



ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



REDLIC | Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea



REDLIC
Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO





REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

**ENFERMERÍA DE LA
MUJER Y EL RECIÉN
NACIDO**

Título: Enfermería de la mujer y el recién nacido

Primera edición: Enero 2025

ISBN: [978-9942-659-22-4](#)

Link:

<https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/54>



Producción editorial y coordinación técnica

-  Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. (978-9942-7063)
-  Avenida 3 de Noviembre y Segunda Transversal
-  www.editorialredlic.com
-  rev.investigacioncontemporanea@gmail.com
contactos@editorialredlic.com
-  +593 98 001 0698

Coordinador editorial:
Dra. Marcial Iliana Criollo Vargas

Diseño de portada: RedSocial Design
Diseño y diagramación: RedSocial Design

 <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.54>

Copyright (c) 2024 Obra sometida al arbitraje por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#) cc by

Usted es libre para Compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y Adaptar el documento ,remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

AUTORES

Primer Autor

Érica Paola Rojas Verdugo

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0002-7205-8231>

Segundo Autor

Rosa Gabriela Espadero Faican

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0002-0374-7041>

Tercer Autor

María Augusta Luzuriaga Calle

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0002-5122-9177>

Cuarto Autor

Erika Viviana Tapia Urgilez

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0002-7716-7779>

Quinto Autor

Mónica Alexandra Chimborazo Bermeo

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0009-9280-5108>

Sexto Autor

Wilmer Raul Ordoñez Castro

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0007-2336-9475>

AUTORES

Séptimo Autor

Carlos Bolívar Correa Narváez

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0006-6089-1767>

Octavo Autor

Liliana Maribel Castillo Rodriguez

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0002-0015-7342>

Noveno Autor

María Lisseth Minchala Sánchez

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0002-9069-3797>

Décimo Autor

Wilson Fabian Morejón Patiño

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0003-1968-7044>

Décimo Primer Autor

Narcisa De Jesús Mayancela Niveb

Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-1311-1215>

¿CÓMO CITAR?

LIBRO:

Rojas Verdugo, E. P., Espadero Faicán, R. G., Luzuriaga Calle, M. A., Tapia Urgilez, E. V., Chimborazo Bermeo, M. A., Castillo Rodríguez, L. M., Bolívar Correa Narváez, C., Mayancela Niveló, N. de J., Minchala Sánchez, M. L., Morejón Patiño, W. F., & Ordóñez Castro, W. R. (2025). *Enfermería de la Mujer y el Recién Nacido*. Red Editorial de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S.

AVISO LEGAL IMPORTANTE

Los autores son los únicos responsables de todos los manuscritos incluidos en este libro. Se permite la reproducción total o parcial de dichos manuscritos utilizando cualquier método o medio, excepto con fines comerciales o lucrativos.

Los autores que publiquen en la Red Editorial Latinoamericana de investigación contemporánea (REDLIC S.A.S.) aceptan los siguientes términos:

1. Los autores mantienen sus derechos de autor (copyright) y otorgan a la Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC S.A.S) el derecho de la primera publicación de su trabajo, bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0. Esta licencia permite que terceros utilicen el contenido publicado, siempre que se mencione la autoría y la primera publicación en esta editorial.
2. Los autores pueden establecer acuerdos adicionales para la distribución no exclusiva de la versión publicada de su libro/capítulo de libro en otros lugares, como repositorios institucionales, siempre y cuando se indique claramente que el trabajo fue publicado por primera vez en esta editorial.
3. Los autores conservan sus derechos de autor (copyright) y garantizan a la Red Editorial Latinoamericana de investigación contemporánea (REDLIC S.A.S.) el derecho a publicar el manuscrito a través de los canales que considere apropiados.
4. Se permite y se recomienda a los autores compartir su trabajo en línea (por ejemplo, en repositorios institucionales o páginas web personales), una vez que el libro o capítulo de libro haya sido aceptado para su publicación. Esto puede conducir a intercambios productivos y a una mayor y más rápida citación del trabajo publicado.

PRÓLOGO

El manejo de las mujeres y los recién nacidos constituye un dominio fundamental e intrincado dentro de la profesión de enfermería, que requiere una atención holística basada en evidencia empírica, prácticas validadas científicamente y una conciencia aguda de los atributos psicosociales de cada individuo. Este volumen, titulado “Enfermería de la mujer y recién nacido”, es un manuscrito fundamental que aborda de manera sistemática y exhaustiva los aspectos multifacéticos de los cuidados de enfermería pertinentes a este ámbito.

La arquitectura de este manuscrito encarna la dedicación a cultivar profesionales de la salud excepcionalmente capacitados, y presenta un marco meticuloso que sintetiza los componentes preventivos, terapéuticos y de rehabilitación. El capítulo inicial analiza los principios generales relacionados con la salud sexual y reproductiva, subrayando los determinantes socioeconómicos y demográficos que afectan la salud de las mujeres en Ecuador. Además, se analiza la ejecución de iniciativas como el Plan para la disminución acelerada de la mortalidad materna y neonatal, que acentúa la importancia de los derechos sexuales y reproductivos como un elemento vital para el progreso de la sociedad.

El capítulo siguiente está dedicado a las intervenciones de enfermería durante el período de maternidad, centrándose en la atención prenatal y el tratamiento personalizado de afecciones como la preeclampsia, la diabetes gestacional y las infecciones. La incorporación de instrumentos como la gestión de la tarjeta materna y el formulario perinatal garantiza una metodología sistemática y rigurosa para la evaluación de la salud materno-fetal.

El tercer capítulo profundiza en las intervenciones de enfermería durante el parto, el posparto y en los casos de trastornos ginecológicos. Este segmento no solo proporciona directrices prácticas para abordar las complicaciones obstétricas, sino que también aboga por el papel de la enfermería en la lactancia materna y en la vivienda compartida como bases esenciales para fortalecer la relación madre-hijo y mejorar los indicadores de salud neonatal.

El capítulo cuarto y final se centra en el recién nacido y abarca aspectos que van desde la atención inmediata hasta la atención especializada para afecciones complejas, como las enfermedades respiratorias, las anomalías cardíacas congénitas y los trastornos metabólicos. La incorporación de procedimientos fundamentales en la neonatología y la aplicación de estrategias como el cribado metabólico y la inmunización subrayan la importancia de una atención neonatal integral.

Este manuscrito es la culminación de un esfuerzo colaborativo entre autores dedicados al progreso de la profesión de enfermería, quienes han logrado resumir un contenido que combina el rigor académico, la pertinencia clínica y la aplicabilidad práctica. Cada capítulo ilustra una sólida base teórica y una comprensión profunda de las necesidades de las mujeres y los recién nacidos en diversos contextos.

La participación en este texto no solo mejora la comprensión académica, sino que también impulsa a los profesionales de la salud a adoptar, con responsabilidad y dedicación, el cuidado de las mujeres y los recién nacidos, fomentando una atención humana que reconozca la diversidad y garantice la equidad en el acceso a servicios de salud de alta calidad.

Johanna Rosalí Reyes Reinoso, PhD.

Docente e Investigadora de la Unidad Académica
de Ciencias de la Salud

Índice

Pág.
20

CAPITULO 1

1.GENERALIDADES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA MUJER

1.1.Indicadores relacionados con las condiciones sociales, económicas y demográficas de las mujeres en Ecuador.

1.2.Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal

1.3.Derechos sexuales y reproductivos.

1.4.Violencia familiar en la mujer: prevención, redes de apoyo, rol de enfermería.

Pág.
33

CAPITULO 2

2.ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

2.1.Control prenatal: Signos, síntomas y cambios fisiológicos en el embarazo

2.1.1. Evaluación y preparación para las pruebas de bienestar y maduración fetal.

2.1.2. Manejo del carnet materno.

2.1.3. Manejo del formulario perinatal.

2.2.Cuidados de enfermería en el embarazo

2.2.1. Cuidados de enfermería en el embarazo con: SCORE MAMA, preeclampsia, sufrimiento fetal, hemorragias e infecciones.

2.3.Cuidados de enfermería en la diabetes gestacional

2.4.Farmaconocividad y Tetarogenicidad en el embarazo

2.4.1. Farmaconocividad

2.4.2. Tetarogenicidad

CAPITULO 3

3.ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARTO, PUERPERIO Y PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS

- 3.1.** Psicoprofilaxis del parto.
- 3.2.** Parto, etapas del trabajo de parto y posparto.
 - 3.2.1.** Parto patológico
- 3.3.** El puerperio normal y los cambios anatómicos y psicológicos
 - 3.3.1.** Puerperio patológico
- 3.4.** Cuidados de enfermería en el puerperio inmediato, mediano tardío y complicaciones.
- 3.5.** Cuidados de enfermería en la cesárea.
- 3.6.** Rol de enfermería en la lactancia materna y alojamiento conjunto.
- 3.7.** Climaterio, menopausia.
- 3.8.** Patologías ginecológicas: cáncer de mama y cáncer cervicouterino.

CAPITULO 4

4.ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

- 4.1.** El recién nacido características y clasificación.
 - 4.1.1.** Características físicas.
 - 4.1.2.** Clasificación del recién nacido.
- 4.2.** Cuidados inmediatos y mediatos al neonato.
 - 4.2.1.** Procedimientos básicos en neonatología.
 - 4.2.2.** Reanimación Cardiopulmonar.
 - 4.2.3.** Procedimientos básicos en neonatología, profilaxis oftálmica, control antihemorrágico, control de glucosa, control de hematocrito y bilirrubinas, fototerapia.
 - 4.2.4.** Tamizaje Metabólico Neonatal.
 - 4.2.5.** Inmunización en el Neonato
- 4.3.** AIEPI Neonatal.
 - 4.3.1.** Signos de peligro en general
 - 4.3.2.** Enfermedad muy grave o infección local.
 - 4.3.3.** Diarrea
 - 4.3.4.** Deshidratación

4.4. Cuidados de enfermería al recién nacido con problemas respiratorios: asfixia inicial, taquipnea transitoria del recién nacido y enfermedad de la membrana Hialina.

4.4.1. Asfixia inicial.

4.4.2. Taquipnea transitoria del recién nacido.

4.4.3. Enfermedad de la membrana Hialina.

4.5. Cuidados de enfermería del recién nacido con cardiopatías: cianótica y acianóticas.

4.5.1. Cianóticas.

4.5.2. Acianóticas.

4.6. Procedimientos Básicos en la Unidad de Neonatología.

4.6.1. Control térmico del recién nacido.

4.6.2. Sonda oro/nasogástrica.

4.6.3. Sondaje vesical.

4.6.4. Canalización periférica en neonatos.

4.6.5. Exanguinotransfusión.

4.6.6. Administración de surfactante pulmonar.

4.6.7. Ventilación mecánica invasiva.

4.6.7. Ventilación mecánica no invasiva.

4.6.8. Nutrición parenteral.

4.6.9. Reanimación pulmonar

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasa bruta de matrícula en educación superior	22
Tabla 2. Número de muertes maternas según el lugar de fallecimiento	23
Tabla 3. Ecuador: Causas de muerte neonatal	24
Tabla 4. Número de unidades de salud por institución con servicios CONE- Ecuador 2007	26
Tabla 5. Puerperio inmediato (primeras 24 horas postparto).....	68
Tabla 6. Puerperio mediato (del segundo al séptimo día).....	69
Tabla 7. Puerperio tardío (del octavo día hasta las 6 semanas)	70
Tabla 8. Cuidados de enfermería en complicaciones del puerperio.....	70
Tabla 9. Cuidados de enfermería en cesárea.....	71
Tabla 10. Cuidados de enfermería en cesárea.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Demografía en Ecuador.....	21
Figura 2. Enfoques MAIS FCI.....	28
Figura 3. Conceptos básicos: Tipos de violencia	30
Figura 4. Nueva libreta integral de Salud	40
Figura 5. Sección de datos personales de la gestante.....	40
Figura 6. Calendario de prestaciones de salud	41
Figura 7. Tamizaje de VIH, Sífilis y Chagas	41
Figura 8. Registro de controles prenatales y vacunación.....	42
Figura 9. Curvas de IMC.....	42
Figura 10. Curva ganancia de peso.....	43
Figura 11. Recomendaciones durante el embarazo	43
Figura 12. Planificación del parto y transporte.....	44
Figura 13. Asistencia a sesiones de educación	44
Figura 14. Formulario Perinatal	45
Figura 15. Métodos anticonceptivos	45
Figura 16. Historia Clínica Materna Perinatal (Hoja 1)	47
Figura 17. Historia Clínica Materna Perinatal (hoja 2).....	47
Figura 18. Partograma.....	48
Figura 19. Registro y valoración de Score Mamá	51
Figura 20. Traje antishock no neumático	54
Figura 21. Un plan de cuidados	73
Figura 22. Algoritmo de resucitación neonatal	87
Figura 23. Fototerapia	92
Figura 24. Técnica de Blumenfeld para la muestra de TAMEN	96
Figura 25. Esquema Nacional de vacunación	97
Figura 26. Signos de alarma para volver de inmediato al servicio de salud	99
Figura 27. Signos de enfermedad muy grave	100
Figura 28. Signos de infección local y no tiene enfermedad grave o infección local	101
Figura 29. Signo del pliegue cutáneo	104

INTRODUCCIÓN

La salud de las mujeres y los recién nacidos constituye un pilar fundamental en la evolución de los sistemas de atención médica, tanto por sus repercusiones directas en la calidad de vida de las personas como por su influencia en las métricas críticas de salud pública. Este manuscrito, titulado “Enfermería para mujeres y recién nacidos”, surge como respuesta al imperativo de abordar de manera integral y sistemática las complejidades y particularidades de los cuidados de enfermería durante estas etapas fundamentales del ciclo vital.

En el entorno contemporáneo, los avances científicos y tecnológicos han facilitado un progreso considerable en la comprensión de los procesos fisiológicos, psicológicos y socioculturales que caracterizan la salud femenina y neonatal. Sin embargo, persisten desafíos considerables, como las disparidades en el acceso a servicios de salud de calidad, las desigualdades sociales y culturales y las ramificaciones de las enfermedades emergentes y reemergentes. En este marco, la enfermería asume un papel indispensable al combinar los conocimientos técnicos con una perspectiva holística y humanizada del cuidado.

El manuscrito está organizado en cuatro capítulos interrelacionados, cada uno diseñado para ofrecer un enfoque integral y basado en la evidencia.

El capítulo inicial examina los aspectos generales de la salud sexual y reproductiva, acentúa los determinantes sociales que influyen en la salud de las mujeres y presenta estrategias para la prevención y el tratamiento de cuestiones prioritarias como la mortalidad materna. También investiga los derechos sexuales y reproductivos, subrayando su importancia como base para la equidad y el bienestar.

El capítulo siguiente se centra en los cuidados de enfermería durante la maternidad, desde la atención prenatal hasta el tratamiento de afecciones clínicas complejas. Hace hincapié en el papel de la enfermería en el fomento de embarazos saludables, la educación sanitaria y la identificación oportuna de las complicaciones. Este enfoque garantiza un seguimiento exhaustivo adaptado a las necesidades específicas de cada mujer embarazada.

El tercer capítulo se refiere a la atención durante el parto, la fase posparto y las patologías ginecológicas, y subraya la importancia de la preparación para el parto, el manejo de las emergencias obstétricas y el papel de las enfermeras en la promoción de la lactancia materna. La cobertura de estos temas aspira a proporcionar a los profesionales instrumentos teóricos y prácticos para mejorar la atención en estos momentos críticos.

En última instancia, el cuarto capítulo está dedicado al recién nacido, haciendo hincapié en la atención inmediata y urgente, el tratamiento de las complicaciones neonatales y las intervenciones destinadas a garantizar un comienzo saludable de la vida.

Se integran los aspectos pertinentes a la neonatología contemporánea, destacando los protocolos de reanimación, la inmunización y la prevención de los trastornos congénitos.

Este manuscrito, la culminación del esfuerzo y la dedicación de un equipo multidisciplinario, está dirigido a estudiantes, profesionales de la salud y a todas las personas interesadas en mejorar la atención materna y neonatal. Cada capítulo no solo proporciona conocimientos técnicos y científicos, sino que también se esfuerza por inspirar una práctica clínica centrada en las personas, fomentando el respeto, la equidad y la humanización de la atención

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA MUJER



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

1. GENERALIDADES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA MUJER

1.1. Indicadores relacionados con las condiciones sociales, económicas y demográficas de las mujeres en Ecuador.

En la actualidad, en el Ecuador, las mujeres constituyen un poco más de la mitad de la población total, alcanzando el 51.3%, lo que equivale a 8.7 millones de personas. Su participación como representantes de hogares ha aumentado significativamente, llegando al 38.5%, es decir, 9.8 puntos porcentuales más que en 2010. En el ámbito empresarial, 504,014 mujeres lideran como propietarias, destacándose en los sectores de comercio y servicios, reflejando un creciente protagonismo (1).

Figura 1. Demografía en Ecuador



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (1).

En términos educativos y sociales, el analfabetismo femenino ha disminuido considerablemente, pasando del 7.7% en 2010 al 4.3% en 2022. También existe un avance en la formación universitaria, con el 26% de las mujeres de 24 años o más culminando estudios superiores. En cuanto a decisiones personales, las mujeres han comenzado a contraer matrimonio a una edad promedio de 32 años, divorciándose alrededor de los 41. Asimismo, han postergado la maternidad, pasando de tener hijos a los 21 años en 2010 a los 28 en la actualidad (1).

