecimiento, lo que influye de manera decisiva en la composición de la nutrición parenteral. La NP puede ser utilizada en todo niño desnutrido o con riesgo de desarrollar desnutrición aguda o crónica cuando sus necesidades nutricionales no logren ser administra-

das completamente por vía enteral. De este modo, se dará cobertura a sus necesidades de energía y nutrientes para mantener o recuperar su salud y crecimiento. La NP debe mantenerse hasta que se consiga una adecuada transición a la nutrición enteral (NE) y dichos aportes alcancen al menos 2/3 de los requerimientos nutricionales estimados. (p. 182)

Según presenta Rodríguez (2023), las indicaciones de la nutrición parenteral

- Se debe comenzar con el soporte nutricional en el gran prematuro (<28 semanas de gestación).
- Donde se imposibilita la instauración de la nutrición enteral en ciertos recién nacidos prematuros de 28-32 semanas de gestación por inmadurez.
- Dificultad para dar inicio o conservar una nutrición enteral segura en el recién nacido prematuro de diferente edad con patología médica o quirúrgica.

Según Rodríguez (2023), donde se expone la delineación de la fórmula de inicio y evolución (NP de primer día y siguientes), Delineación de la fórmula de inicio y evolución (NP de primer día y siguientes):

- Volumen. Inicio: 80-100 ml/kg/día; avance: 10-20 ml/kg/día hasta 150-180 ml/ kg/día a los 6-10 días de vida (considerar los volúmenes de NP + NE).
- Energía: 90 y 110 kcal/kg/día. El primer día se comienza con un aporte parenteral de 60 kcal/kg/día, subiendo progresivamente 10- 15 kcal/kg/día.
- Proteínas. Inicio precoz nada más nacer, con un mínimo de 1,5 g/kg/ día de aminoácidos; avance: 0,5-1 g/kg/día hasta 3,5-4,2 g/kg/ día a las 72 horas de vida.
- Glucosa. Inicio precoz nada más nacer: 5 mg/kg/min; avance: 1-2 mg/kg/min según glucemia (máximo 11-12 mg/kg/min). Generalmente no se alcanza el máximo indicado por hiperglucemia o avance significativo de la NE al 4º-5º día de vida (si el RNP la tolera).
- Lípidos. Inicio: 1 g/kg/día (durante el primer día de vida); avance: 0,5-1 g/kg/ día (máximo 3 g/kg/día). Generalmente no se alcanza el máximo indicado por avance significativo de la NE al 4º-5º día de vida.

- Electrolitos. Inicio precoz nada más nacer. Las insuficiencias de sodio son altas, con aportes basales de 3-5 mEq/día en la fase estable e incluso más en dependencia de la función tubular (el primer día de vida solo 0-3 mEq/día). Las exigencias de potasio son de 1-3 mEq/día, pero generalmente hay que esperar a alcanzar estas cifras cuando la diuresis se instaura y los valores plasmáticos descienden y se normalizan tras el parto (primeras 24- 48 horas de vida, 0-2 mEq/día). Los iones calcio y fósforo se deben aportar desde el inicio (0,8-1,5 y 1-2,3 mmol/kg/ día, proporcionalmente) para impedir la hipocalcemia/hipofosforemia aguda precoz, osteopenia tardía y afirmar un crecimiento adecuado posterior. Después del periodo inicial de estabilización, se precisa seguir manteniendo dichas cantidades de calcio y fósforo con una proporción Ca/P (mEq/mEq) en un rango de 0,8-1 Figura 30.

Monitorización

- Control clínico y balance hídrico diario.
- Peso diario y longitud y perímetro craneal semanal.
- Control metabólico con:
- Glucemias 2-4 veces al día inicialmente y luego una al día.
- Electrolitos, equilibrio ácido base (diario hasta estabilización, luego 1-2/semana).
- Urea, creatinina (diario hasta estabilización, luego 1-2/semana).
- Proteinemia, albúmina, triglicéridos, bilirrubina (1-2/semana).
- Hemograma una vez a la semana.
- Metabolismo fosfo-cálcico, fosfatasa alcalina y elementos traza mensual en NP prolongada.

Según Ubero (2016), la osmolaridad máxima, si se utiliza vía central, es de 1.300-1.500 mOsm/L. El cálculo de la osmolaridad se detalla en la Tabla 7.

Tabla 7.

Cálculo de la osmolaridad de la solución de NP.

| | |
|--|--|
| Proteínas | 11 mOsm/g |
| Hidratos de carbono | 5,5 mOsm/g |
| Lípidos | 3 mOsm/g |
| Iones | 1 mOsm por cada 1 mEq de Na, K, Cl, P. 2 mOsm por cada 1 mEq Mg y Ca. |
| $mOsm/L = \frac{\sum \text{osmoles} \times 1.000}{\text{Vol. solución}}$ | |

Nota. Tomado de *Nutrición parenteral en el recién nacido prematuro de muy bajo peso. Propuesta de un protocolo de actuación tras revisión de la evidencia científica* de Ubero (2016), https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/libros/Nutricion_parenteral.pdf

Figura 25.

Recomendaciones de aportes parenteral total según peso corporal (g).

| Aporte diario | Menor 1.000 | 1.000-1.500 | 1.500-2.000 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Volumen, ml/kg | 150 a 160 | 150 | 140 a 150 |
| Aminoácidos, g/kg ^a | 4 a 4,5 | 3,5 a 4 | 3 a 3,5 |
| Lípidos, g/kg | 3 a 4 | 3 a 3,5 | 3 a 3,5 |
| Hidratos de carbono, g/kg | 12-18 | 12-18 | 12-18 |
| Energía total, kcal/kg ^a | 90-110 | 90-100 | 90-100 |
| Sodio, mEq/kg | 3 a 8 | 3 a 6 | 3 a 5 |
| Potasio, mEq/kg | 2 a 5 | 2 a 5 | 2 a 5 |
| Cloro, mEq/kg | 3 a 5 | 3 a 5 | 3 a 5 |
| Calcio, mg/kg | 70 a 90 | 70 a 90 | 60 a 80 |
| Fósforo, mg/kg | 60 a 75 | 50 a 65 | 45 a 60 |
| Zinc, mg/kg | 0,4-0,6 | 0,4 | 0,4 |
| Magnesio, mg/kg | 7-10 | 7-10 | 7 |

^a Considerar los aportes mayores para crecimiento recuperacional.

Nota. Tomado de *Nutrición del Prematuro* de Gallardo (2023), http://www.saludinfantil.org/Seminarios_Neo/Seminarios/Nutricion/Nutricion_Prematuros_PGallardo.pdf

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo XI

Profilaxis e Inmunización en la Madre y el Rn. Exámenes Diagnósticos, y Control de Salud Postnatal, Pre- Alta.

Lic. María Isabel Coveña Bravo

 <https://orcid.org/0000-0002-3025-471X>



Introducción

Tanto la profilaxis como la inmunización son esenciales para la salud materna y neonatal, y es importante seguir el calendario de vacunación oportuno; donde para el recién nacido, la inmunización comienza con la administración de vacunas básicas como la vacuna contra la hepatitis B y otras vacunas según el calendario de vacunación recomendado. Estas vacunas ofrecen protección contra enfermedades infecciosas que pueden ser peligrosas; y en el caso de la madre, es significativo que reciba cuidados prenatales convenientes que contengan la administración de vacunas sugeridas durante el embarazo, como la vacuna contra la gripe y contra la tos ferina, para resguardar tanto a la madre como al feto. De igual manera durante el período postnatal y previo al alta, es importante llevar a cabo una serie de exámenes diagnósticos y controles de salud para asegurarse de que tanto la madre como el recién nacido estén en condiciones óptimas.

Profilaxis e inmunización en la madre y el Recién Nacido

La profilaxis e inmunización son dos medidas importantes para proteger tanto a la madre como al recién nacido. La profilaxis se refiere a la prevención de enfermedades infecciosas, mientras que la inmunización se refiere a la administración de vacunas para prevenir enfermedades infecciosas.