Tabla 1. Tasa bruta de matrícula en educación superior

VARIABLES/INDICADOR	SEXO	2016	2017	2018	2019	2020
Número de personas matriculadas en educación superior	Mujer	325.507	346.694	383.428	409.619	422.121
Número de personas de 18 a 24 años.	Mujer	1.011.022	1.023.845	1.036.278	1.048.252	1.059.698
Tasa bruta de matrícula	Mujer	32.20%	33.86%	37.00%	39.08%	39.83%

Fuente: Elaborado a partir de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación – SENESCYT (2).

La natalidad también ha mostrado una notable reducción. Entre 2001 y 2010, cada mujer tenía un promedio de 2 a 1.8 hijos, mientras que para 2022 esta cifra bajó a 1.5. A pesar de los avances logrados, sigue existiendo una notable brecha salarial, ya que los hombres tienen un ingreso promedio mensual de \$608, mientras que las mujeres reciben \$539, lo que representa una diferencia de \$69 menos. (1).

1.2. Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal

El propósito principal del plan es reducir la mortalidad materna en un 30% y la neonatal precoz en un 35%, priorizando el derecho a la salud y la vida digna para madres y recién nacidos. Para lograr estos objetivos, se promueve el acceso a una atención completa, equitativa y de alta calidad en todas las áreas del país (3).

En el 2006, la razón de mortalidad materna en Ecuador fue de 53 por cada 100,000 nacidos vivos. Las principales causas de estas muertes son hemorragias (38%), hipertensión y eclampsia (26%), y sepsis (21%). Además, las inequidades geográficas y étnicas agravan el problema, ya que

las mujeres en áreas rurales e indígenas tienen mayor riesgo de complicaciones (3).

Entre las estrategias clave del plan se incluye la disponibilidad de insumos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, con énfasis en adolescentes. También se fomenta la educación sexual y reproductiva, destinada a todos los grupos etarios, para promover un mejor entendimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, se fortalecen los servicios obstétricos y neonatales esenciales mediante la creación de unidades especializadas conocidas como CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales) (3).

Tabla 2. Número de muertes maternas según el lugar de fallecimiento

Lugar de fallecimiento (Escenario-demora)	Causa o motivo de la demora.	Muertes maternas	
		N	%
Hogar-comunidad	La madre/familia no reconoce señales de riesgo y no tomó decisiones para ayudar.	9	5
Camino-traslado	Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medios de transporte.	14	8
Unidad de salud.	No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e insumos necesarios.	138	82
TOTAL		161	100

Fuente: Elaborado a partir de MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica (3).

El Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) se ha establecido para monitorear casos de muerte materna y neonatal, investigar factores de riesgo y tomar medidas correctivas oportunas. Este sistema incluye componentes a nivel comunitario, hospitalario y programas prioritarios que trabajan de manera articulada (3).

En cuanto a la cobertura de servicios de salud, en 2004, el control prenatal alcanzó el 84.2%, mientras que la atención institucional del parto

fue del 74.7%. Sin embargo, persisten brechas importantes en áreas rurales e indígenas, donde muchas mujeres no acceden a servicios básicos de salud (3).

La mortalidad neonatal continúa siendo un reto significativo, con una tasa de 11.4 por cada 1,000 nacidos vivos registrada en 2006. Las principales causas incluyen trastornos respiratorios, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. Estas complicaciones afectan especialmente a las provincias con mayor pobreza y a las áreas rurales (3).

En el ámbito operativo, se identificaron diferencias significativas en las muertes maternas según el lugar de fallecimiento. El 82% de las muertes ocurren en unidades de salud, el 8% durante el traslado y el 5% en el hogar o comunidad. Estas cifras reflejan la necesidad de fortalecer la infraestructura, el transporte y la atención médica en las zonas más vulnerables (3).

Tabla 3. Ecuador: Causas de muerte neonatal

No.	CAUSAS		CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS
	Total		Total	Total	Total
1	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal		574	27,5	34,1
2	Retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.		509	24,4	30,2
3	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.		280	13,4	16,6
4	Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal		268	12,8 1	5.9
5	Sepsis bacteriana en el recién nacido.		153	3.7	9.1
6	Signos, síntomas y hallazgos anormales, clínicos y de		76	3.6	4.5

laboratorio no clasificados en				
otra parte.				
7	Las demás causas	227	10.9	13.5

Fuente: Elaborado a partir de Estadísticas Vitales, INEC (3).

La infraestructura sanitaria incluye unidades CONE distribuidas en tres niveles. A nivel nacional, se cuentan con 54 unidades CONE completas, 85 básicas y 2,380 ambulatorias. No obstante, la cobertura para mujeres campesinas y recién nacidos sigue siendo baja, con solo un 19.8% de atención efectiva en estas poblaciones (3).

GENERALIDADES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA MUJER

Tabla 4. Número de unidades de salud por institución con servicios CONE- Ecuador 2007

Institución	Nivel 3: CONE COMPLETO 54 Unidades de salud		Nivel 2: CONE BÁSICO 85 Unidades de salud			Nivel 1: CONE AMBULATORIO 2380 Unidades de salud					Total
	Hospital especializado		Hospital de especialidades	Hospital General/ Regional	Hospital básico	Centros de salud	Subcentros de salud	Puestos de salud	Unidad móvil		
	Hospital Gineco- Obstétrico	Hospital pediátrico									
MSP	3	3	1	27	85	152	449	678	434	24	1856
IESS	0	0	3	15	0	62	0	0	0	0	80
SSC	0	0	0	0	0	0	0	581	0	0	581
Junta de Beneficencia	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2
Total	4	4	4	42	85	214	449	1259	434	24	2519

Fuente: Elaborado a partir de SENPLADES 2007 y Sistema regionalizado de Servicios de Salud, MSP (3).

El marco normativo del plan está respaldado por políticas como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que garantiza la gratuidad de servicios esenciales, y el Milenio, que establece metas claras para reducir la mortalidad materna e infantil. Además, se ha diseñado un cronograma operativo y se establecieron indicadores clave para monitorear los avances en la implementación del plan (3).

Este esfuerzo intersectorial e interinstitucional busca garantizar que todas las mujeres, especialmente en las zonas más desfavorecidas, reciban atención médica de calidad que respete sus derechos y promueva su bienestar (3).

1.3. Derechos sexuales y reproductivos.

Ecuador es un país soberano, democrático y laico, que considera la salud un derecho esencial ligado al bienestar colectivo. La Constitución de 2008 establece la salud sexual y reproductiva como derechos humanos esenciales, alineados con acuerdos internacionales como el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo de 1994, que reconoció explícitamente la importancia de garantizar estos derechos (4).

El MSP, como autoridad sanitaria, tiene el deber de garantizar este derecho mediante políticas públicas participativas. El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021 (PNSSSR) busca asegurar la inclusión, la igualdad y el respeto a los derechos humanos. Además, establece estrategias para mejorar la calidad de atención, asignar recursos adecuados y fortalecer los indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva (4).

El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a lo largo del ciclo de vida se ve limitado por profundas inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Estas desigualdades afectan diversos aspectos interrelacionados, como las disparidades en las tasas de fecundidad entre grupos poblacionales, el desbalance entre la fecundidad deseada y la observada, y la prevalencia del embarazo en adolescentes (4).

GENERALIDADES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA MUJER

Los efectos de estas inequidades también se reflejan en problemáticas como la violencia basada en género, el incremento de enfermedades como cánceres del aparato reproductivo, y las dificultades para garantizar una sexualidad y reproducción en personas con discapacidad. Esta situación demanda políticas públicas integrales que enfrenten las causas estructurales de estas desigualdades y promuevan un acceso equitativo a servicios de salud de calidad para toda la población (4).

En cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Ecuador impulsa la promoción y protección del derecho a la salud sexual y reproductiva. Esto se vincula al Objetivo 3, que aspira a asegurar el bienestar a lo largo de todas las etapas de la vida, y al Objetivo 5, que fomenta la equidad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas (4).

El MAIS-FCI incorpora principios clave como derechos humanos, igualdad, género, interculturalidad, inclusión social y participación, respetando la diversidad étnica, cultural, etaria y socioeconómica de la población (4).

Figura 2. Enfoques MAIS FCI



Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (4).

El enfoque de derechos del PNSSSR reconoce a las personas como titulares de derechos universales e interdependientes, cuya garantía es responsabilidad del Estado. Este enfoque transforma la interacción entre ciudadanía y políticas públicas, promoviendo la participación en la

construcción de herramientas que fortalezcan el ejercicio y exigibilidad de derechos. Además, resalta la salud pública como un interés colectivo, fomentando la colaboración entre la sociedad civil, las organizaciones y el Ministerio de Salud Pública como ente rector (4).

Los derechos sexuales y reproductivos son inherentes a la dignidad, igualdad y libertad de todas las personas. En el PNSSSR, estos derechos se traducen en acciones integrales y no discriminatorias para garantizar servicios de calidad en salud sexual y reproductiva. Este enfoque busca atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de los individuos, respetando sus particularidades y promoviendo un acceso equitativo a los servicios de salud (4).

El plan prioriza el enfoque de igualdad para reducir desigualdades y combatir la discriminación, asegurando igualdad de oportunidades en el acceso a la salud. Por su parte, el enfoque de género cuestiona las inequidades estructurales entre hombres y mujeres, impulsando cambios socioculturales que promuevan equidad en el acceso a recursos y beneficios. Asimismo, el enfoque de inclusión social aboga por garantizar servicios de salud accesibles y dignos para todas las personas, especialmente para quienes han sido históricamente excluidos (4).

El PNSSSR promueve un enfoque intercultural que respeta y valora las prácticas y cosmovisiones culturales diversas, adaptando los servicios de salud a estas particularidades. Además, fomenta la participación de la ciudadanía en la gestión de la salud, asegurando que las comunidades se involucren en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas. Este enfoque busca empoderar a la población para garantizar un acceso más inclusivo y efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva (4).

1.4. Violencia familiar en la mujer: prevención, redes de apoyo, rol de enfermería.

La violencia de género que afecta a mujeres, adolescentes y niñas es una cuestión social profundamente arraigada, con repercusiones graves y generalizadas en los ámbitos global, regional y local. A pesar de los

esfuerzos realizados durante décadas por organizaciones civiles, Estados y organismos internacionales para combatir este flagelo, los resultados aún reflejan la magnitud del desafío (5).

En Ecuador, como en otros países, la legislación internacional y los tratados suscritos exigen a los Estados adoptar medidas integrales para prevenir y erradicar la violencia de género. Estas acciones responden al llamado de diversas organizaciones sociales que luchan por garantizar los derechos y la protección de las mujeres frente a esta problemática (5).

En Ecuador, un estudio realizado en 2019 evidenció que 65 de cada 100 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia psicológica, física, sexual o patrimonial en algún momento de sus vidas, lo que equivale a 5,785,295 víctimas. Las mujeres indígenas y afroecuatorianas son quienes enfrentan mayor impacto, evidenciando la necesidad de un enfoque inclusivo y diferenciado para abordar esta problemática (5).

Figura 3. Conceptos básicos: Tipos de violencia



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (1).

El Plan Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en Ecuador se fundamenta en un abordaje integral que combina educación, sensibilización y fortalecimiento institucional. Entre las acciones preventivas se incluyen campañas públicas para transformar patrones socioculturales que perpetúan la violencia, como los estereotipos de género y la normalización del maltrato (5).

Estas campañas son apoyadas por iniciativas en el sistema educativo, donde se promueve una enseñanza basada en la igualdad de derechos y el respeto mutuo desde edades tempranas. Asimismo, se incentiva la capacitación de funcionarios públicos, especialmente en los sectores de justicia, salud y educación, para garantizar una respuesta adecuada y empática hacia las víctimas (5).

La prevención también abarca la implementación de protocolos de actuación que permitan detectar casos de violencia de manera temprana y actuar antes de que las situaciones escalen (5).

El fortalecimiento de redes de apoyo es una prioridad en el plan, reconociendo su papel crucial para brindar protección y asistencia integral a las víctimas. Estas redes incluyen la articulación entre instituciones públicas como el MSP, MIES y las administraciones autónomas descentralizadas, así como la colaboración con organizaciones no gubernamentales (5).

Se han establecido Servicios de Protección Integral (SPI) en diversos cantones del país, ofreciendo refugios temporales, atención médica, apoyo psicológico y asesoramiento legal para las mujeres afectadas. Además, se promueve la creación de espacios comunitarios donde las víctimas puedan sentirse seguras y encontrar un entorno solidario (5).

Estas redes también trabajan para garantizar la accesibilidad en comunidades rurales e indígenas, donde las mujeres enfrentan mayores obstáculos debido a factores como la distancia geográfica, barreras lingüísticas y patrones de desigualdad estructural (5).

El plan impulsa estrategias de empoderamiento comunitario, capacitando a líderes locales y promotoras comunitarias para actuar como puntos de enlace entre las mujeres afectadas y los servicios disponibles. También se han establecido líneas telefónicas y plataformas digitales para facilitar denuncias y solicitar ayuda, ampliando el alcance de las redes de apoyo y asegurando que las víctimas no queden aisladas (5).

Para garantizar la efectividad de estas medidas, el plan enfatiza la necesidad de una coordinación constante entre los actores involucrados. Esto incluye la estandarización de protocolos, la capacitación continua del personal y la evaluación periódica de los

Las redes de apoyo también están diseñadas para incluir mecanismos de retroalimentación que permitan identificar debilidades y ajustar las estrategias según las necesidades cambiantes de las comunidades. Este enfoque integral busca no solo prevenir la violencia, sino también ofrecer un camino hacia la recuperación y el empoderamiento para las mujeres que han sido víctimas de este flagelo (5).

El rol de la enfermería en la atención a mujeres víctimas de violencia familiar es fundamental para la detección, intervención y apoyo integral. Los profesionales de enfermería son a menudo el primer punto de contacto en el sistema de salud, lo que les permite identificar signos de violencia y proporcionar una respuesta adecuada. Según un estudio publicado en 2022, la atención de enfermería debe enfocarse en la evaluación física y emocional de la paciente, garantizando un ambiente de confianza y confidencialidad que facilite la revelación de situaciones de violencia (6).

Además de la atención clínica, es esencial que las enfermeras estén capacitadas para ofrecer apoyo psicológico y orientación sobre los recursos disponibles para las víctimas. Es importante la formación en perspectiva de género y habilidades comunicativas para abordar eficazmente estos casos. La creación de un vínculo terapéutico basado en la empatía y el respeto permite a las mujeres sentirse comprendidas y acompañadas en su proceso de recuperación (7).

CAPÍTULO 2

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

2.1. Control prenatal: Signos, síntomas y cambios fisiológicos en el embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico que implica profundas adaptaciones anatómicas, hormonales y metabólicas en el cuerpo de la mujer. Estos cambios permiten satisfacer las necesidades del feto y preparar al organismo materno para el parto y la lactancia.

Los signos y síntomas del embarazo varían entre mujeres, pero existen manifestaciones comunes que suelen presentarse en las primeras etapas gestacionales. Uno de los síntomas iniciales más frecuentes es la amenorrea, es decir, la ausencia de la menstruación, que a menudo lleva a la mujer a sospechar de un posible embarazo (8).

Además, muchas mujeres experimentan náuseas y vómitos, especialmente durante las mañanas, conocidos comúnmente como “náuseas matutinas”. Estos síntomas suelen aparecer entre la cuarta y sexta semana de gestación y pueden variar en intensidad (8).

Otro signo común es la sensibilidad y aumento del tamaño de las mamas. Las glándulas mamarias se preparan para la lactancia, lo que puede generar molestias, sensación de pesadez y oscurecimiento de las areolas. Este cambio fisiológico es una respuesta natural del cuerpo al incremento de hormonas como el estrógeno y la progesterona durante el embarazo (8).

La fatiga y el cansancio son también síntomas frecuentes en las primeras etapas del embarazo. El cuerpo de la mujer trabaja intensamente para adaptarse al desarrollo del feto, lo que puede generar una sensación constante de agotamiento. Este síntoma suele ser más pronunciado durante el primer trimestre y puede mejorar en el segundo trimestre (8).

Las alteraciones en el sentido del olfato y el gusto son reportadas por muchas mujeres embarazadas. Pueden desarrollar aversiones o antojos por ciertos alimentos y ser más sensibles a olores específicos. Estos cambios se atribuyen a las fluctuaciones hormonales propias del embarazo y suelen ser temporales (8).

Adaptaciones fisiológicas del embarazo: Durante el embarazo, el cuerpo materno experimenta profundas adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas que comienzan poco después de la fecundación. Estas transformaciones afectan casi todos los sistemas del cuerpo, permitiendo el desarrollo del feto y la preparación para el parto y la lactancia (9).

Cambios en órganos como el útero, las mamas y el sistema circulatorio son esenciales para soportar las demandas del embarazo, destacando la importancia de comprender estas adaptaciones para un manejo adecuado de la salud materna y fetal (9).

Transformación del útero: El útero no embarazado, que pesa aproximadamente 70 gramos, se convierte en un órgano muscular de gran capacidad durante el embarazo. Al término, puede alcanzar un peso de 1,100 gramos y contener hasta 20 litros, incluyendo el feto, placenta y líquido amniótico. Este crecimiento es estimulado inicialmente por hormonas como los estrógenos, seguido por la expansión física debido al desarrollo fetal. Las paredes uterinas se engrosan al inicio, pero al final del embarazo, el miometrio se adelgaza a 1-2 cm, permitiendo palpar al feto (9).

Flujo sanguíneo uteroplacentario: El suministro adecuado de sangre al espacio placentario es crucial para el intercambio de nutrientes y desechos entre la madre y el feto. Durante el embarazo, el flujo sanguíneo uteroplacentario aumenta de manera significativa, alcanzando entre 500 y 750 mL/min hacia la semana 36. Esta adaptación incluye la vasodilatación de las arterias espirales y una menor resistencia vascular, procesos mediados por óxido nítrico y otros factores hormonales como el estrógeno y la relaxina (9).

Cambios en el cuello uterino y las glándulas cervicales: El cuello uterino se ablanda y se vuelve más vascularizado desde las primeras semanas de gestación. Las glándulas cervicales proliferan, produciendo un moco viscoso rico en inmunoglobulinas que actúa como barrera protectora contra infecciones. Durante el trabajo de parto, este tapón mucoso se

expulsa, facilitando la apertura cervical. Además, el tejido conjuntivo del cuello uterino sufre una reorganización que permite la retención del embarazo y la dilatación durante el parto (9).

Cambios metabólicos y de peso materno: El embarazo conlleva un aumento del metabolismo basal, que incrementa un 20% en el tercer trimestre. Este cambio satisface las mayores demandas energéticas del feto en crecimiento y de la placenta. La ganancia de peso materno promedio es de 12 kilogramos, distribuidos entre el feto, placenta, líquido amniótico, mamas y reservas de grasa. Este proceso incluye una mayor eficiencia en el almacenamiento de energía y un aumento en la retención de agua corporal, que puede alcanzar 6.5 litros adicionales (9).

Transformaciones en la piel y las mamas: Las mamas aumentan de tamaño desde el inicio del embarazo, con mayor vascularización, pigmentación de los pezones y secreción de calostro en los últimos meses. Simultáneamente, la piel muestra hiperpigmentación, especialmente en áreas como la línea alba (línea negra) y las areolas. También pueden aparecer estrías en abdomen, mamas y muslos, influenciadas por factores hormonales y genéticos. Estos cambios suelen revertirse parcialmente después del parto (9).

2.1.1. Evaluación y preparación para las pruebas de bienestar y maduración fetal.

El control del bienestar fetal tiene como principal objetivo identificar fetos con pérdida crónica del bienestar fetal y planificar estrategias para prevenir eventos adversos. La decisión de iniciar el monitoreo depende de factores clínicos y de riesgo, tanto epidemiológicos, maternos como fetales. Las pacientes con alto riesgo presentan una tasa de mortalidad perinatal hasta diez veces mayor en comparación con aquellas sin factores de riesgo (10).

Actualmente, existen varios métodos para evaluar la salud del feto, entre los que se incluyen la monitorización de los movimientos fetales, el registro cardiotocográfico no estresante (RCTG), el RCTG estresante (Prueba de Pose), la estimulación vibroacústica y la ecografía para analizar el líquido amniótico, el perfil biofísico y el peso fetal estimado (10).

El uso del Doppler es particularmente relevante en situaciones de insuficiencia placentaria. En la práctica clínica, la evaluación del bienestar fetal se realiza en tres escenarios principales: consultas externas, servicios de urgencias y hospitalización de mujeres embarazadas (10).

- **Indicaciones para monitoreo fetal**

Monitorización en consultas externas

- Seguimiento de movimientos fetales

Esta es la única técnica recomendada para todas las mujeres embarazadas, independientemente de si presentan o no factores de riesgo. Se debe educar a todas las gestantes sobre la importancia de identificar los movimientos fetales, proporcionándoles información escrita al respecto (10).

Para aquellas sin factores de riesgo, se sugiere realizar el seguimiento de los movimientos solo si notan una disminución en su frecuencia. En el caso de las gestantes con factores de riesgo, se recomienda un control diario a partir de las 26 a 32 semanas de gestación. Si una mujer no percibe al menos diez movimientos en un período de dos horas, deberá someterse a una evaluación adicional (10).

- Pruebas Complementarias: RCTG y Ecografía para gestantes a término:
 - Sin factores de riesgo: Aunque el uso del RCTG es generalizado, no se ha demostrado que reduzca la morbilidad o mortalidad perinatal en embarazos sin factores de riesgo. Por ello, el RCTG solo se realiza de manera rutinaria a partir de las 40 semanas. Si el embarazo se extiende entre las 41-42 semanas, se recomienda monitoreo cada 48-72 horas mediante RCTG y ecografía (10).
 - Con factores de riesgo: Las gestantes con factores de riesgo recibirán monitoreo semanal con RCTG desde las 38-39 semanas. En situaciones particulares, como cuando la edad materna es igual o superior a 40 años, el índice de masa corporal (IMC) es de 30 kg/m² o más, o en casos de colestasis intrahepática, se realiza

un monitoreo cada 48 a 72 horas a partir de la semana 40 de gestación. (10).

Monitorización en Urgencias

Para gestantes ≥ 24 semanas que consulten por motivos obstétricos (p. ej., disminución de movimientos fetales, hemorragia, fiebre, etc.), se realizará un RCTG. En casos no obstétricos, el bienestar fetal puede evaluarse mediante auscultación o ecografía. En gestaciones a término, se realiza RCTG a partir de las 40 semanas, o desde las 38-39 semanas si hay factores de riesgo (10).

Monitorización en gestantes ingresadas

Las pacientes con 24 semanas de gestación o más que sean hospitalizadas recibirán monitoreo conforme a la patología que presenten. En ausencia de un protocolo específico, se llevará a cabo un RCTG diario durante los primeros 2 a 3 días. Si los resultados son normales, se continuará con el monitoreo semanal. Antes del alta, se realizará un último RCTG (10).

Análisis del RCTG en función de la edad gestacional

La evaluación del RCTG debe realizarse teniendo en cuenta la edad gestacional del feto. Durante las semanas 24 a 28 de gestación, es posible que hasta el 50 % de los fetos no presenten aceleraciones; este porcentaje disminuye al 15 % entre las 28-32 semanas. Los RCTG normales no requieren pruebas adicionales, mientras que los no reactivos deben evaluarse tras un período adicional de 20 minutos, considerando posibles fases de sueño fetal (10).

En caso de utilizar RCTG computarizado, la interpretación es más rápida y objetiva, cumpliendo criterios en un 90 % de los casos tras 40 minutos. En caso de un RCTG persistentemente no reactivo, se evaluarán las constantes vitales de la madre y se llevará a cabo una ecografía para analizar el Perfil Biofísico Fetal (PBF). Las decisiones para tomar estarán determinadas por los resultados del PBF y los factores de riesgo presentes (10).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

La maduración pulmonar fetal es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad en recién nacidos prematuros. La administración de corticoides antenatales, como betametasona o dexametasona, entre las semanas 24 y 34 de gestación, ha demostrado disminuir significativamente la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante en estos neonatos (11).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) recomienda la administración de corticoides antenatales en casos de amenaza de parto prematuro dentro del rango gestacional mencionado. La betametasona se administra en dos dosis de 12 mg intramuscular cada 24 horas, mientras que la dexametasona se administra en cuatro dosis de 6 mg intramuscular cada 12 horas. Este protocolo busca optimizar la maduración pulmonar fetal y mejorar los resultados neonatales (11).

La evaluación para la maduración pulmonar fetal implica identificar a las gestantes con riesgo de parto prematuro, como aquellas con antecedentes de parto pretérmino, embarazo múltiple, infecciones maternas o anomalías uterinas. Una vez identificadas, se considera la administración de corticoides antenatales para promover la maduración pulmonar del feto (11).

Es importante destacar que, aunque los corticoides antenatales son efectivos en la maduración pulmonar fetal, su uso debe ser cuidadosamente evaluado en pacientes con condiciones médicas específicas, como diabetes mellitus pregestacional. En estos casos, se requiere un monitoreo estricto de los niveles de glucosa materna y una evaluación individualizada de los riesgos y beneficios de la terapia con corticoides (12).

2.1.2. Manejo del carnet materno

La Libreta Integral de Salud del MSP es una herramienta esencial para el seguimiento y control de la salud materno-infantil. Una gestión eficiente asegura una atención completa tanto durante el embarazo como en los primeros años de vida del niño o la niña. La LIS recopila datos esenciales sobre las mujeres embarazadas, como los controles prenatales, el esquema

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

Figura 6. Calendario de prestaciones de salud

Calendario de prestaciones de salud																								
Durante el embarazo																								
Este es un cuadro informativo. Asegúrese de recibir las prestaciones de salud según la semana gestacional en la que se encuentre.																								
		Semana de gestación																						
Nº.	Prestación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	Captación en el primer trimestre	Primer control																						
2	Control prenatal*															Control				Control				
3	Consejería																							
4	Sesiones de educación prenatal																							
5	Ecos obstétricos (al menos 3)																							
6	Prescripción de hierro más ácido fólico																							
7	Examen de proteinuria																							
8	Examen de laboratorio EMO - urocultivo**																							
9	Pruebas de TORCH***																							
10	Valoración de hemoglobina																							
11	Vacuna dT****																							
12	Tamizaje de VIH																							
13	Examen VDRL (Sífilis)																							

*Ideal un control prenatal mensual y mínimo 5 controles durante el embarazo (1.º en las primeras 20 semanas; 2.º entre las semanas 21-27; 3.º entre las semanas 28-33; 4.º entre las semanas 34-37; 5.º entre las semanas 38-40), o según prescripción del profesional en casos de riesgo materno neonatal.
 **Trimestral si hay historia de ITU recurrente y/o cuadro clínico de ITU.
 ***Toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y VIH.
 ****Evaluar antecedente vacunal. No aplicar más de 5 dosis. 1.º dosis al contacto, 2.º dosis al mes, 3.º a los 6 meses, 4.º al año y 5.º al año.

Color	Semana sugerida
	Cuadro tiempo ideal
	Cuadro tiempo aceptable
	Fuente de tiempo: No aplica

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (13).

En el primer contacto con la gestante, se recopilan sus datos personales, información de contacto, ubicación y otros detalles relevantes. Los calendarios de prestaciones de salud, diseñados como cuadros informativos, no requieren ser llenados, sino que sirven para monitorear el cumplimiento de los servicios priorizados incluidos en el paquete de salud.

Figura 7. Tamizaje de VIH, Sífilis y Chagas

Estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI Plus)					
Periodo de embarazo	Tamizaje	*VIH	**Sífilis	***Hepatitis B	****Enfermedad de Chagas
Primer trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				
Segundo trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				
Tercer trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				
Parto	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				
Posparto	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				

*Realizar un tamizaje en cada trimestre del embarazo, en el momento del parto y uno en el posparto.
 **Realizar un tamizaje en la primera consulta del control prenatal, uno en el segundo trimestre, idealmente, antes de las 24 semanas y otro en el momento del parto o puerperio previo al alta.
 ***Realizar un tamizaje para hepatitis B en el primer trimestre, uno a la semana 20 de gestación y uno en el momento del parto.
 ****Chagas en la primera consulta o incluso en el momento del parto, previamente analizando la historia de exposición de la paciente: reside en zona o área de riesgo de transmisión, madre con infección por tripanosoma cruzi, transfusiones de sangre y manifestaciones clínicas.

Fuente: Tomado del MSP (13).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

Figura 8. Registro de controles prenatales y vacunación

Controles	Fecha de atención			Fecha próxima consulta			Firma y sello del médico	Observaciones
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Prenatales								
Posparto	Fecha de atención			Fecha próxima consulta			Firma y sello del médico	Observaciones
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

NOTA: En cada control debe registrarse la fecha de la próxima consulta.

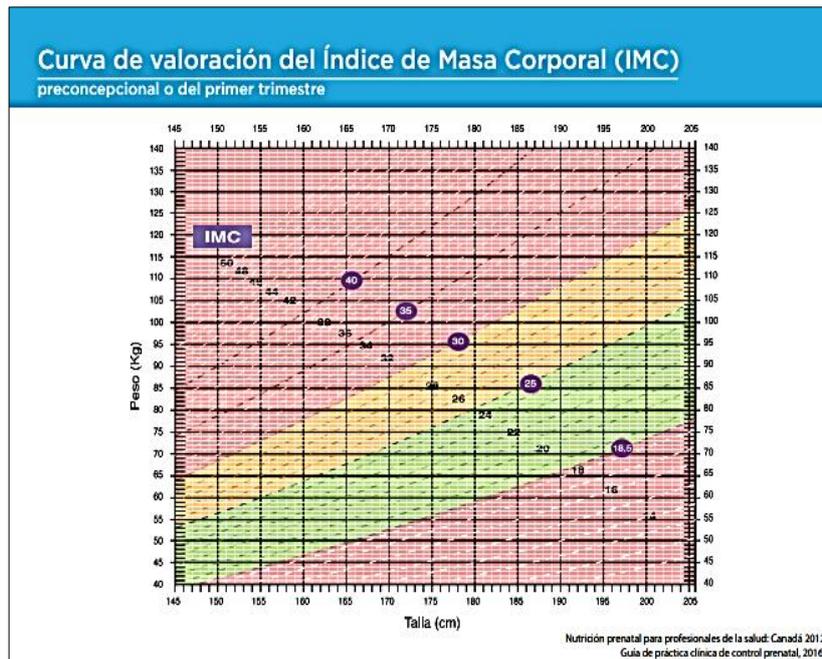
Esquema de vacunación para embarazadas	Tipo de vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año					
Toxoide diftérico tetánico (dT)*		1.ª dosis								
		2.ª dosis								
		3.ª dosis								
		4.ª dosis								
		5.ª dosis								
Otras Vacunas	Tipo de vacunas	Dosis								

*La madre debe mencionar las dosis de vacunación de embarazos previos (llevar el carnet). Aplicar siempre y cuando no exista evidencia de vacunación anterior (pentavalente, DPT) o completar esquema.

Fuente: Tomado de MSP (13).

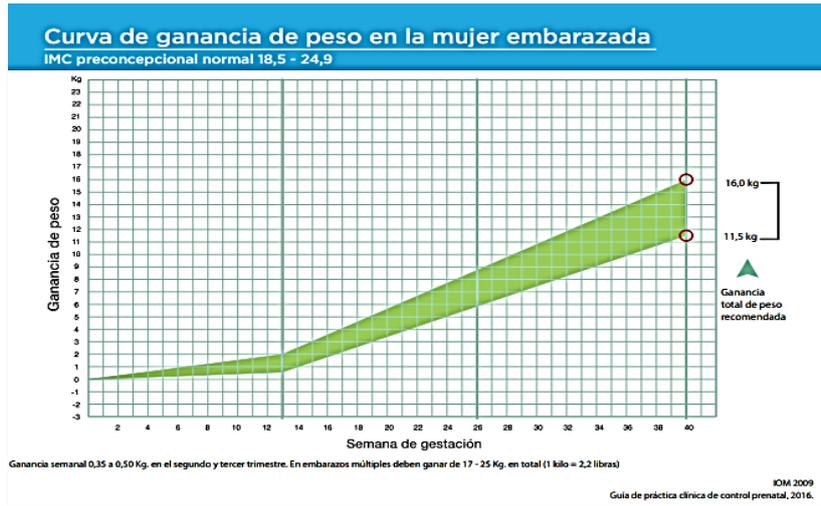
En la sección de registro de controles prenatales y posparto se debe anotar la fecha de la atención y la fecha de la próxima consulta con firma y sello del profesional, además de realizar el registro de la vacunación de acuerdo con los antecedentes de la gestante.

Figura 9. Curvas de IMC



Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (13).

Figura 10. Curva ganancia de peso



Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (13).

La curva de valoración del índice de masa corporal se registra una sola vez durante el primer trimestre de gestación o cuando se cuantifica el peso preconceptual. Para ello, se debe ubicar en la tabla el peso en kilos y marcar el valor del IMC. Posteriormente, elija la curva correspondiente al estado nutricional de la gestante bajo peso normal sobrepeso u obesidad esto se utilizará durante todo el embarazo en estas curvas identifica la semana de gestación y el peso ganado en kilos marque los puntos y dibuje la línea para realizar el seguimiento de ganancia de peso e identificar posibles riesgos.

Figura 11. Recomendaciones durante el embarazo

Recomendaciones para un embarazo saludable

Por su bienestar y el de su hijo o hija, acuda al primer control de salud apenas confirme su embarazo, de manera ideal antes de las 12 semanas (3 meses) y preferiblemente en compañía de su pareja o persona de su confianza.

Acuda al control prenatal una vez al mes o como se lo indique el profesional de la salud. Debe cumplir por lo menos con 5 controles durante su embarazo.

Durante su embarazo, le solicitarán varios exámenes clínicos para detectar posibles problemas que puedan afectar su salud y la de su hijo o hija. Recuerde hacerse los puntualmente.

Es su derecho recibir las prestaciones de salud detalladas en el calendario de las páginas 4, 5 y 6.

No olvide realizarse las pruebas de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas para prevenir problemas de salud en su hijo o hija.

Recuerde: Llevar siempre esta libreta de salud a todos sus controles prenatales y en el momento del parto. Cúlela y consérvela en un lugar seguro.

Alimentación saludable durante el embarazo

Carne, pollo, pavo, cerdo, pescado y huevos.

Frutas y verduras.

Granos y cereales.

Agua.

Arme un plato colorido con alimentos frescos y propios de la región.