En cuanto a la profilaxis, es importante que la madre reciba atención prenatal adecuada para detectar y tratar cualquier infección que pueda afectar al feto. Además, la madre puede recibir vacunas durante el embarazo para protegerse a sí misma y a su bebé. Por ejemplo, la vacuna contra la influenza se recomienda para las mujeres embarazadas para prevenir la gripe y sus complicaciones.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF (2023) Las vacunas son productos que se administran para proteger contra enfermedades graves que pueden ser mortales. Estas estimulan las defensas naturales del organismo, preparándolo para combatir enfermedades de manera más rápida y efectiva.

La vacunación ha eliminado o disminuido significativamente la frecuencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas. Las diferentes sociedades han logrado con la modernización de los esquemas de vacunación, reducir la frecuencia de enfermedades infecciosas y le han transferido a la vacunación un rol primordial como factor de desarrollo social.

Una nueva visión de la vacunación es considerarla como un factor de promoción social y de reducción de pobreza. El esquema y las políticas de vacunación de un país deben ser procesos dinámicos, que evolucionan con la tecnología y la realidad de salud de la sociedad en la que se aplica. La decisión sobre la introducción de nuevas vacunas o la modernización del esquema debe ser tomada por un equipo técnico y apoyada por un nivel político que percibe la vacunación como costo efectivo y como factor de promoción social.

Donde el Comité Asesor de Vacunas de la AEP (22), explica en relación a las vacunaciones:

- Que la vacunación de la madre y del lactante, mientras que este recibe lactancia materna, no existe contraindicación para ambos durante la lactancia materna. También, en mujeres que precisan recibir ciertas vacunas, como la triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) y la de la varicela, que se encuentran en gestación, las iniciales semanas tras el parto son el mejor momento para administrarlas.
- Cuando se toma la vacuna triple vírica o la de la varicela, los virus vacunales se replican en la madre, pero no se ha probado nunca que su leche contenga dichos virus, con excepción del de la rubeola, pero la misma no induce daños en el lactante.
- Todas las vacunas indicadas en una mujer, por razón de su edad u otras circunstancias individuales, incluidas las vacunas de virus vivos, pueden administrarse durante mientras la lactancia.
- Cuando una madre recibe la vacuna de la varicela en ciertas oportunidades, pero muy escasas puede presentar un exantema vacunal en una zona limitada alrededor del lugar de la inyección. En estos casos, para evitar el riesgo de transmisión al lactante, alcanza con cubrir la zona de la erupción con un apósito o con ropa para evitar el contacto directo con el lactante.
- La única vacuna contraindicada en las mujeres que amamantan es la de la fiebre amarilla, pues sí se ha comprobado que el virus que contiene se transmite a través de la leche.
- La lactancia materna no es un sustituto de la vacunación del lactante. Ambas, lactancia materna y vacunas, se complementan y son necesarias.
- Ninguna vacunación del lactante está contraindicada y deben administrarse así este en plena lactancia materna.

- No es necesario demorar ninguna vacunación de la madre ni del lactante por el hecho de que este esté recibiendo lactancia materna.

Después de la gestación y lactancia materna

En general, la lactancia materna no contraindica ninguna vacuna de la madre lactante o demás convivientes (incluidas en ambos casos, las vacunas de la COVID de ARNm), ni del bebé, con estas únicas precauciones:

Vacunación de la madre frente a la fiebre amarilla, en caso de bebé lactado al pecho menor de 9 meses de edad: suspender la lactancia materna, extraer y desechar la leche durante 2 semanas, reanudándola después de forma normal.

Vacunación de la madre u otro conviviente frente a la varicela-zóster: si hay erupción cutánea, evitar el contacto con el lactante, cubriendo la zona afectada.

Un lactante hijo de madre portadora de HBsAg que haya recibido tras nacer la profilaxis correcta de la hepatitis B (vacuna e inmunoglobulina) puede continuar con la lactancia materna.

Recomendaciones existentes en materia de vacunación de la Organización Mundial de la Salud (2021):

- a. Todos los lactantes deben recibir su primera dosis de vacuna contra la hepatitis B lo antes posible después de nacer, de preferencia en un plazo máximo de 24 horas.
- b. La administración de la vacuna contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida debe constituir un indicador del desempeño de todos los programas de inmunización, y los sistemas de notificación y vigilancia deben fortalecerse a fin de mejorar la calidad de los datos acerca de la dosis al nacer.
- c. La dosis de nacimiento debe acompañarse de 2 o 3 dosis posteriores para completar la serie primaria

La inmunización materna tiene beneficios tanto para la madre como para el hijo, ya que reduce la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas que pueden causar complicaciones graves o fatales. La inmunización materna también representa una oportunidad para mejorar la salud de las mujeres y los niños en las primeras etapas de la vida.

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar a Izquierdo (2020), donde en relación a la inmunización del recién nacido, es importante que el bebé reciba las vacunas recomendadas según el calendario de vacunación. Las vacunas son una forma segura y efectiva de prevenir enfermedades infecciosas en los bebés. Algunas vacunas que se recomiendan para los recién nacidos incluyen la vacuna contra la hepatitis B, la vacuna contra la tuberculosis y la vacuna contra la poliomielitis.

De igual manera se recomienda vacunar a los lactantes nacidos de pre-término o bajo peso, salvo pocas excepciones, con todas las vacunas rutinariamente recomendadas según su edad cronológica al igual que un recién nacido a término

Donde el RNPT y de bajo peso de nacimiento debe ser vacunado según el esquema habitual de acuerdo a la edad cronológica. No hay evidencias científicas que avalen retrasar el esquema de vacunación en estos niños por razones de seguridad o insuficiente.

Es relevante mencionar a Atanacio (2022), donde se expone:

El esquema de vacunación incompleto representa un problema importante al que están asociados diversos factores como: costo a los proveedores, costo a las familias, pobreza, información deficiente, desinformación de los trabajadores de salud acerca de las edades apropiadas y contraindicaciones en la administración de la vacuna. (p. 17)

Según lo establece la Asociación Española de Pediatría (2022), se debe distinguir entre contraindicación (significa que una vacuna no se debe administrar) y precaución (después de analizar el caso, se aplica la vacuna porque el beneficio de la inmunización es mucho mayor que el riesgo de una complicación) para tomar la decisión correcta y evitar la pérdida de oportunidades de inmunización.

Aplicar una vacuna en un individuo con una enfermedad leve con o sin fiebre no aumenta los riesgos de una RA ni produce disminución en la efectividad de la inmunización.

Según la UNICEF (2023), hay distintos tipos de vacunas que protegen contra diferentes enfermedades y que son aplicadas en su mayoría durante la infancia:

Al recién nacido Figura 31 y hasta menos del 1er. año de vida Figura 32.

Hepatitis B: Protege contra la Hepatitis B, una enfermedad muy contagiosa causada por un virus. Es la principal causa de otras enfermedades como la enfermedad del hígado, cirrosis y cáncer de hígado.

BCG: Protege de la tuberculosis, una enfermedad infecciosa que suele afectar los pulmones y que es prevenible y curable.

Rotavirus: Protege contra una enfermedad provocada por un virus que afecta al intestino ocasionando diarreas severas acompañadas de fiebre y vómitos que rápidamente deshidratan a los bebés.

Pentavalente: Esta vacuna protege contra cinco enfermedades como la difteria, el tétanos, la tosferina, la meningitis por *Haemophilus*, influenza B y la hepatitis B.

Polio: Esta vacuna protege de contraer la poliomielitis, una enfermedad causada por un virus que afecta al sistema nervioso, provocando parálisis y dejando a la persona con discapacidad. La poliomielitis puede conducir a la muerte y afecta principalmente a niños menores de 5 años.

SRP (triple viral): Esta vacuna previene la rubéola, el sarampión y la parotiditis.

Fiebre Amarilla: Es una enfermedad viral aguda y hemorrágica. Aunque muchas personas presentan síntomas leves, en los casos más graves la enfermedad puede ocasionar problemas en el corazón, hígado y riñones, así como hemorragias.

Neumo 13 valente: “El neumococo” es una bacteria que puede causar varias enfermedades, entre ellas; neumonía severa, infecciones de oídos, sinusitis, meningitis bacteriana (inflamación del tejido que recubre el cerebro) y hasta infección de la sangre. Afecta mayormente a niños y niñas menores de 5 años.

Influenza estacional: Es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por los virus de la “influenza” que infectan la nariz, la garganta y en algunos casos los pulmones, pudiendo ser leve o grave. En ocasiones puede llevar a la muerte.