Consuma todos los días alimentos como: huevo, pollo, res, cerdo, pescado, vísceras o similares. Puede reemplazarlos combinando un cereal con una leguminosa (apenas), por ejemplo: arroz con lenteja, frito de chuchitos, etc.

Prefiera vegetales de diferentes colores y fruta al natural en lugar de jugos.

Aliméntese, diariamente, con algún tipo de lácteo: leche pasteurizada, queso bajo en sal o yogur natural.

Bebe agua hervida, aproximadamente 8 vasos al día. Evite gaseosas, bebidas energéticas y azucaradas.

Evite alimentos procesados (embalados, empacados, congelados).

Consuma 5 comidas al día: 3 principales (desayuno, almuerzo, merienda) y 2 refrigerios (la media mañana y a media tarde).

Suplementación con hierro más ácido fólico

Previenen la anemia y malformaciones en su hijo o hija.

Desde el primer control prenatal, en el establecimiento de salud le entregarán tabletas de hierro más ácido fólico, que deberá tomarlas durante todo el embarazo hasta los 3 primeros meses después del parto.

Tome una tableta al día entre comidas con agua (no con leche, té o café); no consuma lácteos una hora antes y/o después de tomar la tableta.

Señales de peligro

Durante el embarazo, parto y después del parto.

Fiebre alta en el embarazo y después del parto.

Fuente dolor de cabeza y visión borrosa.

Fuente dolor de vientre.

Sangrado vaginal durante el embarazo.

Sangrado vaginal después del parto.

Salida de agua de fuente.

Hierro alto en el embarazo y después del parto.

Falta de movimiento de su hijo o hija.

Ante cualquier señal de alarma acuda, inmediatamente, al establecimiento de salud más cercano o llame al 911.

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (13).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

Educar a la paciente sobre temas como embarazo saludable, alimentación durante el embarazo, administración de hierro combinado con ácido fólico e identificación de signos de alerta durante la gestación.

Figura 12. Planificación del parto y transporte

Planificación del parto y transporte

a. ¿Quién me acompañará al establecimiento de salud para el parto o emergencia?



b. ¿Quién cuidará mi casa, mis hijos y mis animales?



c. ¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano en caso de parto o emergencia?



d. ¿Quién me acompañará durante el parto?



Durante mi parto desearía usar mi propia ropa _____
 Desearía tener contacto piel a piel con mi hija o hijo inmediatamente después del parto _____
 Desearía iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto _____
 Tengo las siguientes necesidades por motivos de cultura e idioma _____

¿Qué necesitaré para el parto o emergencia?



¿Cómo he decidido dar a luz?

Arrodillada	<input type="radio"/>	De pie	<input type="radio"/>
En cuclillas	<input type="radio"/>	Sentada	<input type="radio"/>
De lado	<input type="radio"/>	Acostada	<input type="radio"/>

Otro: _____

Nombre y apellido del profesional de salud: _____

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (13).

Figura 13. Asistencia a sesiones de educación

Asistencia a las sesiones de educación prenatal*

Durante el embarazo

Recuerde: Consultar en el establecimiento de salud las fechas para recibir sus sesiones educativas, con información importante sobre salud y alimentación en el embarazo, lactancia, parto y posparto.

● Fecha:.....
Tema:



El establecimiento de salud registrará las fechas según corresponda.
 *Conforme la Norma Técnica Educación Prenatal para el Sistema Nacional de Salud. MSP. 2015.

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (13).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

En la sección de planificación de parte y transporte, selecciona las preferencias y los detalles del plan acordados con la gestante y su familia. En la sección del registro de asistencia, sesiones de educación prenatal, anote las fechas y temas de las sesiones profesionales de salud.

Figura 14. Formulario Perinatal

INFORMACIÓN PERINATAL - MSP

NACIONALIDAD: Ecuatoriana, Extranjera

FECHA DE NACIMIENTO: día, mes, año

EDAD (años): < 15, 15-35, > 35

IDENTIFICACIÓN: Idioma, Altitudinalidad, Afrodescendiente, Negra, Mestiza, Blanca, Otra

ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN: Educación básica, secundaria, superior, técnica superior, etc.

ESTADO CIVIL: Unión de hecho, Soltero, Casado, Viudo, etc.

ANTECEDENTES: Familiares (TB, Diabetes, Hipertensión, etc.), Personales (Cirugía, Diabetes, etc.), Obstétricos (Embarazos, Partos, Abortos, etc.)

GESTACIÓN ACTUAL: Peso inicial, talla, grupo sanguíneo, pruebas de laboratorio (TARV, FUMAS, etc.), ultrasonidos, etc.

PARTO / ABORTO: Fecha de ingreso, hospitalización, tipo de parto, etc.

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (MSP) (13).

Figura 15. Métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos

Pastillas anticonceptivas
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se toma una tableta diaria durante 21 o 28 días, dependiendo de la presentación. Es importante tomarla a la misma hora todos los días.

Método elegido Método entregado

Condón masculino y femenino
 Es un método que brinda doble protección. Uso: Hombres y mujeres. A más de prevenir un embarazo, protege de infecciones de transmisión sexual.

Método elegido Método entregado

Ligadura de trompas
 Uso: Mujeres en edad reproductiva que no desean tener más hijos e hijas. Método anticonceptivo definitivo. No afecta el deseo sexual. Procedimiento simple y seguro.

Método elegido Método entregado

Inyecciones anticonceptivas
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Según el tipo de inyección se aplica mensual o trimestralmente.

Método elegido Método entregado

Vasectomía
 Uso: Hombres en edad reproductiva que no desean tener más hijos e hijas. Método anticonceptivo definitivo. No afecta el deseo sexual y es un procedimiento simple y seguro.

Método elegido Método entregado

T de cobre
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca dentro de la cavidad uterina por personal calificado, puede durar de 5 a 10 años.

Método elegido Método entregado

Implante subdérmico
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca bajo la piel del brazo una o dos tirillas que libera, permanentemente, una hormona por un periodo de 3 a 5 años.

Método elegido Método entregado

Anticonceptivo oral de emergencia
 Uso: Se toma de manera inmediata hasta los 5 días después de ocurrida la relación sexual sin protección o en caso de violación. Para prevenir embarazos no intencionados. No es un método anticonceptivo regular.

Método elegido Método entregado

No se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja para la elección de cualquier método anticonceptivo incluyendo los quirúrgicos. Recuerde considerar las recomendaciones del profesional de salud sobre el uso de anticonceptivos durante los primeros seis meses si está dando de lactar. Si requiere más información comuníquese a la línea gratuita y confidencial 171 opción 2.
 Exija información y el método anticonceptivo más conveniente antes del alta del establecimiento de salud.

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (MSP) (13).

Realizar el llenado de la Historia clínica perinatal. Además, se debe tener la información correspondiente a la elección del método anticonceptivo elegido durante los controles prenatales y entregado en el postparto con el fin de brindar una oportuna planificación familiar en el primer control de la línea.

2.1.3. Manejo del formulario perinatal

El Formulario 051 del MSP de Ecuador permite el registro detallado de la historia clínica materna perinatal. Su correcta cumplimentación es fundamental para garantizar adecuada atención a las gestantes. Esta herramienta está dividida en varias secciones, cada una con un propósito específico para el monitoreo y cuidado de la salud materna y fetal (14). A continuación, se detalla cómo llenar cada una de estas secciones basándose en las guías oficiales del MSP.

La sección de Datos Generales recoge información básica de la paciente, como nombres, apellidos, número de cédula, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono. Es crucial verificar la exactitud de estos datos para asegurar una correcta identificación y seguimiento de la gestante, facilitando la continuidad de su atención (15).

En la parte de antecedentes obstétricos, se registran los embarazos previos, partos, abortos y cualquier complicación asociada. Este historial permite evaluar factores de riesgo y planificar adecuadamente la atención prenatal, previniendo posibles complicaciones durante el embarazo actual (15).

En los Controles Prenatales, se documentan las visitas realizadas por la gestante, incluyendo las fechas, semanas de gestación, peso materno, presión arterial y hallazgos clínicos relevantes. Llevar un registro meticuloso en esta sección facilita la detección temprana de posibles complicaciones, promoviendo intervenciones oportunas (15).

La sección de Exámenes de Laboratorio y Estudios Complementarios incluye los resultados de análisis sanguíneos, pruebas de orina, ecografías y otros estudios realizados durante el embarazo. Estos datos son esenciales

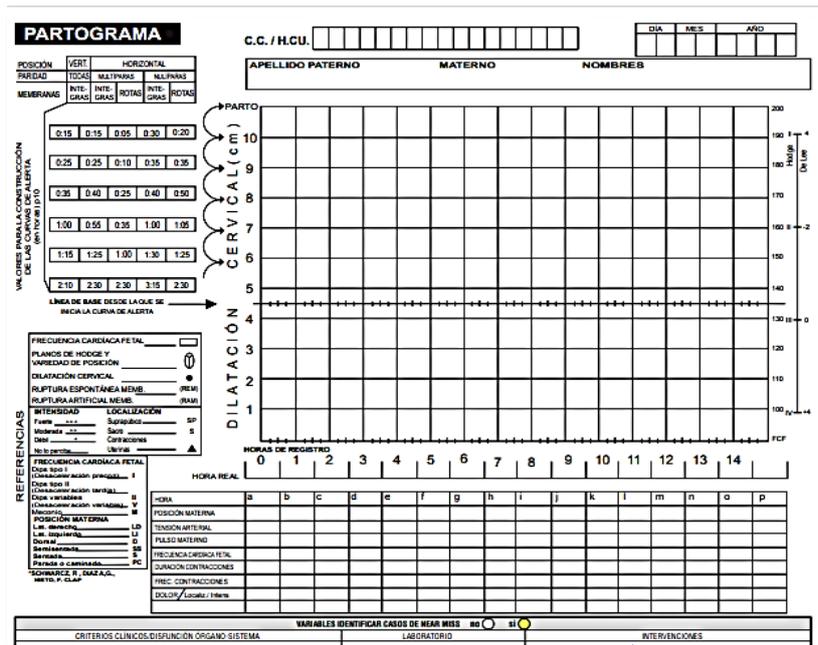
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

culturales. Además, se planifican acciones ante posibles emergencias obstétricas, promoviendo una atención respetuosa y segura para la madre y el recién nacido (15).

Durante la Atención del Parto, se registran detalles como el trabajo de parto, tipo de parto, intervenciones realizadas y el estado del recién nacido al nacer. Una documentación precisa en esta sección es fundamental para evaluar la calidad de la atención brindada y garantizar la seguridad del binomio madre-hijo (15).

En la sección de Egreso y Seguimiento Postnatal, se anotan las condiciones de la puerpera y el bebé al alta, recomendaciones brindadas y citas programadas para seguimiento. Este apartado asegura la continuidad de los cuidados en el puerperio y contribuye a la prevención de complicaciones postnatales (15).

Figura 18. Partograma



Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (15).

2.2. Cuidados de enfermería en el embarazo

- Los cuidados enfermeros son esenciales para promover la salud materna y fetal. La enfermera desempeña un papel clave en el acompañamiento integral, brindando apoyo físico, emocional y

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

educativo. Estos cuidados contribuyen a un embarazo saludable y un parto seguro. Entre los cuidados se mencionan los siguientes:

- Proporcionar a la gestante información oportuna sobre la asistencia a sesiones de educación prenatal y ejercicios obstétricos, además de entregar por escrito recomendaciones sobre cuidados durante el embarazo, asesoramiento en lactancia materna y planificación familiar (15).
- En la primera consulta, el personal de enfermería debe: medir y registrar la presión arterial, medir y registrar tanto el peso como la talla (15).
- Tamizaje de VIH, hepatitis B y Chagas.
- Realizar glucosa en ayunas.
- Educar a la mujer gestante sobre diversos aspectos relacionados con el embarazo, incluyendo los cambios fisiológicos propios de esta etapa, la importancia de la higiene personal y la práctica de actividad física adecuada. Además, se debe fomentar la adopción de hábitos de vida saludables, como evitar el consumo de tabaco, drogas ilícitas y alcohol. También es necesario abordar temas como nutrición, educación prenatal, planificación familiar, y proporcionar información clara sobre los signos de alarma, especialmente aquellos asociados con preeclampsia, infecciones obstétricas y parto prematuro (15).
- Educar a la paciente que debe tener como mínimo 5 controles de atención prenatal (15).
- Se deben reconocer los factores de riesgo y categorizarlos según las posibles intervenciones, distinguiéndose en aquellos que pueden ser modificados y los que no (15).
- Es importante identificar los factores laborales de riesgo que pueden afectar la salud, tales como estar de pie durante más de tres horas seguidas por turno, cargar objetos de gran peso, estar expuesto a ruidos excesivos, tener una nutrición inadecuada debido a limitaciones horarias, ser fumador pasivo o llevar a cabo trabajos combinados que incluyan actividades como enfrentar estrés mental, trabajar en ambientes fríos, ruidosos o con exposición a sustancias tóxicas (15).
- Detectar casos de violencia intrafamiliar en mujeres embarazadas, ya que esta situación puede ocasionar complicaciones físicas, emocionales y sociales, afectando la capacidad de la madre para brindar una atención

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

adecuada al recién nacido. Asimismo, puede provocar parto prematuro, hemorragias vaginales e incluso muerte perinatal (15).

- Se debe educar a la madre sobre la percepción de los movimientos fetales para prevenir la muerte fetal (15).
- Instruir a la embarazada que debe llevar su libreta de salud a los controles médicos (15).
- Instruir a la madre sobre la suplementación de hierro más ácido fólico e indicar que se debe tomar con agua o jugos cítricos y evitar en su totalidad la leche una hora antes de la toma y que puede interferir en la absorción del hierro (15).
- Hablar con la embarazada sobre la planificación del parto y el transporte, además de recomendar elementos para colocar en la pañalera que se llevará al hospital (15).
- Realizar sesiones de educación prenatal con temas que son de interés para el grupo de embarazadas (15).

2.2.1. Cuidados de enfermería en el embarazo con: SCORE MAMA, preeclampsia, sufrimiento fetal, hemorragias e infecciones.

SCORE MAMÁ

- Tomar signos vitales, también valorar el nivel de conciencia y proteinuria (16).
- Medir la frecuencia respiratoria durante 60 segundos, preferiblemente después de registrar la frecuencia cardíaca, ya que la mujer podría volverse consciente de las respiraciones y así verse afectada. Observar el movimiento de la caja torácica y realizar el conteo (16).
- Medir la tensión arterial utilizando un brazalete de tamaño correcto, verificar que el tensiómetro se encuentre calibrado (calibración cada 6 meses), además de realizar la toma manual, ya que la manera electrónica puede subestimar la lectura (16).
- Tomar la frecuencia cardíaca utilizando los dedos índice y medio en 60 segundos (16).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

- Realizar la toma de la saturación de oxígeno verificando que la paciente no tenga uñas con esmalte o artificiales. Cambiar constantemente las pilas del saturador (16).
- Medir la temperatura corporal de preferencia axilar, vigilar que el termómetro se encuentre en buenas condiciones (16).
- Valorar el nivel de conciencia de la paciente y anotar (16).
- Realizar la prueba de proteinuria y registrar (16).
- Conocer el manejo de SCORE MAMA y realizar la suma de los puntos registrados (16).

Figura 19. Registro y valoración de Score Mamá

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR									
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA									
SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 50	–	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	1
Sistólica	≤70	71-89	–	90-139	–	140-159	≥160	Sistólica	2
Diastólica	≤50	51-59	–	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	0
FR	≤11	–	–	12-22	–	23-29	≥30	FR	0
T (°C) (*)	–	≤35.5	–	35.6-37.2	37.3-38.4	–	≥38.5	T(°C)	0
Sat (**)	≤85	86-89	90-93*	94-100	–	–	–	Sat	0
Estado de Conciencia	–	confusa / agitada	–	agerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	0
Proteinuria (***)	–	–	–	(-)	(+)	–	–	Proteinuria	0
TOTAL SCORE MAMÁ									3

La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.

Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrian alterarse
 (*) Temperatura axilar
 (**) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros. sobre el nivel del mar tendran un puntaje de 0
 La Saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.

Fuente: Tomado de Ministerio de Salud Pública (15).

Preeclampsia y Eclampsia

- Monitoreo constante de signos vitales, controlar la presión arterial cada 15-30 minutos en casos severos (17).
- Evaluación de la frecuencia respiratoria y diuresis horaria para identificar posibles complicaciones como toxicidad por sulfato de magnesio (17).
- Realizar la evaluación neurológica: Monitoreo de reflejos osteotendinosos. Identificar tempranamente signos de intoxicación por sulfato de magnesio (ausencia de reflejo rotuliano, depresión respiratoria) (17).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

- Proteger la vía aérea en casos de convulsiones, además colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo. Aspirar secreciones si es necesario y administrar oxígeno suplementario (17).
- Realizar el control de líquidos y el balance hídrico utilizando sonda vesical para medir diuresis y evitar sobrecarga de líquidos (17).
- Facilitar las indicaciones médicas relacionadas con la inducción del parto o cesárea según el estado materno-fetal (17).
- Administración del Sulfato de Magnesio (17).

Dosis de impregnación (para prevención de eclampsia):

- 4 g de sulfato de magnesio al 20 % diluidos en 80 mL de solución isotónica.
- Administrar en bomba de infusión a 300 mL/hora (20 minutos) o con equipo de venoclisis a 100 gotas/minuto.

Dosis de mantenimiento:

- Diluir 10 g (50 mL de sulfato al 20 %) en 450 mL de solución isotónica.
- Administrar a razón de 50 mL/hora con bomba de infusión (1 g/hora) o 17 gotas/minuto con venoclisis.

En eclampsia (dosis inicial):

- Administrar 6 g en 20 minutos (300 mL/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto en venoclisis).

Dosis de mantenimiento en eclampsia:

- g/hora diluidos en 500 mL de solución isotónica a 50 mL/hora.
- Administrar medicamentos complementarios antihipertensivos: Hidralazina, Labetalol y anticonvulsivantes alternativos (si el sulfato de magnesio está contraindicado): Diazepam, Midazolam (17).

Sufrimiento fetal

- Utilizar cardiotocografía para evaluar la frecuencia cardíaca fetal y detectar patrones anormales que indiquen hipoxia o acidosis (18).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

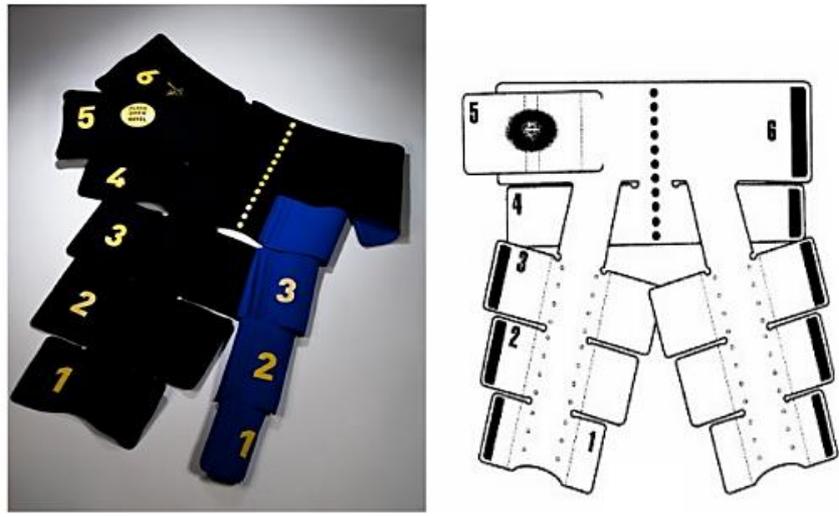
- Colocar a la madre lateralmente a la izquierda para mejorar el flujo sanguíneo uteroplacentario y optimizar la oxigenación fetal (19).
- Suministrar oxígeno suplementario a la madre para aumentar la disponibilidad de oxígeno al feto, según indicación médica (19).
- Administrar líquidos intravenosos para mantener un volumen circulante óptimo y mejorar la perfusión placentaria (19).
- Estar lista para asistir en procedimientos de emergencia, como una cesárea, si el estado fetal no mejora con las intervenciones iniciales (19).
- Mantener informada a la paciente y su familia sobre el estado del feto y las intervenciones realizadas, brindando apoyo emocional durante el proceso (20).

Hemorragias

- Tomar signos vitales y monitorizar la eliminación urinaria, registrar en formulario 005 (16).
- Evaluar la cantidad de sangrado y la condición hemodinámica de la paciente (16).
- Administrar oxigenoterapia para llegar a valores mayores de 90% (16).
- Brindar abrigo al paciente para evitar la hipotermia (16).
- Asegurarse de que la paciente se encuentre en una posición con desviación uterina hacia la izquierda si tiene más de 20 semanas de embarazo (16).
- Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter Número 16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo, medicación brazo derecho, hidratación o manejo de fluidos) (16).
- Tomar muestras de sangre (16).
- Administrar líquidos y hemoderivados (16).
- Efectuar la prueba de coagulación al lado del paciente. (16).
- Brindar apoyo emocional a la paciente y su familia, explicando los procedimientos y el estado de salud (16).
- Vigilar el tono uterino y realizar masajes uterinos, si corresponde (16).

- Ayudar en la colocación del traje antishock no neumático (16).

Figura 20. Traje antishock no neumático



Fuente: Tomado de Ministerio de Salud Pública (16).

Infecciones durante el embarazo

- Brindar a la paciente una explicación breve sobre los procedimientos a realizar, generando confianza en el proceso (16).
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea mediante la elevación del mentón en pacientes con alteraciones del estado de conciencia, aplicando la maniobra correspondiente (16).
- Administrar oxígeno suplementario utilizando una mascarilla a una tasa de 10 litros por minuto, o mediante una cánula nasal a 4 litros por minuto, si no se dispone de mascarilla (16).
- Tomar signos vitales, monitorizar la eliminación urinaria y calcular el score mamá (16).
- Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N16 o 18, una en cada brazo (16).
- Aplicar los líquidos y medicamentos prescritos (16).
- Marca los tubos de muestras de sangre y de cultivos (16).

2.3. Cuidados de enfermería en la diabetes gestacional

- Ofrecer información, asesoría y apoyo sobre control glucémico y automonitoreo enfocado a metas terapéuticas (21).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MATERNIDAD

- Orientar a la paciente sobre la importancia de modificar hábitos alimenticios y realizar ejercicio, ya que constituyen el pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes gestacional. Un enfoque no farmacológico adecuado permite alcanzar el control de la enfermedad en la mayoría de los casos (21).
- Explicar a la paciente que los objetivos principales del manejo nutricional incluyen asegurar una ganancia de peso adecuada, mejorar el control de los niveles de glucosa en sangre, prevenir episodios de hipoglucemia y proporcionar la energía y nutrientes necesarios para el desarrollo adecuado del feto (21).
- Realizar la toma de glucosa en ayunas (21).
- En mujeres que utilizan insulina, vigilar y educar la correcta administración y almacenamiento de la medicina (21).
- Asesorar a la embarazada que realice tomas de glicemia de control antes de acostarse (21).
- Educar a la paciente en el posparto que debe seguir evitando por seguridad medicamentos que fueron anteriormente discontinuados (21).
- Educar sobre los riesgos de hipoglicemia durante la lactancia materna, por lo cual es importante tener alimentos disponibles antes y durante este momento (21).

2.4. Farmaconocividad y Tetarogenicidad en el embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico en el cual cursa una mujer. Este momento inicia cuando el óvulo se está fecundando por un espermatozoide. Una vez cursado este proceso, la mujer presenta cambios fisiológicos y físicos donde ella deberá de adaptarse a estos cambios. Es fundamental que la mujer acepte y sepa llevar estos cambios, ya que es esencial para el desarrollo del feto. La duración del embarazo es de 40 semanas, se inicia desde el último día de la menstruación (22).

Dentro del embarazo se presentan algunas patologías que pueden mantenerse o empeorar con el desarrollo de este. En algunos casos, estas patologías son tratadas con medicamentos que afectan directamente al feto en su desarrollo dentro del vientre materno.

2.4.1. Farmaconocividad

Es definida como la relación que tiene entre causa y efecto. Dentro de las reacciones adversas por parte de los fármacos, los efectos de los medicamentos sobre el feto van a depender de la sustancia, dosis, tiempo. Es de suma importancia mencionar que va a depender del tiempo en que se administre el medicamento, esto quiere decir que no es lo mismo consumirlos en el primer trimestre que en los últimos. El período embrionario es la fase en la que el embrión está más susceptible a sufrir malformación (23).

La predisposición a enfermedades maternas juega un papel fundamental dentro de la fármacocividad algunas de ellas son como la diabetes, insuficiencia placentaria, hipotiroidismo. Estas modifican de manera directa el medicamento. La talidomida es un medicamento que era utilizado dentro del embarazo para tratar las náuseas y vómitos que venían consigo en la gestación, actualmente se ha realizado estudios donde mencionan que el uso de estos fármacos trae consigo malformaciones congénitas durante los primeros meses de embarazo, estos medicamentos causan daño a la placenta impidiendo su función para el crecimiento del feto.

Los efectos nocivos de los medicamentos pueden causar alteraciones pasajeras o irreversibles dentro del embarazo, a continuación, algunas de ellas:

- Falsa anemia dilucional
- Proteinuria
- Alcalosis respiratoria
- Diuresis
- Incremento del volumen sanguíneo.

Dentro de las complicaciones en el embarazo por fármacos tenemos las alteraciones de la funcionalidad en la placenta, los vasos sanguíneos se estrechan impidiendo el aporte de oxígeno y nutrientes al feto. Donde puede desarrollar contracciones en los músculos, produciendo lesiones irremediables al feto. Las consecuencias nocivas dependerán de la edad y el tiempo de gestación de la mujer (24).

2.4.2. Tetarogenicidad

Se conoce como teratógeno a un factor derivado del medioambiente que llega a producir anomalías y deformaciones dentro del desarrollo del feto; de la misma manera, puede llegar a presentar limitaciones dentro de su crecimiento. En casos graves se presenta la muerte fetal. El uso de medicamentos dentro del embarazo puede llegar a afectar al crecimiento del feto, esto puede presentar complicaciones antes o durante el periodo de embarazo (25).

El consumo de medicamentos en mujeres embarazadas debe ser vigilados correctamente, donde se debe identificar el riesgo-beneficio y sus complicaciones de no ser administrados correctamente, es importante mencionar que no existe en sí una barrera fisiológica protectora de madre e hijo, la mayor parte de los medicamentos traspasan la placenta por lo que se identifica que el feto se expondrá a los mismos (26).

La absorción del medicamento puede ser diferente, esto dependerá de la vía en la que sea administrado. La administración sistémica aumenta el riesgo para que se produzca una tetarogenia. Se menciona que el uso de medicamentos vía tópica no podría producir el riesgo en comparación con la sistémica. Algunas variables para la producción de la teratogenia serán:

- La frecuencia de la administración del medicamento por parte de la madre.
- El mecanismo de acción del medicamento.
- Fase del desarrollo.

El primer trimestre se considera el más peligroso, por lo que se recomienda el limitado uso de medicamentos y automedicación. Un tratamiento debe ser supervisado, vigilado, por un profesional en salud, verificará el uso del medicamento, dosis, tiempo, y la combinación de los mismos. Los medicamentos utilizados durante el embarazo pueden traer consigo efectos directos al efecto; algunos de ellos son:

- Efecto teratógeno
- Constricción de los vasos

- Asfixia fetal.

Dentro de los medicamentos teratogénicos tenemos retinoides orales. Entre sus efectos adversos en el feto están anomalías del sistema nervioso central, dismorfia facial, canales auditivos externos pequeños, microcefalia, anomalías oculares. Efectos en la madre como aumento de abortos espontáneos (27).

Aunque no se ha comprobado que el uso de retinoides tópicos incide en el efecto, la recomendación es no utilizarlos. Otro medicamento frecuente utilizado dentro del embarazo es el ácido valproico pueden producir malformaciones congénitas en un 10%, defectos en el tubo neural, trastornos en el desarrollo del bebé, retraso al hablar o caminar, labio leporino, paladar hendido.

Es importante mencionar que algunas mujeres infectadas con VIH, necesitan el tratamiento apropiado para evitar pasar la infección al feto, el médico seguirá un régimen de medicamentos que no dañen al feto, ya que algunos de ellos en exceso o tomados sin precaución pueden causar daño en el tubo neural, presentando malformaciones en el feto. El uso de medicamentos para terapias fetales es común; estos ayudan a la adaptación intrauterina, como el tratamiento de esteroides para la maduración de los pulmones (28).

CAPÍTULO 3

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARTO, PUERPERIO Y PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARTO, PUERPERIO Y PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS

3.1. Psicoprofilaxis del parto

La psicoprofilaxis es una técnica que ayuda a las personas embarazadas a una relajación física y psicológica como fundamento, a la cual se añaden técnicas de respiración profunda, superficial y rítmica, a medida que el dolor aumenta de intensidad y frecuencia (29). La experiencia del dolor de parto es compleja e involucra dimensiones fisiológicas, cognitivas y psicológicas. La psicoprofilaxis influye en todas estas dimensiones: fisiológicamente, al mejorar la oxigenación y reducir la tensión muscular; cognitivamente, al centrarse en la respiración y la relajación en lugar del dolor como tal; y psicológicamente, al reducir el miedo y mejorar la sensación de control personal (30).

La psicoprofilaxis del parto en sus orígenes fue utilizada para eliminar los dolores del parto, pero hoy en día este concepto es erróneo debido a que hay justificación neurofisiológica de la existencia del dolor en el parto y lo que busca esta preparación educativa es que los fenómenos dolorosos que se producen no se transforme en sufrimiento, es por esto que elementos fundamentales como: Una preparación teórica, entrenamiento físico y una preparación psicológica desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva (31).

El método de psicoprofilaxis se convirtió conocido por el público como “parto indoloro”. El concepto de parto indoloro incluye a todas aquellas prácticas que pueden producir analgesia, como el uso de espasmolíticos y tranquilizantes o anestesia general/local (32). La psicoprofilaxis ocupa una posición destacada respecto de la parturienta, integra conocimiento, ejercicio, relajación para lograr un parto sin miedo y con el menor dolor posible.

En cuanto al efecto de la psicoprofilaxis en el resultado del parto, mejora la oxigenación, reduce la tensión, reduce el miedo y mejora el control de uno mismo. Las mujeres desarrollan una participación activa en el parto, tienen confianza y capacidad para soportar el parto más tiempo, estando

menos dispuestas a recibir atención médica (33). También tienden a tener más apoyo de su pareja, mientras su respiración se relaja, aumenta la conciencia y minimiza el riesgo de contracciones ineficaces.

La intervención de enfermería en psicoprofilaxis del parto tiene por objetivos preparar a la gestante para un parto consciente, informado y saludable; reducir la ansiedad y el miedo asociados al proceso del parto; fomentar la participación activa de la pareja o red de apoyo y promover el uso de técnicas de relajación, respiración y manejo del dolor. Incluyendo acciones como la evaluación inicial, plan de intervención (educación prenatal como técnicas de relajación y respiración, preparación física, acompañamiento psicológico, simulaciones y ensayos de parto, promoción del contacto piel con piel), la ejecución y la evaluación mediante el monitoreo de los resultados del parto: duración, complicaciones y satisfacción materna.

3.2. Parto, etapas del trabajo de parto y posparto

El parto es un acontecimiento importante en la vida y convertirse en madre se considera una experiencia liminal, en la que el nacimiento funciona como el impulso clave de la transición de la mujer para ser madre. El parto consta de tres etapas. La primera es cuando el cuello uterino se abre y el bebé desciende por el canal de parto. La segunda es cuando el bebé nace y la tercera es cuando se expulsa la placenta (34).

▪ La primera etapa

La primera etapa es la más larga del parto y puede durar hasta 20 horas. Comienza cuando el cuello uterino comienza a abrirse (dilatarse) y termina cuando está completamente abierto (dilatado por completo) a 10 centímetros (35).

Trabajo de parto temprano o latente. La fase temprana o latente es cuando comienza el trabajo de parto. Se tendrán contracciones leves que se producen cada 15 a 20 minutos y duran entre 60 y 90 segundos. Las contracciones se volverán más regulares hasta que estén separadas por menos de 5 minutos. Las contracciones hacen que el cuello uterino se dilate

y se borre, lo que significa que se acorta y se adelgaza, y está más preparado para el parto (36). Durante la fase temprana, el cuello uterino se dilata de 0 a 6 centímetros y las contracciones se hacen más fuertes a medida que pasa el tiempo. Durante esta fase, es posible que exista secreción vaginal que puede ser transparente o ligeramente sanguinolenta.

Fase activa. Mientras el cuello uterino se dilata de 6 a 8 centímetros (fase activa), las contracciones se vuelven más fuertes y se producen cada 3 minutos, con una duración de unos 45 segundos. Es posible que exista dolor de espalda y un mayor sangrado vaginal (espectáculo de sangre). Si se rompe la membrana amniótica, las contracciones pueden volverse mucho más fuertes. Esta parte suele durar entre 4 y 8 horas (37).

Fase de transición. La fase de transición es corta, pero también intensa y dolorosa. Por lo general, el cuello uterino tarda entre 15 minutos y una hora en dilatarse de 8 a 10 centímetros. Las contracciones se producen con una diferencia de 2 a 3 minutos y duran aproximadamente 1 minuto. Es posible que se sienta presión en el recto y que el dolor de espalda sea peor y el sangrado vaginal será más intenso.

- **La segunda etapa del parto (parto)**

La segunda etapa del parto comienza cuando el cuello uterino está completamente dilatado a 10 centímetros. Esta etapa continúa hasta que el bebé pasa por el canal de parto, la vagina, y nace. Esta etapa puede durar 2 horas o más. Las contracciones pueden ser diferentes a las de la primera etapa del parto: se harán más lentas a intervalos de 2 a 5 minutos y durarán entre 60 y 90 segundos. Se sentirá una fuerte necesidad de pujar con las contracciones (38).

Es posible que se administren analgésicos a la paciente o que le practiquen una episiotomía si es necesario mientras puja. Una episiotomía es un procedimiento en el que se realiza un pequeño corte entre el ano y la vagina para agrandar la abertura vaginal. Puede ser necesaria una episiotomía para que el bebé salga más rápido o para evitar desgarros grandes e irregulares de la pared vaginal (31).

La posición de la cabeza del bebé a medida que se mueve a través de la pelvis (descenso) se informa en un número llamado estación. Si la cabeza del bebé no ha comenzado su descenso, la estación se describe como menos 3 (-3). Cuando la cabeza del bebé está en la estación cero, está en el medio del canal de parto y encajada en la pelvis (31).