Tétanos y difteria (Td): El tétanos y la difteria son enfermedades muy graves que se transmiten por bacterias. La difteria se contagia de una persona a otra por medio de la tos o estornudos. La bacteria que causa el tétanos entra al cuerpo a través de cortes, raspones o heridas.

Figura 26.

Esquema de vacunación del Recién Nacido.

| Vacunas | Previene contra | Edad de administración | Número de dosis |
|-------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| Hepatitis B | Hepatitis B | de 0 a 7 días | 1 dosis |
| BCG | Tuberculosis | menos de 28 días | |

Nota. Tomado de *Lo que debes saber sobre las vacunas* de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, <https://www.unicef.org/venezuela/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-vacunas>

Figura 27.

Esquema de vacunación Menos de 1 año.

| Vacunas | Previene contra | Edad de administración | Número de dosis |
|----------------------|--|------------------------|-----------------|
| Rotavirus | Diarrea severa por rotavirus | 2 y 4 meses | 2 dosis |
| Pentavalente | Difteria Tosferina Tétanos Hepatitis B Meningitis por Haemophilus Influenzae tipo B | 2, 4 y 6 meses | 3 dosis |
| Polio inactiva | Poliomielitis | 2 y 4 meses | 2 dosis |
| Polio oral | Poliomielitis | 6 meses | 1 dosis |
| Neumo 13 valente | Meningitis por neumococos | 2 y 4 meses | 2 dosis |
| Influenza estacional | Influenza estacional | 6 y 7 meses | 2 dosis |

Nota. Tomado de *Lo que debes saber sobre las vacunas* de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, <https://www.unicef.org/venezuela/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-vacunas>

Exámenes diagnósticos, y control de salud postnatal, prealta

El seguimiento de la salud postnatal es fundamental para garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé. Los exámenes diagnósticos y el control de salud postnatal son de vital importancia para detectar y prevenir posibles complicaciones, así como para asegurar una transición saludable hacia la vida familiar.

Estos controles médicos permiten monitorear el desarrollo del recién na-

cido, brindar apoyo a la madre en su recuperación y ofrecer orientación sobre cuidados y lactancia. El objetivo es garantizar que tanto la madre como el bebé estén en las mejores condiciones al momento del alta hospitalaria.

En primer lugar, es relevante mencionar a MedlinePlus (2021), donde expone que los exámenes diagnósticos son pruebas que se realizan para confirmar o descartar la presencia de una enfermedad, una anomalía o una condición específica. Estos exámenes pueden incluir análisis de sangre, de orina, de heces, de imágenes, entre otros.

El control de salud postnatal es el seguimiento que se hace a la madre y al recién nacido después del parto, con el fin de evaluar su estado de salud, prevenir complicaciones, promover la lactancia materna y la planificación familiar, y brindar apoyo psicosocial. El control de salud postnatal se debe realizar dentro de las primeras 24 horas después del parto, y luego a los 7, 14 y 42 días.

Donde Medlineplus (2023), explica que el control de salud postnatal es el seguimiento que se hace a la madre y al recién nacido después del parto. Tiene como objetivo evaluar el estado de salud de ambos, promover la lactancia materna, brindar consejería sobre planificación familiar y vacunación, y detectar posibles problemas como depresión postparto, infecciones o hemorragias.

Después del nacimiento al lactante se aplican pruebas diagnósticas para detectar algunas enfermedades genéticas, por ejemplo, que se produzca retraso mental, como el hipotiroidismo congénito, la sicklemlia (drepanocitemia) y la fenilcetonuria.

Las anomalías cromosómicas están implicadas en la aparición de muchas enfermedades hereditarias, siendo también la principal causa de retardo mental y pérdidas gestacionales.

Estas anomalías cromosómicas se observan en el 0,3-1% de los nacidos vivos, 5% de las muertes perinatales, en el 50% de los abortos espontáneos del primer trimestre y en el 20% de los del segundo trimestre.

También existen tests informativos simples, como el Carnet Genético de Identidad hasta los más sofisticados utilizando modernas herramientas de secuenciación masiva para proporcionar un diagnóstico de todas las mutaciones génicas conocidas.

Donde el estudio de un niño portador de un síndrome genético o cromosómico requiere un minucioso examen físico e interrogatorio, así como la confección del árbol genealógico familiar.

Normalmente se necesitan realizar diversos estudios para llegar a conocer el diagnóstico con certeza, como la cromatina sexual, el cariotipo, pruebas de ADN, cromatografía de aminoácidos en orina y sangre ... para determinar si existen alteraciones que muestren algún patrón característico de ayuda para el diagnóstico de una enfermedad genética o cromosómica.

También se realizan exámenes radiográficos y ultrasonográficos de cráneo, renal, ginecológico y ecocardiograma, estudios de fondo de ojo, todo ello para intentar prevenir o detectar la aparición de alguna enfermedad genética.

Las evaluaciones prealta es el período previo a la salida del hospital o centro de salud, en el que se verifica que la madre y el recién nacido cumplan con los criterios de estabilidad clínica y se les brinda la información y las recomendaciones necesarias para el cuidado en el hogar.

La prealta se debe hacer con la participación activa de la madre y su acompañante, y se debe entregar un documento que resuma el historial clínico, los resultados de los exámenes, los tratamientos recibidos y las citas de control.

En adición, Rovati (2022), recomienda que, tras dar a luz en un parto sin complicaciones, el alta hospitalaria se recibe a las 48 horas de nacido el bebé. En caso de parto por cesárea, el alta suele darse a las 72-96 horas tras el nacimiento.

El control de salud prealta es la evaluación que se hace a la madre y al recién nacido antes de darles el alta del hospital o la clínica. Tiene como objetivo verificar que ambos se encuentren en buenas condiciones, resolver dudas o inquietudes, y dar recomendaciones sobre el cuidado en el hogar. El control de salud prealta se debe realizar dentro de las 48 horas después del parto, o antes si la madre y el recién nacido se encuentran estables.

La prealta es el momento en que se decide si la madre y el bebé están en condiciones de salir del hospital o centro de salud.

Para ello, se deben cumplir ciertos criterios, como:

- Ausencia de signos de infección, hemorragia o hipertensión en la madre
- Estabilidad de los signos vitales de la madre y el bebé
- Adecuada alimentación e hidratación de la madre y el bebé
- Buena adaptación del bebé al medio ambiente
- Educación sanitaria y apoyo psicosocial a la madre y la familia

De igual manera es importante que la madre se someta a exámenes diagnósticos y controles de salud postnatal antes del alta hospitalaria. Estos exámenes son fundamentales para asegurar que tanto la madre como el bebé estén en buenas condiciones físicas. Los exámenes pueden incluir pruebas de laboratorio, controles de presión arterial, evaluación del estado emocional, entre otros.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2022), ha establecido directrices que contribuyendo a proporcionar una experiencia postnatal más grata a las madres, hijos y familias. Entre las más destacadas se encuentran:

- Atención de calidad en los establecimientos de salud para todas las mujeres y bebés durante al menos 24 horas tras el nacimiento, con un mínimo de tres reconocimientos posnatales adicionales en las seis primeras semanas. Ello debería incluir visitas domiciliarias, de ser posible, para que el trabajador de la salud pueda facilitar la transición a la atención en el domicilio. Si el parto ha tenido lugar en el hogar, la primera consulta posnatal debe ser lo antes posible, y no más de 24 horas después del nacimiento.
- Medidas para detectar y responder a los signos de peligro que requieren atención médica urgente, ya se trate de la mujer o el bebé.
- Tratamiento, apoyo y asesoramiento para facilitar la recuperación y gestionar los problemas habituales que las mujeres pueden experimentar después del parto, como dolor perineal y congestión mamaria.
- Exploración de todos los recién nacidos para detectar anomalías oculares y deficiencias auditivas, y administración de la vacunación que corresponde al nacer.

- Apoyo para ayudar a las familias a interactuar con los bebés y responder a sus señales, y mantenerse en contacto estrecho con ellos y ofrecerles calor y bienestar.
- Asesoramiento sobre lactancia materna exclusiva, acceso a la anti-concepción y promoción de la salud posnatales, en particular la práctica de una actividad física.
- Fomento de la participación de la pareja, para que esté presente en los reconocimientos, por ejemplo, y brinde apoyo a la mujer y atienda al recién nacido.
- Cribados para detectar depresión y ansiedad posparto en la madre, con servicios de derivación y tratamiento de ser necesario.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Capítulo XII

Educación a la Familia de Cuidados del Rn en el Hogar. Sueño Seguro. Higiene del Rn. Ambiente Seguro. Prevención de Accidentes del Hogar.

Lic. Angelica Adriana Álcazar Marcillo. Mg.

 <https://orcid.org/0000-0002-0619-2301>



Introducción

Educar a la familia sobre los cuidados del recién nacido en el hogar es fundamental para asegurar que el bebé reciba la atención adecuada; como la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, enseña a la familia cómo bañar al bebé, limpiar el cordón umbilical (si todavía está presente) y cuidar su piel, cómo cambiar el pañal correctamente y con qué frecuencia deberían hacerlo, informa sobre las prácticas seguras para dormir, como colocar al bebé boca-arriba en una superficie firme y libre de peligros, enséñales a mantener la habitación a una temperatura adecuada y cómo abrigo al bebé sin que pase calor ni frío y explícales cuáles son los signos de que el bebé necesita atención médica urgente, como fiebre, dificultad para respirar o cambios drásticos en su comportamiento.

Educación a la familia de cuidados del recién nacido en el hogar

Según la Fundación para la Salud Materno Infantil (2020), la educación a la familia de cuidados del recién nacido en el hogar puede ser impartida por profesionales de la salud, trabajadoras comunitarias o voluntarias capacitadas, y se puede realizar en el hospital, en el centro de salud o en el domicilio de la familia.

Donde acompañados por los profesionales de salud, los padres comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado del recién nacido en el hogar.

De igual manera la enfermería asiste e interviene en la familia en forma continua, es por eso que debe conocer las diferentes funciones que tiene cada individuo en esta estructura.

Donde el nacimiento de un niño implica que la familia se posicione en su conjunto con el cuidado del recién nacido como objetivo.

También se debe involucrar a los padres desde el primer momento en los cuidados básicos: cambiar pañales, higiene corporal, alimentación entre otros. Esta colaboración promueve la aproximación y el aprendizaje y proporciona un sentimiento de participación que los identifica con el papel de padres.

En el mismo orden de ideas es importante resaltar que un recién nacido es un nuevo ser el cual desde los primeros días se le deben brindar los cuidados más básicos pues hay que recordar que todos forma parte de un sistema.

También es fundamentalmente la lactancia materna, hay que difundirla y hacerla más que una obligación que se haga un hábito, pues si bien es esencial para el recién nacido esta hace que el lazo madre-hijo se haga más fuerte además que esta trae mucho beneficio.

Sobre todos los cuidados del recién nacido son importantes desde el lavado del muñón umbilical hasta la aplicación de la vacuna BCG sin duda todas y cada una de las inmunizaciones son importantes pues estas son la base y la defensa ante cualquier microorganismo.

Donde Soria (2021), presenta que la familia, considerada no como un ideal de perfección que debe reunir tales o cuales características, sino en función del tipo de relación, que en ella se establece. Donde también muestra que la familia es un grupo sanguíneo con una determinada identidad, y un hogar compartido facilita la creación del primer espacio de aprendizaje.

Adonde se debe alentar a los padres a responder rápidamente a las necesidades de apego del recién nacido. Realizar contacto visual y estar en los brazos de la madre crea una sensación de seguridad para satisfacer sus necesidades. Se debe incorporar poco a poco estimulación como canciones de cuna.

De igual manera para Serenfermera (2024), donde opina que se debe orientar e informar a los grupos familiares que, desde el momento del nacimiento, se les debe brindar los cuidados necesarios para asegurar su bienestar y desarrollo:

Donde los iniciales días y semanas de vida son muy significativos para que crezcan y se adapten a su nuevo entorno, por lo que los cuidados en casa juegan un papel transcendental en su salud.

De igual manera es de suma importancia a considerar la higiene del recién nacido. Cuidar que este limpio y seco ayudando a prevenir enfermedades y problemas de la piel. En el primer mes de vida se recomienda utilizar productos diseñados para la delicada piel del bebé y evitar perfumes o productos que puedan irritar la piel sensible.

Otro aspecto importante es la nutrición, es decir. En los primeros meses, la lactancia materna es la opción preferida. Además de fortalecer el sistema inmunológico, aporta todos los nutrientes que tu recién nacido necesita para un crecimiento y desarrollo óptimo. Es importante respetar los tiempos y necesidades del lactante y se debe orientar a los padres en crear una rutina de alimentación cómoda.

Asimismo, los padres y grupos familiares se deben orientar y asesorar sobre cómo lavar de forma segura al recién nacido, que es una de las tareas más importantes a la hora de cuidar la higiene diaria. Aunque esto puede considerarse una tarea sencilla, se deben seguir ciertos pasos para garantizar la seguridad y comodidad del bebé. En primer lugar, es importante tener todo lo necesario preparado antes de ducharnos. Asegúrate de tener a mano todos los productos necesarios, como jabones especiales para bebés, esponjas suaves, toallitas suaves y crema hidratante.

También se recomienda preparar un termómetro de agua para asegurar la temperatura adecuada. Cuando todo esté listo, puedes llenar la bañera con agua caliente. Vale la pena señalar que la temperatura ideal del agua debe estar entre 36 y 38 grados centígrados. Utilice un termómetro para asegurarse de que la temperatura no sea ni demasiado alta ni demasiado fría.

Es relevante que cuando el agua esté lista, sostenga al recién nacido y bájelo gradualmente a la bañera. Es importante sostener siempre la cabeza y el cuello del niño durante el baño. Utilice una esponja suave para limpiar suavemente el cuerpo, prestando especial atención a los pliegues de la piel. Evite frotar vigorosamente para evitar irritaciones. Es importante recordar que el baño solo debe durar unos minutos, ya que la piel de los recién nacidos es delicada y la inmersión prolongada en agua puede afectar su temperatura corporal.

Después del baño, saque con cuidado al recién nacido del baño y envuélvalo en una toalla suave para que se seque. Por tanto, un baño seguro del recién nacido es fundamental para su bienestar y salud. Seguir estas recomendaciones garantizará una rutina de higiene diaria cómoda y segura para su recién nacido.

Además de la higiene y la nutrición, también se debe prestar atención a la temperatura y el ambiente del recién nacido, mantener una temperatura interior confortable, evitar corrientes de aire y mantener la humedad suficiente para que el recién nacido se sienta cómodo y seguro. También es importante asegurarte de que la zona donde duerme tu bebé sea segura y libre de objetos sueltos que supongan riesgo de asfixia.

Alimentación y lactancia para el recién nacido

De igual manera para Serenfermera (2024), dentro de las orientaciones y asesoramiento a la familia del recién nacido se debe tener presente la etapa de alimentación y lactancia es crucial para el correcto desarrollo:

Durante los primeros meses de vida, la leche materna suministra todos los nutrientes que el lactante precisa para crecer sano y fuerte. Igualmente, la lactancia materna fortalece el vínculo emocional entre la madre y el bebé.

Es relevante tener presente que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, la misma es la elección más adecuada debido a sus propiedades nutritivas y su capacidad para proteger al recién nacido contra enfermedades. Conteniendo así todos los nutrientes esenciales, anticuerpos y sustancias que promueven el desarrollo del sistema inmunológico.

De igual manera es importante destacar que no todas las mujeres pueden amamantar o topan con complicaciones en el proceso. En dichos casos, se recomienda brindar orientación y apoyo, ya que existen alternativas a la lactancia materna.

Por lo cual es recomendable recordarle a la madre que la alimentación y lactancia para el recién nacido son aspectos esenciales para su desarrollo físico y emocional. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es la opción ideal, pero en casos en los que no sea factible, existen alternativas para asegurar el bienestar del bebé y la madre.