Cuando nazca el bebé, el médico lo sostendrá con la cabeza hacia abajo para evitar que el líquido amniótico, la mucosidad y la sangre ingresen a los pulmones del bebé. Se succionará la boca y la nariz del bebé con una pequeña pera de goma para eliminar cualquier líquido adicional. Se colocará al bebé sobre el estómago de la madre y, poco después, se cortará el cordón umbilical.

▪ **La tercera etapa del parto (expulsión de la placenta)**

La tercera etapa del parto comienza después de que nace el bebé y termina cuando la placenta se separa de la pared del útero y pasa a través de la vagina. Esta etapa se denomina a menudo “expulsión de la placenta” y es la etapa más corta del parto. Puede durar desde unos pocos minutos hasta 20 minutos. Se sentirán contracciones, pero serán menos dolorosas. Si se realiza una episiotomía o un pequeño desgarro, se suturarán durante esta etapa del parto (39).

3.2.1. Parto patológico

El parto patológico se refiere a cualquier tipo de parto que no transcurre de manera normal o fisiológica debido a la presencia de complicaciones maternas, fetales o relacionadas con el proceso del parto en sí. Estas complicaciones pueden surgir durante las diferentes etapas del trabajo de parto y pueden requerir intervenciones médicas específicas para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé (40).

Las principales causas de un parto patológico incluyen complicaciones maternas: desproporción cefalopélvica, hemorragias (desprendimiento de placenta, placenta previa), preeclampsia o eclampsia, ruptura uterina, trabajo de parto prolongado o detenido. Complicaciones fetales como: sufrimiento fetal agudo (hipoxia, bradicardia), anomalías de posición o presentación (presentación de nalgas, transversal, cara), prolapso de cordón umbilical. Además, existen alteraciones en el proceso del parto

como: contracciones uterinas insuficientes o disfuncionales, distocia (mecánica, funcional o de partes blandas) y parto precipitado (41).

Las posibles intervenciones incluyen la monitorización continua de la madre y el feto. Inducción o aceleración del parto con oxitocina o prostaglandinas. Uso de dispositivos como fórceps o ventosa obstétrica. Realización de una cesárea de emergencia cuando el parto vaginal no es seguro. Atención especializada por personal de alto riesgo obstétrico. En este sentido, el manejo del parto patológico requiere un enfoque multidisciplinario y el uso de protocolos actualizados para reducir riesgos y optimizar los resultados perinatales.

3.3. El puerperio normal y los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos

El puerperio es el periodo que comienza tras el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta, y se extiende hasta que el cuerpo de la mujer retorna a un estado similar al previo al embarazo. Este periodo dura aproximadamente 6 semanas (42 días) y se divide en tres fases: Puerperio inmediato: Las primeras 24 horas después del parto. Puerperio mediato: Desde el segundo al séptimo día. Puerperio tardío: Desde el octavo día hasta las 6 semanas posteriores al parto. Durante este tiempo, el cuerpo de la madre experimenta cambios significativos a nivel anatómico, fisiológico y psicológico (42).

Cambios anatómicos

- **Útero:** Involución uterina el útero regresa a su tamaño y posición previa al embarazo, reduciendo su peso de aproximadamente 1 kg al momento del parto a 50-100 g en unas 6 semanas. El fondo uterino desciende alrededor de 1-2 cm por día y deja de ser palpable a nivel abdominal hacia el décimo día.
- **Canal del parto:** El cuello uterino se cierra progresivamente, alcanzando un estado funcional hacia las 4 semanas. La vagina reduce su tamaño y recupera elasticidad, pero puede no regresar completamente a su forma previa.

- **Abdomen y pared abdominal:** Los músculos abdominales recuperan tono de manera gradual, aunque en algunos casos puede persistir diástasis de los rectos abdominales (43).

Cambios fisiológicos

- **Sangrado vaginal (loquios):** Loquios rubros los primeros días, de color rojo brillante. Loquios serosos aparecen del cuarto al décimo día, de color marrón rosado. Loquios alba surgen a partir de la segunda semana, de color blanco-amarillento.
- **Sistema cardiovascular:** El volumen sanguíneo se reduce debido a la pérdida de sangre durante el parto y a la movilización de líquidos retenidos. La disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia puerperal) es común en los primeros días.
- **Sistema endocrino:** Caída abrupta de hormonas como el estrógeno y la progesterona tras la expulsión de la placenta. Aumenta la prolactina en mujeres que lactan, favoreciendo la producción de leche.
- **Sistema urinario:** Aumento de la diuresis para eliminar el exceso de líquidos acumulados durante el embarazo.
- **Sistema inmunológico:** Retorno gradual a la normalidad tras la modulación inmunitaria del embarazo (42).

Cambios psicológicos

- **Adaptación emocional:** Alegría y amor vinculados al contacto con el recién nacido. Ansiedad o miedo por la nueva responsabilidad.
- **Cambios de humor:** Son comunes las fluctuaciones emocionales leves, conocidas como “baby blues”, que afectan a hasta el 80% de las mujeres y suelen resolverse en dos semanas.
- **Vínculo madre-hijo:** Desarrollo del apego, facilitado por el contacto piel con piel y la lactancia.
- **Riesgos psicológicos:** En algunos casos, puede surgir depresión postparto o trastornos de ansiedad que requieren intervención médica (44).

3.3.1. Puerperio patológico

El puerperio es el periodo que va desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. El puerperio patológico ocurre cuando durante el periodo puerperal (las 6 semanas posteriores al parto) se presentan complicaciones que afectan la recuperación fisiológica y emocional de la madre. Las posibles patologías que pueden presentarse en este periodo de tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna incluso en nuestro medio (41).

La patología de la lactancia incluye el fracaso de la lactancia, las grietas en el pezón, la ingurgitación mamaria y la mastitis puerperal. La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente, aunque las guías clínicas de profilaxis han reducido considerablemente su incidencia. La patología vascular del puerperio incluye características clínicas de gran gravedad, representando una de las principales causas de mortalidad materna (45). Entre ellas destaca la trombosis venosa profunda, de la que el tromboembolismo pulmonar es la complicación más grave.

Además, una patología psiquiátrica sea más frecuente en el puerperio que en otros periodos de la vida, pero sí se describen las características clínicas relacionadas con este periodo, como el blues, la depresión y la psicosis puerperales. Finalmente, otras manifestaciones clínicas que, aunque infrecuentes pueden constituir una urgencia médica en el puerperio son: el síndrome de Sheehan, la miocardiopatía periparto y las tiroides posparto.

3.4. Cuidados de enfermería en el puerperio inmediato, mediano tardío y complicaciones

El rol de enfermería durante el puerperio es crucial para garantizar una recuperación adecuada, identificar complicaciones a tiempo y proporcionar soporte físico y emocional a la madre. Los cuidados se adaptan a las diferentes fases del puerperio: inmediato, mediano, tardío y en caso de complicaciones (46).

Educación a la madre durante todo el puerperio

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARTO, PUERPERIO Y PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS

- Reconocer signos de alarma: fiebre, dolor abdominal intenso, sangrado excesivo, loquios malolientes.
- Mantener una comunicación abierta para resolver dudas y preocupaciones.
- Fomentar una red de apoyo familiar y social para el cuidado del recién nacido.

Tabla 5. Puerperio inmediato (primeras 24 horas postparto)

Objetivos principales	Cuidados
<ul style="list-style-type: none"> · Prevenir complicaciones maternas. · Favorecer el bienestar de la madre y el recién nacido. · Promover la lactancia materna. 	<p>Control de signos vitales</p> <p>Medir presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria cada 15-30 minutos durante las primeras horas.</p> <p>Observar signos de hemorragia o hipovolemia.</p>
	<p>Valoración del útero</p> <p>Evaluar el tono y posición del útero (debe estar firme y localizado a nivel umbilical).</p> <p>Masaje uterino: si hay signos de atonía.</p>
	<p>Control del sangrado vaginal (loquios)</p> <p>Vigilar la cantidad, color y olor.</p> <p>Notificar si hay sangrado excesivo o mal olor (posible hemorragia o infección).</p>
	<p>Monitorización de la micción</p> <p>Asegurarse de que la madre pueda orinar. La retención urinaria puede afectar la contracción uterina.</p>
	<p>Promoción de la lactancia</p> <p>Ayudar a posicionar al recién nacido para el inicio temprano de la lactancia.</p> <p>Proveer educación sobre el manejo del pezón y extracción de leche.</p>
	<p>Apoyo emocional</p> <p>Escuchar las preocupaciones de la madre.</p> <p>Explicar los cambios normales del puerperio inmediato.</p>

Fuente: Elaborado a partir de Lira et al. (47).

Tabla 6. Puerperio mediato (del segundo al séptimo día)

Objetivos principales	Cuidados
<ul style="list-style-type: none"> · Promover la recuperación física. · Detectar signos tempranos de complicaciones. · Fomentar la adaptación emocional y el vínculo madre-hijo. 	<p>Valoración del estado general</p> <p>Monitorización periódica de signos vitales. Revisión de los loquios y la involución uterina.</p>
	<p>Cuidado de la herida quirúrgica (en caso de cesárea o episiotomía)</p> <p>Inspeccionar la herida diariamente en busca de signos de infección (enrojecimiento, calor, dolor, secreción). Mantener la herida limpia y seca.</p>
	<p>Educación sobre la lactancia</p> <p>Resolución de problemas comunes como pezones agrietados o ingurgitación mamaria. Fomentar el vaciamiento frecuente de los senos.</p>
	<p>Promoción de la deambulación temprana</p> <p>Ayudar a prevenir complicaciones como trombosis venosa profunda.</p>
	<p>Fomentar la higiene</p> <p>Explicar la importancia del lavado perineal frecuente y el cambio regular de toallas higiénicas.</p>

Fuente: Elaborado a partir de Paiva et al. (46).

Tabla 7. Puerperio tardío (del octavo día hasta las 6 semanas)

Objetivos principales	Cuidados
	<p>Seguimiento de la madre</p> <p>Controlar el estado de ánimo y evaluar signos de depresión postparto.</p> <p>Enseñar ejercicios para fortalecer el piso pélvico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Asegurar la recuperación completa del organismo. · Promover hábitos saludables. · Identificar problemas psicológicos y emocionales. 	<p>Apoyo a la lactancia</p> <p>Proporcionar información sobre el destete o la continuidad de la lactancia prolongada.</p>
	<p>Promoción de hábitos saludables</p> <p>Aconsejar una dieta equilibrada y adecuada para la lactancia.</p> <p>Recomendar actividad física moderada.</p>
	<p>Preparación para la consulta de revisión</p> <p>Asegurarse de que la madre asista a la consulta posparto programada.</p>

Fuente: Elaborado a partir de (32)

Tabla 8. Cuidados de enfermería en complicaciones del puerperio

Complicación	Cuidados
Hemorragia postparto	<p>Realizar masaje uterino para promover contracción.</p> <p>Administrar medicamentos uterotónicos según indicación.</p> <p>Evaluar signos de shock hipovolémico (hipotensión, taquicardia, palidez).</p> <p>Preparar para intervenciones quirúrgicas si es necesario.</p>
Infección puerperal	<p>Vigilar la temperatura y los loquios en busca de signos de infección.</p> <p>Administrar antibióticos prescritos.</p> <p>Educar sobre la higiene perineal adecuada.</p>
Mastitis o absceso mamario	<p>Aplicar compresas frías o calientes según el caso.</p> <p>Fomentar el vaciamiento frecuente del seno afectado.</p>

	Administrar analgésicos y antibióticos según indicación médica.
Trastornos psicológicos (depresión postparto)	<p>Observar signos de tristeza prolongada, irritabilidad o falta de interés.</p> <p>Escuchar activamente a la madre y derivarla a atención psicológica si es necesario.</p> <p>Proporcionar apoyo emocional continuo.</p>
Trombosis venosa profunda (TVP)	<p>Favorecer la movilización temprana y el uso de medias compresivas.</p> <p>Administrar anticoagulantes bajo prescripción médica.</p> <p>Monitorizar signos de complicaciones como embolia pulmonar.</p>

Fuente: Elabora a partir de (46)

3.5. Cuidados de enfermería en la cesárea

Tabla 9. Cuidados de enfermería en cesárea

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c:</p> <p>Malestar.</p> <p>Dolor.</p> <p>m/p:</p> <p>Limitación de la amplitud de movimientos</p> <p>Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras.</p> <p>Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas.</p>	<p>0208. Movilidad</p>	<p>1400 Manejo del dolor.</p> <p>0221 Terapia de ejercicios: ambulación.</p> <p>1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</p> <p>1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal</p> <p>1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación</p> <p>5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito</p>
<p>00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ r/c:</p>	<p>1000 Establecimiento de</p>	<p>5244 Asesoramiento de la lactancia.</p>

Conocimientos básicos sobre la lactancia materna.	la lactancia materna: lactante.	
m/p:	1001	
Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.	Establecimiento de la lactancia materna: madre.	
	1818	
00161. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS.	Conocimiento: salud materna en el puerperio.	5568 Educación paterna: niño.
m/p:	1819	6930 Cuidados posparto.
Explica su conocimiento del tema.	Conocimiento: cuidados del lactante.	1054 Ayuda en la lactancia materna.
Manifiesta interés en el aprendizaje.	1800	7370 Planificación del alta.
	Conocimiento: lactancia materna.	

Fuente: Elaborado a partir de Silva (48)

Tabla 10. Cuidados de enfermería en cesárea

	NIC (intervenciones)	
COMPLICACIONES POSIBLES	1876	Cuidados del catéter urinario.
	3440	Cuidados del sitio de incisión.
	6880	Cuidados del recién nacido.
	6890	Monitorización del recién nacido.
	6890	Cuidados posparto
	1020	Etapas en la dieta.
	7680	Ayuda en la exploración.
	1400	Manejo del dolor.
	NIC (intervenciones)	
REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	2304	Administración de medicación: oral
	2314	Administración de medicación: intravenosa (IV)
	4200	Terapia intravenosa (IV).
	1876	Cuidados del catéter urinario.
	3440	Cuidados del sitio de incisión.
	NIC (intervenciones)	

	7310 Cuidados de enfermería al ingreso
	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
ACTIVIDADES	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo
DERIVADAS DE LA	personal
HOSPITALIZACIÓN	1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.
	6880 Cuidados del recién nacido.
	7370 Planificación del alta.

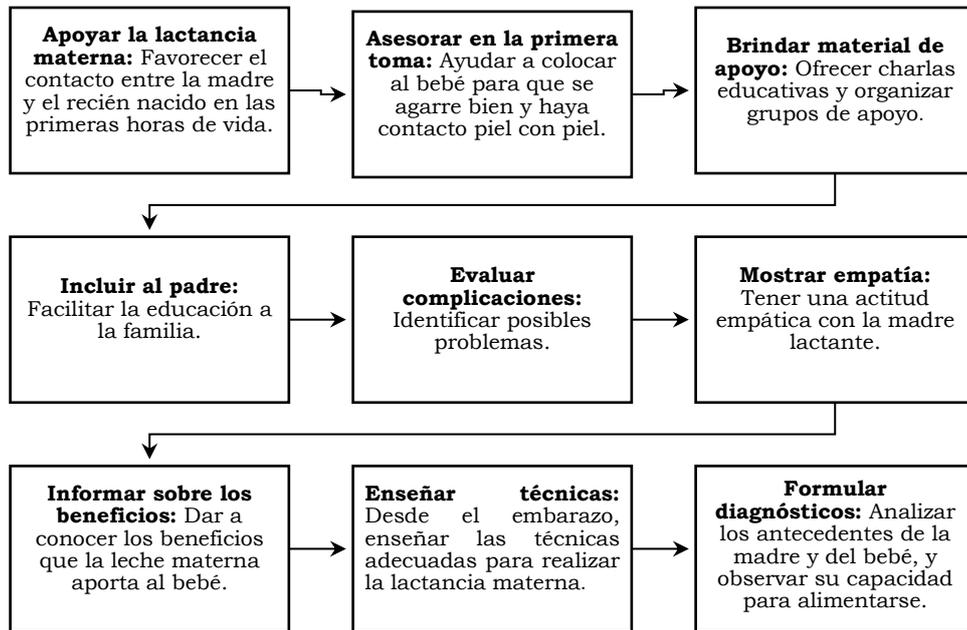
Fuente: Elaborado a partir de Silva (48).

3.6. Rol de enfermería en la lactancia materna y alojamiento conjunto

El profesional de enfermería desempeña un papel crucial en la promoción de la lactancia materna, brindando apoyo a las madres lactantes y fomentando prácticas beneficiosas en el hospital. Es responsabilidad de los profesionales que cuidan a recién nacidos pretérminos informar a los padres de los beneficios que la leche materna puede aportar, así como los métodos de alimentación al pecho posibles para que la madre pueda llevar a cabo una elección informada (49).

La existencia de un plan de cuidados estandarizado podría facilitar la instauración de la lactancia materna en recién nacidos pretérmino al unificar criterios y guiar a los profesionales en la toma de decisiones. Siendo, fundamental, apoyar y favorecer la lactancia materna desde el inicio, proporcionando asesoramiento y educación a las familias. Involucrar al padre en el proceso y mantener una actitud empática con la madre son aspectos clave para garantizar el éxito en el amamantamiento y el desarrollo infantil. Mientras que el alojamiento conjunto representa un avance en la atención del recién nacido porque permite una relación más estrecha entre la madre, el recién nacido y el equipo de salud (50).