Prevención de enfermedades en el hogar

Para Serenfermera (2024) en el hogar es donde se permanece la mayor parte del tiempo, por ende, es primordial tomar medidas para prevenir enfermedades y mantenerse saludable. Existen diversas maneras de garantizar un entorno seguro y libre de gérmenes dentro de casa:

Donde uno de los aspectos más destacados en la prevención de las enfermedades en el hogar es conservar una buena higiene. Lavarse las manos con frecuencia, especialmente antes de preparar alimentos y después de ir al baño. Utilizar agua tibia y jabón, y asegurarse de frotar todas las áreas de las manos durante al menos 20 segundos. De igual manera secarlas debidamente con una toalla limpia o desechable.

Es fundamental mantener impecable tanto la superficie como los utensilios de cocina. Se deben emplear productos de limpieza apropiados y garantizar la limpieza periódica de las encimeras, mesas, sartenes y demás utensilios que tienen contacto con los alimentos. Dado que las bacterias y los gérmenes pueden reproducirse velozmente en estos espacios, resulta crucial mantener todo limpio y desinfectado.

Es esencial mantener una adecuada ventilación en casa para evitar la humedad y la formación de moho y hongos. Ventilar con frecuencia permitirá que el aire fresco circule, eliminando malos olores y refrescando el ambiente. Además, es importante mantener los sistemas de ventilación y los filtros de aire limpios para asegurar una óptima calidad del aire interior.

Sueño seguro

Según Stanford Medicine Children's Health (2022), el sueño seguro es un conjunto de prácticas que tienen el objetivo de reducir el riesgo de muerte súbita e inesperada del lactante (SUDI, por sus siglas en inglés), que puede ser causada por asfixia, atrapamiento o estrangulación en el entorno en el que duerme el lactante.

Para Soria (2021), de igual manera el sueño del recién nacido abarca entre dieciocho y veinte horas diarias, por lo que es fundamental efectuar medidas de protección para garantizar su salud y bienestar durante este periodo.

Entre estos cuidados neonatales estaría centrarse en prevenir situaciones que ponen en peligro la vida relacionada con el sueño, como el síndrome de muerte súbita.

Además, los ambientes no demasiado calurosos, así como la lactancia materna, favorecen los despertares frecuentes del recién nacido.

Es importante recordar que el tono muscular del cuello de un recién nacido es mínimo, por lo que no puede sostener su cabeza, lo cual es un patrón de maduración completamente normal en esta etapa de la vida.

Además, las estructuras de los órganos situados en el cuello están compuestas por cartílago poco consolidado, lo que les permite insuficiente estabilidad y las hace susceptibles de colapsar fácilmente ante pequeños cambios de posición del cuello. Para resguardar estas estructuras de manera segura, se encomienda adoptar la posición de decúbito dorsal sobre una superficie firme.

De igual manera el National Institutes of Health (2019) algunas de las recomendaciones para el sueño seguro son:

- La posición correcta para dormir el recién nacido es decúbito dorsal.
- Evitar el uso de mantas, almohadas, peluches y otros objetos que puedan obstruir la respiración del bebé.
- Compartir la habitación con el bebé, pero no la cama.

- Mantener una temperatura adecuada y evitar el sobrecalentamiento del bebé.
- Amamantar al bebé y evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo y la lactancia.
- La temperatura del ambiente no debe superar los 23°C.
- No fumar en el ámbito donde vive o duerme un recién nacido
- La superficie de la cuna donde se apoye al recién nacido debe ser rígida evitando que el cochón se hunda.
- No usar almohada.
- Acostar al recién nacido con los pies apoyados en el fondo de la cuna de manera que no pueda desplazarse más allá.
- Evitar el exceso de abrigo al recién nacido.
- Cubrir con la ropa hasta la altura de las axilas dejando los brazos por fuera de la misma.
- Retirar de la cuna juguetes, almohadones y cualquier objeto que pueda caer sobre el recién nacido obstruyendo la vía aérea.
- Lactancia materna.

El sueño es fundamental para el crecimiento físico y el desarrollo neurológico y emocional de los infantes, y representa una de las tareas de cuidado que las familias tienen que desarrollar durante la crianza.

Durante el primer mes de vida es entendible que duerman entre 16 a 20 horas por día, y que despierten cada 3 horas aproximadamente para alimentarse. A los 3 meses, puede que dejen de despertarse por las noches y lleguen a dormir entre 5 y 6 horas continuas.

Higiene del Recién Nacido

Para Soria (2021), la higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort:

- El cambio de pañal se debe realizar con frecuencia de manera de proteger y preservar la integridad de la piel. Es usual que los padres tengan dudas acerca del momento pertinente para hacerlo igualmente con la alimentación y es preciso explicarles las ventajas y desventajas en cualquiera de las instancias.

- Los padres deben tener presente el cuidado del cordón y que en el hogar es una acción que ellos deben realizar cada vez que cambien el pañal del lactante.
- Hay que exponer a los padres que la higiene habitual del cordón umbilical es significativa para evitar que se infecte, que no causa dolor en el recién nacido porque es tejido sin terminaciones nerviosas y el malestar del lactante durante el procedimiento se relaciona con el contacto del líquido frío en la piel circundante.
- La higiene se realiza limpiando el cordón con gasa estéril humedecida en alcohol al 70%, tomándolo desde la punta del muñón o desde el clamp, frotando con movimiento ascendente desde la base hacia arriba en el trayecto de todo el muñón umbilical. Es significativo traccionar suavemente del muñón para que en la base la piel se separe del mismo y admita la correcta limpieza por arrastre, para eliminar las secreciones y la humedad.
- El muñón umbilical, con el correr de los días va modificando su aspecto reseccándose y endureciéndose hasta caerse; este proceso lleva entre ocho y catorce días. Una vez que se produce la caída hay que continuar con iguales cuidados en el ombligo hasta que cicatrice completamente. El olor fétido, rubor y calor alrededor del cordón o la persistencia del muñón más allá de los 14 días de vida son motivo de evaluación.
- Para poder realizarlo en forma correcta tienen que conocer todos los aspectos relacionados con la evolución normal del mismo, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar.
- Es trascendental que los padres posean claridad acerca de cuestiones cotidianas que pueden crear dudas acerca de si ayudan o retrasan la caída del cordón.
- Es trascendental educar a los padres en relación que introducir elementos tales como torundas de algodón prensado u otro tipo de elementos para la limpieza de los orificios puede inducir a lesión de la mucosa y mayor producción de secreciones por reacción irritativa de la misma.

De acuerdo Soria (2021), el baño del recién nacido es uno de los instantes más gratificantes y esperados por los padres, de manera que hay que

animarlos a realizarlo en forma adecuada, segura y cumpliendo ciertas recomendaciones:

- Para higienizar los genitales se debe utilizar lavado con agua tibia por arrastre o con algodón humedecido. El óleo calcáreo es una sustancia apta para aplicar en la zona genital del recién nacido en forma eventual cuando no cuente con medio de agua para la higiene; el uso rutinario y continuo del mismo no se recomienda dado que, bajo la capa oleosa residual que permanece en la piel luego de su aplicación, pueden proliferar gérmenes.
- Aplicar cremas, aceites o talcos sobre la piel del recién nacido puede crear reacciones graves por contacto, de manera que su uso está desaconsejado. Los productos a base de alcohol se absorben cómodamente por la alta permeabilidad de la piel y resultan tóxicos para el neonato; se recomienda no utilizar perfumes, colonias ni lociones

Ambiente Seguro

Para que puedan llevarlo a cabo en forma adecuada es importante que cuiden algunos aspectos tales como, según Soria (2021) y así lograr un ambiente seguro:

- Tomar medidas de todos los elementos que vaya a necesitar para no tener que desplazarse ni dejar solo al recién nacido en ninguna instancia del procedimiento.
- Verificar la temperatura del agua con el antebrazo para que sea agradable, impidiendo así quemaduras por excesivo calor o enfriamiento del recién nacido por baja temperatura.
- Manejar el baño de arrastre bajo chorro de agua o de inmersión en recipiente de uso exclusivo para el baño del lactante.
- Para bañar al lactante por arrastre sostenerlo apoyando el tórax sobre el antebrazo, fijándolo a la altura de las axilas y manipulando la otra mano para masajear la piel y separar pliegues.
- Para bañar al recién nacido de inmersión preparar el agua en el recipiente y sumergirlo lentamente, sostenerlo con una mano firme en la nuca y la otra bajo la zona glútea, una vez que esté sumergido hasta el tórax y apoyado sobre el fondo, liberar la mano que sostiene la zona glútea para proceder a masajear la piel y separar los pliegues.
- Al realizar baño por inmersión, higienizar antes y fuera de la bañade-

ra los genitales si es necesario, para evitar contaminar el agua con deposiciones.