Figura 21. Un plan de cuidados



Fuente: Elaborado a partir de OMS (51).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las madres inicien tempranamente la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé, llamada “la hora sagrada”. Las enfermeras cumplen un papel fundamental en la salud materna y neonatal, y deben contribuir en el contacto precoz piel con piel. Este contacto permite al bebé desarrollar mejor la técnica de succión y favorece que se prolongue la lactancia materna (51).

3.7. Climaterio, menopausia

El climaterio es un período de tiempo en el que se produce un agotamiento gradual de los folículos ováricos, lo que da lugar a la menopausia (definida como el momento del último período menstrual). El climaterio proviene del griego climater, que significa peldaños o escalones, lo que hace referencia a un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva y se manifiesta 1 año antes aproximadamente, cuando inician cambios hormonales y síntomas, hasta 1 más después de la menopausia. También se puede definir como síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas que aparecen en la perimenopausia (52).

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como el “cese permanente de la

menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”. Se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años.

Los síntomas más característicos son los sofocos y la sudoración, los síntomas vasomotores, alteraciones del ánimo, osteoporosis, aumento de riesgo cardiovascular y alteraciones genitourinarias. pero la sintomatología incluye varios otros síntomas, de los cuales son frecuentes los síntomas del estado de ánimo y los trastornos del sueño (53).

Las estrategias terapéuticas adecuadas para la menopausia incluyen modalidades médicas y no médicas. Las modalidades no médicas se centran en la modificación del estilo de vida, mientras que las modalidades médicas se clasifican como terapia de reemplazo hormonal (TRH) y no TRH. Las mujeres del grupo de alto riesgo probablemente se beneficiarán más de la medicación, además de la modificación del estilo de vida (54). Hay varios tipos, dosis, vías y regímenes de medicación que deben adaptarse adecuadamente a las características adecuadas de la mujer.

Las mujeres que tienen contraindicaciones para la TRH o no pueden tolerar sus efectos secundarios pueden elegir otras alternativas, por ejemplo, moduladores selectivos del receptor de estrógeno, bifosfonatos, calcitonina o calcio y vitamina D. El éxito de la terapia menopáusica es dar una opción terapéutica adecuada a la mujer adecuada. La dirección futura de la investigación seguirá centrándose en el desarrollo del diagnóstico y la terapia menopáusica, en particular las tres áreas principales de promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento.

3.8. Patologías ginecológicas: cáncer de mama y cáncer cervicouterino

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad en la que las células mamarias anormales crecen sin control y forman tumores. Si no se controlan, los tumores pueden propagarse por todo el cuerpo y resultar mortales (55).

Las células cancerosas de mama comienzan en el interior de los conductos galactóforos o de los lóbulos mamarios productores de leche. La forma más temprana (in situ) no pone en peligro la vida y se puede detectar en etapas tempranas. Las células cancerosas pueden propagarse al tejido mamario cercano (invasión), lo que crea tumores que causan bultos o engrosamiento. Los cánceres invasivos pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos (hacer metástasis). La metástasis puede ser mortal y poner en riesgo la vida. El tratamiento depende de la persona, el tipo de cáncer y su propagación. El tratamiento combina cirugía, radioterapia y medicamentos (56).

El cáncer de mama puede presentar combinaciones de síntomas, especialmente cuando está más avanzado. Los síntomas del cáncer de mama pueden incluir un bulto o engrosamiento en el pecho, a menudo sin dolor, cambio en el tamaño, forma o apariencia de la mama, hoyuelos, enrojecimiento, picaduras u otros cambios en la piel, cambio en la apariencia del pezón o de la piel que lo rodea (areola), líquido anormal o sanguinolento del pezón. Los tratamientos para el cáncer de mama son más eficaces y se toleran mejor cuando se inician tempranamente y se llevan a cabo hasta el final (57).

Estos incluyen cirugía para extirpar el tumor de mama, radioterapia para reducir el riesgo de recurrencia en la mama y los tejidos circundantes, medicamentos para matar las células cancerosas y prevenir la propagación, incluidas terapias hormonales, quimioterapia o terapias biológicas dirigidas.

Cáncer cervicouterino

El cáncer de útero se produce cuando se desarrollan células anormales en el útero y comienzan a crecer sin control. Existen dos tipos principales de cáncer de útero: el cáncer de endometrio, que comienza en el revestimiento del útero (endometrio) y representa aproximadamente el 95 % de todos los casos, y el sarcoma uterino, que se desarrolla en el tejido muscular (miometrio) y es una forma menos frecuente de cáncer de útero (58).

Los cánceres que comienzan en las células del revestimiento del útero (endometrio) se denominan cánceres de endometrio. Existen dos tipos principales: cánceres tipo 1 (relacionados con un exceso de estrógeno) y cánceres tipo 2 (no relacionados con el estrógeno) (59).

Signos y síntomas del cáncer de útero: el sangrado vaginal inusual es el síntoma más común del cáncer de útero, en particular cualquier sangrado después de la menopausia. Otros síntomas comunes pueden incluir períodos más abundantes de lo habitual o un cambio en sus períodos, sangrado vaginal entre períodos y períodos que continúan sin interrupción. una secreción acuosa, que puede tener un olor desagradable, pérdida de peso inexplicable, dificultad para orinar o un cambio en el hábito intestinal y dolor abdominal (60).

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de cáncer de útero incluyen ser posmenopáusica o haber alcanzado la menopausia (después de los 55 años), un revestimiento de pared engrosado (hiperplasia endometrial), nunca tener hijos, inicio temprano de la menstruación (antes de los 12 años), tener presión arterial alta o diabetes, tener sobrepeso u obesidad, antecedentes familiares de cáncer de ovario, útero o intestino.

CAPÍTULO 4

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

4.1. El recién nacido características y clasificación

El período neonatal, que abarca desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, es una etapa crítica en la que el recién nacido se adapta a la vida extrauterina. Sus características incluyen aspectos físicos, fisiológicos y conductuales que reflejan el proceso de transición desde la vida intrauterina.

4.1.1 Características físicas

Peso al nacer:

- Peso adecuado para la edad gestacional (PEG): Entre 2.5 kg y 4 kg.
- Bajo peso al nacer (BPN): Inferior a 2.5 kg.
- Macrosomía: Peso superior a 4 kg.

Longitud corporal: SUBTÍTULO

- Promedio entre 45 y 55 cm, dependiendo de factores como la genética y la edad gestacional.

Cabeza y fontanelas:

- **Fontanela anterior:** Forma romboidal, cierre entre los 12-18 meses.
- **Fontanela posterior:** Forma triangular, cierre alrededor de los 2-3 meses.

Sistema tegumentario:

- **Vérnix caseoso:** Sustancia blanquecina con propiedades antimicrobianas.
- **Lanugo:** Presente especialmente en prematuros.
- Eritema tóxico neonatal: Lesiones benignas comunes en las primeras 48 horas.

Respiración y frecuencia cardíaca:

- Frecuencia respiratoria: 30-60 respiraciones por minuto.

- Frecuencia cardíaca: 120-160 latidos por minuto.

Reflejos primitivos

- **Reflejo de Moro:** Respuesta a estímulos repentinos.
- **Reflejo de succión:** Fundamental para la alimentación.
- **Reflejo de prensión:** Contracción de la mano o pie al contacto táctil (61).

4.1.2 Clasificación del recién nacido

Por edad gestacional:

- **Recién nacido a término:** Nacido entre las 37 y 42 semanas de gestación.
- **Pretérmino (Prematuro):** Nacido antes de las 37 semanas.
- **Prematuro extremo:** Antes de las 28 semanas.
- **Muy prematuro:** Entre 28 y 32 semanas.
- **Moderadamente prematuro:** Entre 32 y 36 semanas.
- **Postérmino:** Más allá de las 42 semanas de gestación (62).

Por peso al nacer:

- Bajo peso al nacer (BPN): <2.5 kg.
- Peso muy bajo al nacer (PMBN): <1.5 kg.
- Peso extremadamente bajo al nacer (PEBN): <1 kg.
- Macrosomía: >4 kg, asociada a complicaciones como hipoglucemia neonatal (63).

Por condición clínica:

- **Recién nacido sano:** Sin alteraciones significativas.
- **Recién nacido en riesgo:** Presencia de factores de riesgo como ictericia, infección congénita o asfixia perinatal.
- **Recién nacido crítico:** Necesidad de soporte avanzado, como ventilación mecánica o intervención quirúrgica urgente (64).

4.2. Cuidados inmediatos y mediatos al neonato

Los cuidados neonatales inmediatos, que se implementan durante los primeros minutos de vida, tienen como objetivo fundamental garantizar la adaptación del recién nacido al ambiente extrauterino. Esto incluye la apertura y mantenimiento adecuado de la vía aérea, con la aspiración suave de secreciones en caso necesario para asegurar la respiración. En caso de que la respiración esté comprometida, se procede a la reanimación neonatal conforme a los protocolos establecidos por la American Heart Association (AHA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (65). Un aspecto esencial de la atención inicial es la termorregulación, ya que los neonatos son particularmente vulnerables a la pérdida de calor. Se seca al neonato inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida térmica por evaporación, y se fomenta el contacto piel con piel (CPC) con la madre, lo que no solo ayuda a estabilizar la temperatura, sino también a fortalecer el vínculo afectivo y a regular los signos vitales del bebé. Además, se emplean mantas y gorros térmicos para conservar el calor corporal. El pinzamiento del cordón umbilical, realizado de manera ideal entre 1 y 3 minutos postparto, contribuye al incremento de los niveles de hemoglobina y hierro en el neonato, lo que favorece su salud a corto y largo plazo (66).

El puntaje de Apgar se evalúa a los 1 y 5 minutos de vida para determinar la necesidad de intervenciones adicionales, y se administra profilaxis ocular mediante ungüentos antibióticos (como la eritromicina o tetraciclina) para prevenir conjuntivitis neonatal, una infección ocular bacteriana que puede tener consecuencias graves. Asimismo, se administra vitamina K por vía intramuscular para prevenir la enfermedad hemorrágica neonatal, una condición potencialmente letal que puede causar hemorragias internas (66).

Los cuidados mediatos, que se brindan durante las horas y días posteriores al nacimiento, incluyen el monitoreo continuo de los signos vitales, como la frecuencia cardíaca, respiratoria y la temperatura corporal, con el fin de identificar cualquier anomalía de manera temprana. Se

promueve la lactancia materna exclusiva, idealmente iniciándose en la primera hora de vida, verificando que la succión y deglución del neonato sean eficaces, lo cual es fundamental para su nutrición y desarrollo. Además, se administran las vacunas recomendadas, como la vacuna contra la hepatitis B y la BCG, conforme a las directrices nacionales e internacionales para la prevención de enfermedades infecciosas graves (66).

Es vital la realización de diversos tamizajes neonatales, como el tamizaje metabólico, que permite la detección temprana de enfermedades congénitas como la fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito, entre otras. Asimismo, se lleva a cabo un tamiz auditivo para la detección precoz de hipoacusia y, en algunos casos, un tamiz cardiológico para identificar posibles malformaciones estructurales del corazón. El cuidado adecuado del cordón umbilical, manteniéndolo limpio y seco, es esencial para prevenir infecciones. A los padres se les educa sobre cómo manejar el cordón hasta su caída natural, que suele ocurrir entre el séptimo y el décimo día de vida (66).

Durante este período, también se observan posibles signos de alarma como ictericia neonatal, fiebre, letargo o irritabilidad, los cuales requieren intervención médica inmediata. Además, el seguimiento del crecimiento y desarrollo del neonato mediante evaluaciones periódicas permite la identificación temprana de posibles complicaciones, como retrasos en el desarrollo, infecciones o trastornos metabólicos (66).

Estos cuidados son cruciales para reducir la mortalidad neonatal y mejorar la calidad de vida de los recién nacidos a largo plazo. La implementación de prácticas como el contacto piel con piel, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y la promoción de la lactancia materna han demostrado tener efectos beneficiosos en la salud neonatal, favoreciendo la estabilidad física y emocional del bebé. Además, la atención integral basada en el enfoque preventivo a través de tamizajes y vacunaciones contribuye

significativamente a la detección precoz de afecciones tratables y a la prevención de enfermedades graves, garantizando un inicio de vida saludable para el recién nacido. Investigaciones recientes y recomendaciones de organizaciones internacionales refuerzan la importancia de estas prácticas para una atención neonatal óptima (66).

4.2.1. Procedimientos básicos en neonatología

Examen físico, medidas antropométricas, control de signos vitales y control neurológico.

Los procedimientos básicos en neonatología son fundamentales para asegurar la salud y el desarrollo adecuado del recién nacido, y deben realizarse de manera sistemática. El examen físico es el primer paso en la evaluación clínica del neonato, el cual debe ser minucioso y completo, abarcando diversos aspectos como la inspección de la piel, cabeza, ojos, oídos, boca, cuello, tórax, abdomen, genitales, extremidades y sistema neurológico. Es esencial identificar cualquier malformación congénita, anomalías del desarrollo o signos de infecciones (67).

En particular, la evaluación neurológica incluye la observación de reflejos primitivos (como el reflejo de Moro, succión, prensión), tono muscular y respuesta a estímulos visuales y auditivos, los cuales reflejan la integridad del sistema nervioso central (SNC). Un tono muscular alterado, ya sea hipotonía o hipertonía, puede ser indicativo de disfunción neurológica. El control de las medidas antropométricas permite evaluar el crecimiento del neonato. Las mediciones clave incluyen el peso corporal, la longitud y el perímetro cefálico. Estos parámetros ayudan a determinar el estado nutricional, el desarrollo físico y el crecimiento del cerebro, lo que es esencial para la prevención de malformaciones o patologías metabólicas (67).

El peso es una medida crítica para la evaluación del estado nutricional y el riesgo de hipoglucemia, mientras que la longitud y el perímetro cefálico ofrecen información sobre el desarrollo físico y la posible presencia de

anomalías neurológicas. Además, el control de signos vitales es un pilar en la atención neonatal, ya que la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial son indicadores primarios del estado hemodinámico y respiratorio del recién nacido.

La frecuencia cardíaca debe ser monitorizada para detectar arritmias o bradicardia, mientras que la frecuencia respiratoria es crucial para identificar cualquier dificultad respiratoria, como la insuficiencia respiratoria o síndrome de dificultad respiratoria neonatal (67).

La temperatura corporal se vigila para prevenir la hipotermia o hipertermia, condiciones que pueden comprometer la estabilidad del neonato, y la presión arterial, aunque no siempre se mide rutinariamente, es esencial en situaciones clínicas inestables para evaluar el volumen intravascular y la perfusión tisular. La evaluación neurológica sigue siendo uno de los aspectos más críticos de la valoración inicial, ya que los reflejos primitivos, como el reflejo de succión, prensión, moro, y otros, son esenciales para determinar la madurez neurológica (67).

La respuesta a estímulos, ya sean visuales, táctiles o auditivos, también proporciona información sobre la integridad del sistema sensorial y motriz. Además, el monitoreo del tono muscular es indispensable, ya que alteraciones en el tono pueden ser indicativas de trastornos neurológicos, como la parálisis cerebral o las neuropatías. A través de estos procedimientos básicos, se pueden detectar de manera temprana posibles patologías o complicaciones que requieran intervención inmediata para mejorar el pronóstico de salud del neonato (67).

4.2.2. Reanimación Cardiopulmonar

La reanimación neonatal es un procedimiento esencial en el cuidado perinatal, diseñado para brindar soporte vital inmediato a los recién nacidos que enfrentan dificultades para adaptarse a la vida extrauterina. Aunque la mayoría de los neonatos realizan esta transición sin complicaciones, una

proporción significativa puede requerir intervenciones rápidas y efectivas para garantizar la adecuada oxigenación y perfusión. La relevancia de este proceso radica en su impacto directo sobre la morbilidad y mortalidad neonatal, constituyendo un pilar fundamental en los esfuerzos globales para mejorar la salud materno-infantil.

La atención a un neonato en estado crítico durante el momento del nacimiento involucra una preparación integral que incluye la identificación de factores de riesgo, el uso de equipos especializados y la capacitación del personal sanitario. Este tema abarca no solo los aspectos técnicos de la reanimación, sino también la importancia de la anticipación y la coordinación en los equipos de trabajo, elementos clave para responder eficazmente a situaciones que pueden determinar la vida o las secuelas a largo plazo en los recién nacidos.

En el año 2023 en Ecuador, se registraron 5,8 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, de acuerdo a la Subsecretaria De Vigilancia, Prevención Y Control De La Salud Dirección Nacional De Vigilancia Epidemiológica (8), el mayor porcentaje de defunciones se desarrollan de forma precoz con el 71,8% es decir dentro de los 7 primeros días de vida, la muerte neonatal tardía representa el 28,1% que corresponden a los decesos dentro de los 8 días hasta los 28 días de vida, cabe destacar que de acuerdo a este mismo boletín se indica que el 94,6% de las defunciones se han desarrollado dentro del área de neonatología.

Para disminuir la mortalidad neonatal es fundamental crear estrategias para prevenir la principal causa que pone en riesgo la vida del recién nacido, la asfixia. Durante el periodo perinatal es primordial garantizar el bienestar fetal. La asfixia representa una de las principales causas de muerte en el periodo neonatal, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que más de un millón de recién nacidos sobreviven a la asfixia, mismos que

presentan secuelas como: parálisis cerebral infantil, problemas de aprendizaje y problemas del desarrollo físico y mental.