La temperatura ambiente: reforzar todas las recomendaciones antes mencionadas para cuidar la termorregulación y sugerir realizarlo en el lugar y horario más cálido de la casa.

Prevención de accidentes del hogar

Según Reales Seguros (2022), la prevención de accidentes del hogar es el conjunto de medidas que se toman para evitar o reducir los riesgos de sufrir lesiones no intencionales en la vivienda. Estas medidas pueden ser de tres tipos: primaria, secundaria y terciaria, según el momento y el objetivo de la intervención, según lo indica el

Tal como lo expresa la Fundación Elecnor (2019):

Durante la etapa neonatal, los accidentes están determinados por las precauciones que tome el cuidador, ya que los recién nacidos no se desplazan y tienen un movimiento limitado. Por esta razón, las medidas de seguridad en el hogar son más fáciles de implementar. Es recomendable trabajar con los padres desde el momento en que ingresan al hospital para enseñarles la forma segura de realizar los cuidados habituales de su hijo.

De igual manera para Soria (2021), la prevención de accidentes es primordial en los hogares con lactantes:

- El lactante no se debe colocar encima de las mesas, solo en los brazos de su madre o en su cuna, por su seguridad física.
- No se debe ejecutar otras diligencias con el recién nacido en brazos como cocinar, planchar o beber líquidos calientes.
- Los bebés tienen la piel mucho más delicada y sensible que los adultos, por lo que es importante tener precaución al manipular objetos calientes cerca de ellos, ya que puede suscitarse en casa algún tipo de quemadura.
- El lactante debe permanecer con una persona adulta nunca con otro niño.
- Los recién nacidos no deben estar en conjunto o cerca de las mascotas sin supervisión de un adulto.

- Alejar la cuna de los recién nacidos de fuentes directas de calor o frío.
- Revisar la temperatura del agua que se utilizara para el baño o limpieza del recién nacido, una manera puede ser con la cara interna del antebrazo, ya que es una zona sensible.
- Primeramente, al momento del baño o limpieza del recién nacido se debe tener a la mano todos los materiales y utensilios a utilizar.
- A lo largo del baño se debe sostener al recién nacido por debajo de las axilas con la cabeza apoyada sobre el antebrazo; de esta manera se garantiza que no se rueda bajo el agua; ejecutar el resto de las maniobras con la mano hábil.
- El recién nacido se debe rodear con una toalla al momento de sacarlo de su bañera.
- No se recomendable usar alfileres o prendedores con punzante en la ropa del recién nacido, por su seguridad.
- Los medicamentos o cualquier tipo de líquido debe estar indicación por el medico tratante del lactante en este caso su pediatra.
- Los padres y el grupo familiar deben estar atentos y pendientes por si cualquier acontecimiento con el recién nacido, se deber tener conocimiento de primeros auxilios. Entre estos acontecimientos se puede presentar un atragantamiento donde se debe llamar a los servicios de emergencias y mantener la calma.

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO

Bibliografía



- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (13 de Mayo de 2019). *La mujer elige la posición en la que quiere parir*. UNICEF: <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (26 de abril de 2023). *Lo que debes saber sobre las vacunas*. UNICEF Venezuela: <https://www.unicef.org/venezuela/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-vacunas>
- Stanford Medicine Children's Health. (2022). *Sueño seguro*. stanfordchildrens.org: <https://www.stanfordchildrens.org/es/about/government-community/safety-tips/safe-sleep>
- Adalia, E. G. (2020). Percepciones sobre la Maternidad y la Lactancia: la Importancia de Conocer las Expectativas y Experiencias Maternas a través del Análisis Temático. Protocolo de Investigación Cualitativa. *Investigación Cualitativa en Salud: Avances y Desafíos*, 35(3), 68-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.68-81>
- Alegsa, L. (13 de May de 2023). *Definición de ingurgitación*. Definiciones-de.com: <https://www.definiciones-de.com/Definicion/de/ingurgitacion.php>
- Andina Díaz, E., Silva Vieira Martins, M. F., & Siles González, J. (2021). Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. *Enfermía Global*, 20(61), 90-121. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.413651>
- Ascanio Ascanio, L. M., & Maldonado Castellanos, N. (2020). *Importancia del vínculo afectivo entre madres e hijos: una revisión documental*. Universidad de pamplona.
- Asociacion Espanola de Pedriatria. (01 de Marzo de 2022). *Contraindicaciones de las Vacunas*. AEP: <https://vacunasaep.org/profesionales/contraindicaciones-de-las-vacunas>
- Asociación Española de Pediatría. (2023). *Técnicas de lactancia materna*. Lactancia Materna: <https://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
- Atanacio Figueroa, R. H. (2022). *Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años en el Centro de Salud Justicia, Paz y Vida, Huancayo 2021*. Universidad Continental .
- Bajaña, G., Carvajal, F., Cifuentes, J., Gallardo, P., Kattan S, J., Méndez F, Á., . . . & Urzúa B, S. (2021). Recomendaciones de organización, diseño, características y funcionamiento de servicios o unidades de neo-

natología. *Andes pediátrica*, 19(1), 138-150. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.3553>

Banda Pérez, A. d., Álvarez Aguirre, A., & Casique Casique, L. (2020). Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*, 7(1), 109-115. <https://doi.org/DOI: 10.35383/CIETNA.V7I1.348>

Calvopiña Riera, K. M., & Domínguez Montoya, W. A. (2022). *Enfoque del Cuidado Humanizado de Enfermería durante el Trabajo de Parto*. Universidad Nacional del Chimborazo.

Cardoso Paes, R. L., Pereira Rodrigues, D., Alves, V. H., Dias da Silva, S. É., Figueiredo Cunha, C. L., & Simão Carneiro, M. &. (2022). La Consulta de Enfermería Prenatal desde la Perspectiva de la Teoría de los cuidados de KRISTEN SWANSON. *Cogitare Enfermagem*, 27(1), 1-11. <https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87708>

Carrasco, M. (. (25 de enero de 2019). *Guía Cuidados del Recién Nacido en Interacción Conjunta*. MSN: https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquén_Neonatología-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (01 de Noviembre de 2019). *Almacenamiento y preparación de la leche materna*. CDC: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/preparacion-de-la-leche-materna-508.pdf>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (11 de diciembre de 2020). *Cuánto y con qué frecuencia amamantar*. CDC: <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/cuan-to-y-con-que-frecuencia-amamantar.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (30 de November de 2020). *Extracción de leche materna*. CDC: <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/extraccion-de-leche-materna.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (14 de Diciembre de 2020). *Qué esperar durante la lactancia materna*. CDC: <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/que-esperar-durante-la-lactancia-materna.html>

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (13 de Febrero de 2022). *Destete*. CDC: <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/spanish/Destete.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (21 de Febrero de 2023). *Cómo mantener limpio el extractor de leche materna*. CDC: https://www.cdc.gov/higiene/es/breast-pump-esp.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthywater%2Fhigiene%2Fes%2Fbreastpump-esp.html
- Chávez Salazar, E. E., & Vincés Centeno, M. R. (2019). El ambiente familiar y su incidencia en el apego materno infantil: Importancia de las relaciones afectivas en edad temprana. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 3(6), 324-356. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.352>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. (2024 de marzo de 22). *Lactancia Materna Y Vacunas*. CAV-AEP: <https://vacunasaep.org/familias/lactancia-materna-y-vacunas>
- de Suárez Lezo Cruz Conde, J. (14 de noviembre de 2022). *La percepción vital*. Grupo Corpal: <https://www.grupocorpal.com/la-percepcion-vital/>
- Del Castillo-Matamoros, S. E. (2021). La importancia de la nutrición en la mujer. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(4), 339-342. <https://doi.org/https://doi.org/10.18597/rcog.3825>
- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles educativos*, 39(156), 192-207. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&nrm=iso>
- EDU.LAT. (2022). *Definición de lactancia materna*. EDU.LAT: <https://definicion.edu.lat/definicion/lactancia-materna.html>
- Flores, I. (9 de mayo de 2022). *La importancia del vínculo materno*. UAG: <https://www.uag.mx/es/mediaHub/la-importancia-del-vinculo-materno/2022-05#:~:text=Sin%20el%20cuidado%20materno%2C%20no,y%20dar%20sus%20primeros%20pasos.>
- Fundación de Enfermeras de Cantabria . (2014). *La importancia del apego en la etapa infantil*. Enfermería cantabria: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/13/109>

- Fundación Elecnor. (28 de Mayo de 2019). *Prevención en el Hogar*. Creciendo en prevención: <https://www.creciendoenprevencion.com/prevencion-de-riesgo-en-el-hogar/>
- Fundación para la Salud Materno Infantil. (2020). *¿Qué es la educación en el hogar y cómo funciona?* Fundasamin: <https://hslda.org/es/post/qu%C3%A9-es-la-educaci%C3%B3n-en-el-hogar-y-c%C3%B3mo-funciona>
- Funlargaia. (2008). *Iniciativa Maternidades Centradas en la Familia*. funlargaia: <http://www.funlargaia.org.ar/Que-es-MSCF/Iniciativa-MCF#:~:text=Se%20permite%20la%20presencia%20de,el%20vínculo%20temprano%20madre-hijo.>
- Gaes junior. (23 de febrero de 2021). *Desarrollo de la autonomía en Bebés*. Gaesjunior: <https://www.gaesjunior.com/blog/desarrollo-autonomia-bebes>
- Gallardo Águila, P. (1 de febrero de 2023). *Nutrición del Prematuro*. Salud Infantil: http://www.saludinfantil.org/Seminarios_Neo/Seminarios/Nutricion/Nutricion_Prematuros_PGallardo.pdf
- González González, J. R., & Villavicencio López, E. A. (2020). *Prácticas interculturales en el posparto; Tixán 2019*. Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33795/1/PRACTICAS%20INTERCULTURALES%20EN%20EL%20PUERPERIO%20TIXAN%202019.docx.pdf>
- Graterol, O., Vargas, J., D' Jesús, I., Vielma, N., & Mora, C. (2022). Nutrición parenteral en neonatos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, 2019. Serie de casos. *Revista GICOS*, 7(7), 181-190.
- Guevara Poscua, D., & Lozada Vera, L. J. (2020). *Factores que Influyen en la Lactancia Materna en Madres Adolescentes Según la Teoría de Ramona Mercer*. Unidad Cental del Valle del Cauca.
- Henckell Sime, C. L. (2022). Incorporación del enfoque intercultural al sistema de atención de salud. *Saber Servir*(7), 153-171. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.54774/ss.2022.07.08>
- Hernández Sarmiento, J. M., Jaramillo Jaramillo, L. I., Villegas Alzat, J. D., Álvarez Hernández, L. F., Roldan Tabares, M. D., Calle Estrada, M. C., . . . & Martínez Sánchez, L. M. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina*, 20(2), 489-508. <https://doi.org/DOI:> <https://doi.org/10.30554/arch>

med.20.2.3487.2020

Iniciativa Internacional del Parto. (septiembre de 2018). *Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad para MadreBebé-Familia Segura y Respetuosa*. ICI: https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2020/10/ICI_12steps_SPANISHfull.pdf

Izquierdo, G. &. (01 de Agosto de 2020). Vacunas e inmunizaciones en recién nacidos y recién nacidos prematuros. *Revista Médica Clínica Las Condes*, **31**(4), 270-279. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rm-clc.2020.04.004>

Jambersi, M. M. (2020). Percepciones de madres sobre vivencias de la maternidad y el cuidado del bebé. *Rev Cubana Enfermería*, **38**(1), 1-17. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n1/1561-2961-enf-38-01>

Larguía, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., . . . & Esandi, M. E. (2012). *MATERNIDAD Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>

López Sevilla, J., Orbe Montalvo, C., & Ortiz Rubio, A. (2018). La Nutrición Enteral Temprana debe Iniciarse en todos los Recien Nacidos Prematuros sin Importar sus Riesgos Asociados. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, **19**(2), 39-46. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/996447/diagramacion-cientifica-sep-19-02-2018final-40-47.pdf#:~:text=En%20neonatos%20prematuros%2C%20la%20alimentación,sas%20de%20su%20estado%20crítico>.

Magaña, T. (2 de mayo de 2020). *Así surge el vínculo entre madre e hijo durante el embarazo*. Escuela Bitácoras: <https://escuela.bitacoras.com/2020/05/02/asi-surge-el-vinculo-entre-madre-e-hijo-durante-el-embarazo/>

Maquera Maquera, Y., Calderón Torres, A., M. M., Zuñiga Vasquez, M. E., & Vásquez Pauca, M. J. (2022). Percepción cultural del embarazo, parto y puerperio en las comunidades de los Andes peruano. *Revista de Investigación en Salud VIVE*, **5**(14), 1-16. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/541/5413338014/>

- Médicos Familiares* . (12 de enero de 2023). Médicosfamiare.com: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-f>
- Medlineplus. (23 de Septiembre de 2021). *Pruebas prenatales*. Medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-prenatales/>
- Medlineplus. (01 de Enero de 2023). *Incompatibilidad RH* . medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001600.htm>
- Melendres Chuquimamani, M. J. (2019). *Adecuación de salas de parto con enfoque intercultural para incrementar la cobertura de parto institucional en el Centro de Salud de Huayna Potosí Red Los Andes El Alto – 2020*. Universiad Mayor de San Andrés. <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24019/TE-1536.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud Pública . (2018). *Atención integral a la niñez Manual*. MSP: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ninez.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (diciembre de 2016). *Manual de atención neonatal*. OMS: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/pry-mn-48-03-operational-guidance-2016-esp-manual-de-atención-neonatal--autorizado-mspbs-resolución-ministerial-sg-n-816.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-Paraguay . (diciembre de 2016). *Manual de atención neonatal*. OMS: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/pry-mn-48-03-operational-guidance-2016-esp-manual-de-atención-neonatal--autorizado-mspbs-resolución-ministerial-sg-n-816.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. (abril de 2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. AEPED: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
- Mite Cárdenas, G. V., & Pardo Torre, M. P. (2019). Vínculo Afectivo Madres - Hijos Neonatos a Término según Edad y paridad: Una Comparación. *Investigatio*, 12(1), 67-78. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.31095/investigatio.2019.12.4>

- Molano Lozada, M. F. (2021). *Aplicación de los Modelos y Teorías de Enfermería en el Cuidado durante la Gestación y el Parto*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4395/MONOGRAFIA%20FINAL%20-%20MARIA%20FERNANDA%20MOLANO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morales, S. (30 de agosto de 2023). *Cuáles son los 4 tipos de familia*. Sociedad Universal: <https://sociedaduniversal.com/diversidad/cuales-son-los-4-tipos-de-familia/>
- Moreira Mero, K. M., Marin Llaver, L. R., & Vera Viteri, L. (2021). La educación de la autonomía en niños y niñas del subnivel inicial 2 de la escuela Gabriela Mistral. *Plolo del Conocimiento*, 6(8), 135-153. <https://doi.org/DOI: 0.23857/pc.v6i5.2734>
- National Institutes of Health. (01 de Enero de 2019). *Sueño seguro para el bebé*. NIH: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/sueño-seguro-para-el-bebe>
- Núñez, M., González, I., Morales, L., Tevera, Y., & Pérez, M. (2020). Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veragüenses, 2019. *Revista Científica UTP*, 6(1), 15-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.33412/rev-ric.v6.0.3132>
- Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS). (agosto de 2019). *PLAN ANDINO DE SALUD MATERNA CON ENFOQUE INTERCULTURAL 2017 -2021 / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2018*. ORAS-CONHU: [https://oras-conhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/PLAN%20ANDINO%20DE%20SALUD%20MATERNA%20CON%20ENFOQUE%20INTERCULTURAL%20\(004\)%20\(1\).pdf](https://oras-conhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/PLAN%20ANDINO%20DE%20SALUD%20MATERNA%20CON%20ENFOQUE%20INTERCULTURAL%20(004)%20(1).pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (4 de febrero de 2018). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. OMS: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591501/table/ch1.tab1/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2022). *La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto*. OMS: <https://>

www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth#:~:text=He%20aqu%C3%AD%20algunas%20de%20las%20recomendaciones%3A%201%20Atenci%C3%B3n,de%20la%20mujer%20o%20el%20beb%C3%A9.%2

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Lactancia materna*. OMS: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Prevención de la Transmisión Materno-infantil del Virus de la Hepatitis B*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/106>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/https://doi.org/10.37774/9789275326817>

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. (28 de marzo de 2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. OPS: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence

Ortega Barco, M. A., & Muñoz de Rodríguez, L. (2018). Valoración del cuidado de Enfermería brindado durante el proceso de parto. Ensayo clínico controlado de una intervención basada en la Teoría de Swanson versus cuidado convencional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36(1), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e05>

Ortiz Fèliz, R. E., Càrdenas Vilarreal, V. M., & Flores Peña, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: TEORÍA DE RANGO MEDIO. *Index de Enfermería*, 25(3), 16-170. https://www.researchgate.net/profile/Rosario-Edith-Felix/publication/313710986_Modelo_de_rol_materno_en_la_alimentacion_del_lactante_TEORIA_DE_RANGO_MEDIO/links/5ccafad24585156cd7c3b36f/Modelo-de-rol-materno-en-la-alimentacion-del-lactante-TEORIA-DE-RANGO

Ortiz Masaquiza, E. E. (2023). Teoría de la adopción del rol maternal para cuidado del prematuro en la instancia domiciliaria. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1608-1620. <https://doi.org/DOI:10.34119/bjhrv6n1-12>

Oyola Naranjo, D. J. (2023). *Integración de la Práctica y la Teoría de “Convertirse en Madre”, de Ramona Mercer, desde una Narrativa de Enfermería*.

- Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/8c19dabd-5ed1-4e71-b8a6-e451fe2b7a02/content>
- Pita Aveiga, C. E. (2022). Manejo nutricional del recién nacido prematuro. *RECIMUNDO*, 6(2), 602-61. [https://doi.org/DOI: 10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.602-612](https://doi.org/DOI: 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.602-612)
- Plazas Mouriz, L. (27 de julio de 2020). *Binomio madre e hijo*. Enfermería Buenos Aires: <https://enfermeriabuenosaires.wordpress.com/2020/07/25/binomio-madre-e-hijo/>
- Polo Miret, T. (8 de septiembre de 2021). *¿Qué cuidados deben prestarse al recién nacido durante el minuto de oro?*. VYGON: <https://campusvYGON.com/cuidados-rn-minuto-de-oro/>
- Reale Seguros. (24 de Noviembre de 2022). *Prevención de accidentes en el hogar: ejemplos y cómo evitarlos*. Blog.reale.es: <https://blog.reale.es/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-ejemplos-y-como-evitarlos/>
- Rivera Aguilar, T., Morales Mayorga, S. G., & Simbaña Quishpi, M. A. (2023). Rol de enfermería en la atención primaria de salud en el manejo del embarazo. *Journal Scientific Investigar*, 7(4), 52-74. <https://doi.org/https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.52-74>
- Rodríguez Cortés, R. (2 de agosto de 2022). *La importancia de la autoestima: qué es y cómo influye en tu vida*. Psicoglobal: <https://www.psicoglobal.com/blog/autoestima-que-es>
- Rodríguez Martínez, G. &. (2023). Nutrición en el recién nacido de bajo peso. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*, 1(1), 431-440. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35_rn_bajo_peso.pdf
- Rojas Álvarez, A., Rufián Martínez, B. M., & Rubio Gómez, M. d. (2018). Puerperio y cuidados de Enfermería. *Revista Electrónica de Portales-Medicos.com*, XIII(3), 157. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/puerperio-cuidados-enfermeria/>
- Rojas Romero, I. (2019). *Gestando interculturalidad en salud materna-neonatal-Hacia una política de generación y fortalecimiento de competencias interculturales en el personal de salud materna-neonatal que atiende mujeres indígenas en Junín*. Universitario en Políticas Públicas y Sociales UPF Barcelona School of Management.

- Rondón Abuhadba, E. A., Ordoñez Linares, M. E., Ccorahua Rios, M. S., Paucar Tito, L., Rodriguez Camino, M. C., Quispe Sancho, A., & Atamari Anahui, N. (2019). Saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y respiratoria en recién nacidos a término en poblaciones de altura. *Revista Cubana de Pediatría*, 91(3), 1-11. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v91n3/1561-3119-ped-91-03-e687.pdf>
- Rovati, L. (10 de Mayo de 2022). *Alta hospitalaria del recién nacido después del parto: cuándo puede el bebé irse a casa*. Bebès y màs: <https://www.bebesymas.com/recien-nacido/alta-hospitalaria-recien-nacido-des-pues-parto-cuando-puede-bebe-irse-a-casa>
- Saavedra Llacsaguache, V. (2018). *Creencias de los Padres acerca de la Crianza de sus Hijos de 4 Años de la I.E. Vallesol - Piura*. Universidad de Piura.
- Sánchez Abreu, G. A. (06 de Julio de 2023). *Fisiología de la lactancia*. Mejorconsalud.as.com: <https://mejorconsalud.as.com/fisiologia-de-la-lactancia/>
- Sánchez Abreu, G. A. (06 de July de 2023). *Fisiología de la lactancia*. mejorconsalud.as.com: <https://mejorconsalud.as.com/fisiologia-de-la-lactancia/>
- Serenfermera . (2024). *Descubre los mejores cuidados del recién nacido en casa! Guía completa de enfermería*. Serenfermera : <https://serenfermera.com/cuidados-del-recien-nacido-en-el-hogar-enfermeria/>
- Solórzano, H., Villalobos, N., & Gorozabel, J. (2020). *Abordaje Obstètrico Intercultural en la Atención Sanitaria Comunitaria*. Universidad del Zulia. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/redieluz/article/view/35518/37669>
- Soria, R. M. (22 de septiembre de 2021). *Educacion de los padres del recién nacido en alojamiento conjunto*. Fundasamin: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
- Torres Pantoja, J. E., Santos Holguín, S. A., Arce Castillo, V. C., & Romero Urrea, H. E. (2021). Factores interculturales que inciden en la atención de enfermería. Centro de salud tipo c venus de valdivia la libertad. *Journal of American health*, 4(1), 91-107. <http://www.jah-journal.com/index.php/jah>

- Uberos Fernández, J., Narbona López, E., Gormaz Moreno, M., Linés Palazón, M., Rodríguez Martínez, G., Sáenz de Pipaón Marcos, M., & Couce Pico, M. (2016). *Nutrición parenteral en el recién nacido prematuro de muy bajo peso. Propuesta de un protocolo de actuación tras revisión de la evidencia científica*. Sociedad Española de Neonatología. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35_rn_bajo_peso.pdf
- UNICEF. (13 de mayo de 2019). *La mujer elige la posición en la que quiere parir*. UNICEF: <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado#:~:text=El>
- Vaca Molina, K., & Jiménez Peralta, A. (2021). Rol de enfermería en el Cuidado y atención del Parto Humanizado. *Revista Investigación y Desarrollo I+D*, 14(1), 110 - 118. <https://doi.org/https://doi.org/10.31243/id.v14.2021.1325>
- Vargas Porras, C., Hernández Molina, L. M., & de Molina Fernández, M. I. (2020). Aspectos percibidos por las madres primerizas como favorecedores en la adopción de su nuevo rol. *Revista Cubana Salud Pública*, 45(4), 1-18. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n4/e1573/>
- Velásquez Rondón, S. O., & Huaman Hernández, D. E. (2020). Efectos del cuidado enfermero basado en teoría de Kristen Swanson sobre conocimientos y aceptación de lactancia materna en primigestas. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(4), 1-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf204o.pdf>
- Zafra, M. M., & Vicente, J. (21 de mayo de 2022). *Los mil días de oro: así es el desarrollo de tu bebé en los primeros dos años de vida, mes a mes*. El país: <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-05-22/los-mil-dias-de-oro-asi-es-el-desarrollo-de-tu-bebe-en-los-primeros-dos-anos-de-vida-mes-a-mes.html>

ATENCIÓN INTEGRAL BINOMIO MADRE - HIJO



Publicado en Ecuador
Julio 2024

Edición realizada desde el mes de febrero del 2024 hasta
Junio del año 2024, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Ilustración Ediciones Mawil