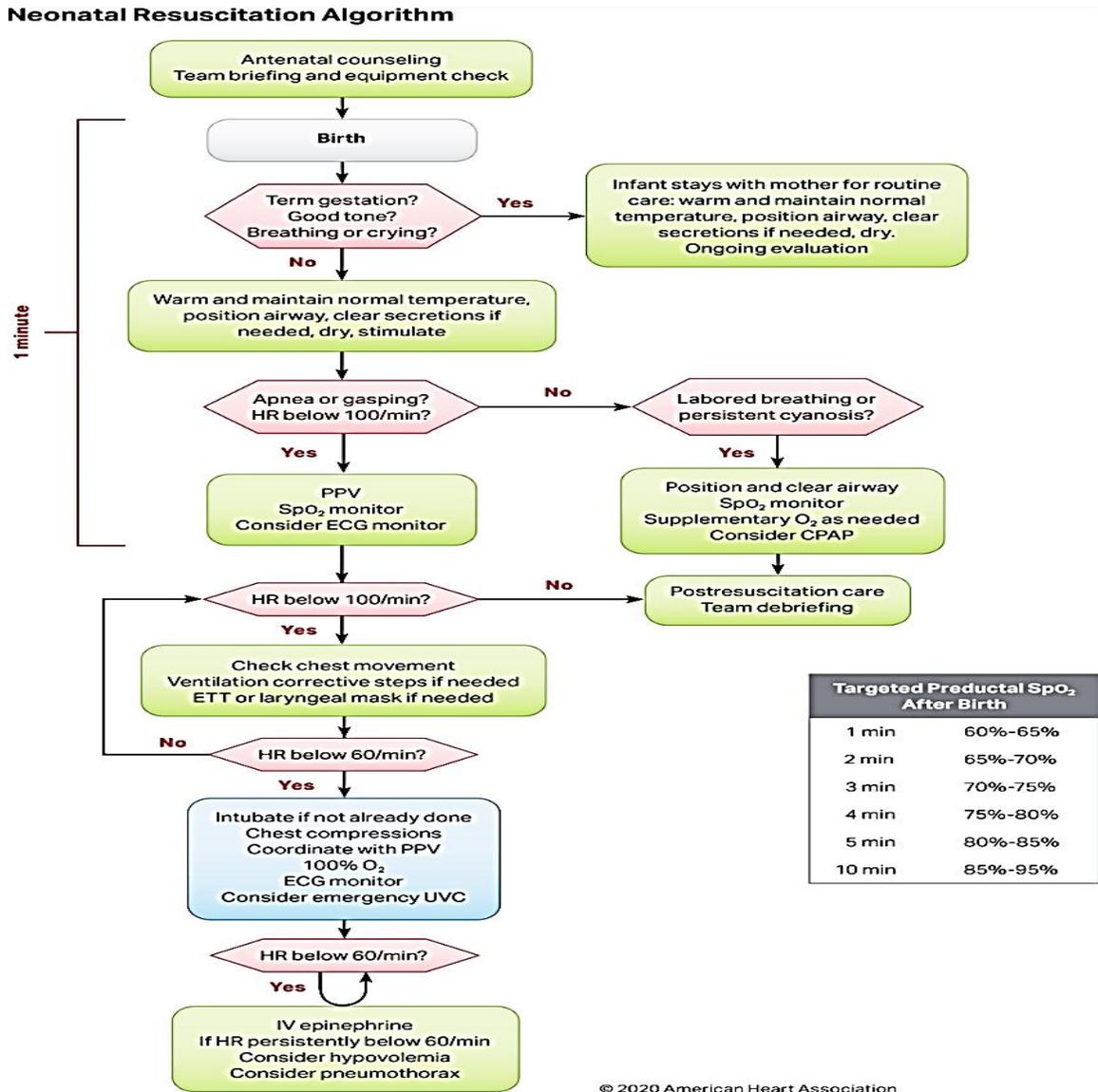
La hipoxia ocurre con mayor frecuencia en la etapa fetal. Alrededor del 5% de los casos sucede antes de iniciar el trabajo de parto, el 85% durante este proceso, y el 10% restante en el periodo neonatal. Se estima que aproximadamente el 10% de los recién nacidos necesitan algún tipo de intervención para iniciar la respiración al nacer, y dentro de este grupo, un 1% requiere maniobras avanzadas de reanimación (68).

El principal objetivo de la reanimación neonatal, no solo es evitar la muerte, sino también prevenir las secuelas neurológicas que derivan del cese de flujo de oxígeno al cerebro.

El éxito de los esfuerzos de reanimación neonatal depende de acciones críticas que deben ocurrir en rápida sucesión para maximizar las posibilidades de supervivencia. La Fórmula para la Supervivencia del Comité de Enlace Internacional sobre Reanimación (ILCOR) enfatiza tres componentes esenciales para obtener buenos resultados de reanimación: pautas basadas en una ciencia sólida de la reanimación, educación eficaz de los proveedores de reanimación e implementación de una reanimación efectiva y oportuna (69).

Las pautas neonatales de 2020 contienen recomendaciones, basadas en la mejor ciencia de reanimación disponible, sobre los pasos más impactantes que se deben realizar en la sala de partos y en el periodo neonatal. Además, se brindan recomendaciones específicas sobre la capacitación de los proveedores de reanimación y los sistemas de atención (69).

Figura 22. Algoritmo de resucitación neonatal



Fuente: Tomado de Ministerio de Salud Pública (MSP) (69).

Cuidados de enfermería en la reanimación cardíaca neonatal

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en todas las etapas de la reanimación cardíaca neonatal: antes, durante y después de la intervención. La atención integral ofrecida por el personal de enfermería no solo contribuye a la efectividad de las maniobras de reanimación, sino que

también asegura el bienestar del neonato y facilita la continuidad de los cuidados post reanimación.

Cuidados previos a la reanimación

Antes de iniciar cualquier maniobra de reanimación, el equipo de enfermería debe garantizar una preparación adecuada. Esto incluye la verificación del equipamiento necesario, como la funcionalidad del sistema de aspiración, oxigenoterapia y dispositivos de ventilación. Además, es crucial identificar a los neonatos en riesgo mediante la revisión de los antecedentes maternos y obstétricos, como embarazos complicados, parto prematuro o infecciones maternas (70). El personal también debe coordinarse con el equipo interdisciplinario, estableciendo roles y asegurando la disponibilidad de recursos críticos (71).

Cuidados durante la reanimación

Durante la reanimación, el personal de enfermería se enfoca en la correcta aplicación de las maniobras según las recomendaciones internacionales, como las guías de reanimación neonatal de la American Heart Association (AHA) (72). Las acciones incluyen la evaluación rápida del estado del neonato, la apertura y el mantenimiento de la vía aérea, y la administración de ventilación efectiva. La monitorización continua de la frecuencia cardiaca y la oxigenación se realiza mediante el uso de un oxímetro de pulso y electrocardiografía, ajustando las intervenciones conforme a la respuesta del recién nacido (73).

Cuidados posteriores a la reanimación

Finalizada la reanimación, el enfoque se traslada a la estabilización y al seguimiento estrecho del neonato. Esto implica asegurar la normotermia mediante el uso de mantas térmicas y dispositivos de calentamiento (74). También se debe monitorizar el estado hemodinámico y metabólico del recién nacido, prestando especial atención a los niveles de glucosa, la

oxigenación y los parámetros de gases arteriales (75). En algunos casos, es necesario transferir al recién nacido a una unidad de cuidados intensivos neonatales para un manejo especializado, donde la continuidad en la documentación y comunicación del estado clínico es esencial para optimizar los resultados a largo plazo (76).

4.2.3. Procedimientos básicos en neonatología, profilaxis oftálmica, control antihemorrágico, control de glucosa, control de hematocrito y bilirrubinas, fototerapia.

Profilaxis oftálmica

Es recomendable administrar un ungüento oftálmico con antibiótico (eritromicina al 0,5% o tetraciclina al 1%) preferiblemente en las primeras cuatro horas posteriores al nacimiento preferiblemente después de que se haya establecido la lactancia materna para mantener el contacto visual entre la madre y el bebé. Esta profilaxis ocular es un método seguro, fácil de administrar y económico para prevenir la oftalmitis gonocócica (77).

Control antihemorrágico

Para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, se debe administrar una dosis única de 1 mg de vitamina K1 intramuscular en el muslo derecho (cara antero-externa, en el tercio medio). En recién nacidos a término con peso mayor a 1500 gramos, se administra la dosis estándar. Para aquellos con peso inferior a 1500 gramos, la dosis recomendada es de 0,5 mg. (77).

La administración debe realizarse dentro de las primeras 6 horas después del nacimiento, evitando interrumpir el contacto piel a piel con la madre durante la primera hora de vida. La vía intramuscular de administración es más eficaz que la vía oral para prevenir tanto la enfermedad hemorrágica temprana (que ocurre en la primera semana de vida) como la tardía (después de las dos semanas) (77).

Control de la glucosa

La hipoglucemia neonatal es un problema clínico relevante y aún objeto de debate en cuanto a su definición, impacto y manejo óptimo. Esta condición ocurre cuando falla la adaptación metabólica postnatal, ya que el recién nacido deja de recibir glucosa constante a través de la placenta al cortarse el cordón umbilical y debe adaptarse al aporte de leche materna, alternando con períodos de ayuno (78).

Durante las primeras horas de vida, es normal una caída transitoria de la glucosa en neonatos a término, acompañada de un aumento en glucagón y catecolaminas, que movilizan reservas de glucógeno y activan la lipólisis para estabilizar los niveles de glucosa. Por ello, es crucial identificar y monitorear a los neonatos en riesgo, incluso a aquellos asintomáticos, para prevenir complicaciones (78).

El mantenimiento de la normoglucemia en el período neonatal depende de reservas adecuadas de glucógeno y grasa, así como de una eficiente glucogenólisis y gluconeogénesis. El cerebro inmaduro del recién nacido consume entre el 60 y 80 % de la glucosa total, lo que hace esencial garantizar un aporte adecuado frente a la elevada demanda metabólica cerebral (78).

El desequilibrio entre la producción y el consumo de glucosa, ya sea por insuficiente aporte o por consumo exagerado, puede llevar a hipoglucemia. Identificar y tratar la condición de forma temprana es esencial para prevenir complicaciones en el desarrollo del recién nacido. (78).

Control de hematocrito y bilirrubinas

Las hemorragias pueden presentarse antes, durante o después del parto. Entre los factores de riesgo se encuentran el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa y anomalías del cordón umbilical. La hemólisis, común en incompatibilidades ABO o factor Rh, es otra causa frecuente de

anemia, junto con trastornos congénitos o adquiridos de la hemostasia, que pueden generar hemorragias posparto (79).

En anemias que surgen después del primer día sin signos de hemólisis ni ictericia, puede haber hemorragias internas. Los neonatos con anemia pueden mostrar succión débil, rechazo al alimento, inquietud, problemas para ganar peso y secreciones con sangre (79).

La pérdida aguda de sangre puede provocar shock con cianosis, mientras que la pérdida crónica suele causar palidez y síntomas leves de dificultad respiratoria o irritabilidad. El diagnóstico se confirma con biometría hemática, evidenciando niveles bajos de hemoglobina y hematocrito, además de variaciones en el recuento de reticulocitos según la causa (79).

Por otro lado, la hiperbilirrubinemia neonatal es una afección frecuente que afecta a recién nacidos en todo el mundo. Cada año, se registran aproximadamente 481,000 casos de ictericia neonatal, de los cuales unos 63,000 niños sobreviven con discapacidades graves (80).

Los factores de riesgo incluyen prematuridad, Alimentación exclusivamente con leche materna, sexo masculino, gestación con menos de 37 semanas de edad, y presencia de sangre fuera de los vasos sanguíneos (como cefalohematomas), policitemia, infecciones intrauterinas (especialmente del grupo TORCH), incompatibilidades ABO o Rh, infecciones urinarias maternas no tratadas y sepsis neonatal. La identificación y evaluación de estos riesgos es esencial para prevenir complicaciones graves (80).

La ictericia neonatal se clasifica en fisiológica y patológica. La fisiológica ocurre por inmadurez en la conjugación de la bilirrubina y otros factores comunes en recién nacidos. La patológica, en cambio, se presenta en las primeras horas de nacido o persiste más allá de los 7 días y puede deberse a hemólisis, infecciones, obstrucción biliar o trastornos hepáticos (80).

El diagnóstico se basa en la observación de la coloración amarillenta de la piel, confirmada por medición de bilirrubina en suero. En casos específicos, se realizan pruebas adicionales para descartar infecciones u otras patologías. El tratamiento depende del nivel de riesgo, con la fototerapia como primera opción y, en casos graves, exanguinotransfusión (80).

Fototerapia

Es una intervención terapéutica que emplea luz ultravioleta (UV), disponible en distintas gamas como luz blanca, azul o verde, para tratar a recién nacidos con hiperbilirrubinemia. La luz azul, con una potencia máxima entre 425-475 nm, es la más efectiva debido a su alta penetración en la piel y su máxima absorción por la bilirrubina. La efectividad del tratamiento depende de factores como el tipo de luz empleada y su intensidad o irradiación (81).

La fototerapia es el tratamiento indicado principalmente para la ictericia neonatal, una condición frecuente en recién nacidos. Adicionalmente, se utiliza en otras patologías como enfermedades dermatológicas, inflamatorias y neoplásicas, incluyendo micosis fungoide, aunque estas indicaciones son menos comunes (81).

Figura 23. Fototerapia



Fuente: Tomado de Villareal y Vélez (91).

Entre las complicaciones más frecuentes asociadas a la fototerapia se encuentran las deposiciones acuosas, la deshidratación y la aparición de erupciones cutáneas. Estas condiciones requieren una monitorización cuidadosa para minimizar riesgos y garantizar la seguridad del tratamiento (81).

Material

El equipo necesario para la fototerapia incluye (81):

1. Incubadora: Permite exponer la mayor superficie de piel del recién nacido a la luz UV mientras se controla la temperatura.
2. Pañal pequeño: Debe proteger completamente la zona genital sin cubrir áreas innecesarias de piel.
3. Lámparas de fototerapia: Proveen la irradiación necesaria para el tratamiento.
4. Cobertor: Se utiliza para limitar la dispersión de la luz, dejando abiertas las ranuras de ventilación.

Cuidados y recomendaciones

Para garantizar un tratamiento seguro y efectivo, el personal sanitario debe seguir pautas específicas. Antes de iniciar la fototerapia, es crucial realizar un aseo completo del recién nacido para eliminar posibles restos de cremas o sustancias que puedan aumentar el riesgo de quemaduras. Se debe colocar protección ocular adecuada, como gafas diseñadas según la edad gestacional, peso y perímetro cefálico, asegurándose de que están bien ajustadas para evitar lesiones oculares (81).

Adicionalmente, se utiliza un marcador (como una pegatina en forma de osito) en el centro del pecho para realizar controles periódicos con dispositivos como el BiliCheck, que miden los niveles de bilirrubina de manera no invasiva. Es importante proteger la zona genital del neonato mientras se asegura que la mayor superficie posible de piel esté expuesta a la luz para maximizar la eficacia del tratamiento (81).

El personal sanitario debe asegurarse de que la protección ocular esté correctamente colocada durante todo el tratamiento, retirándola cada tres horas durante la alimentación para permitir el parpadeo, valorar signos de conjuntivitis y reducir la privación sensorial (81).

Es esencial monitorizar la temperatura corporal del recién nacido y garantizar una ingesta adecuada de líquidos para prevenir la deshidratación. También se deben realizar análisis clínicos programados, apagando la luz de fototerapia durante la toma de muestras para evitar alteraciones en los resultados (81).

4.2.4. Tamizaje Metabólico Neonatal

El Tamizaje Metabólico Neonatal en Ecuador es una iniciativa del Ministerio de Salud Pública que comenzó en diciembre de 2011. Su propósito es prevenir la discapacidad intelectual y la muerte temprana en recién nacidos mediante la detección precoz de enfermedades metabólicas silenciosas, difíciles de diagnosticar clínicamente. Inicialmente, el programa se enfocó en cuatro patologías: hiperplasia suprarrenal congénita, hipotiroidismo congénito, galactosemia y fenilcetonuria. Actualmente, el programa abarca 1.885 unidades de salud, tanto públicas como privadas, con una predominancia del sector público (82).

La toma de muestra para el tamizaje se realiza generalmente a partir del día cuatro de nacido. Se obtiene una muestra de sangre capilar mediante una punción en el talón, impregnando una gota de sangre en papel filtro estandarizado, conocido como “cartilla de Guthrie”. Este procedimiento es esencial para detectar de manera temprana enfermedades metabólicas que, sin intervención oportuna, pueden conducir a complicaciones graves (82).

A continuación, se detallan las cuatro enfermedades detectadas por el programa:

- **Hipotiroidismo Congénito:** Se caracteriza por una producción insuficiente de hormonas tiroideas, esenciales para el desarrollo cerebral y físico del niño. Sin tratamiento temprano, puede provocar

retraso mental irreversible. Los recién nacidos con resultados positivos deben ser evaluados de inmediato para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento correspondiente (82).

- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** Es un trastorno hereditario autosómico recesivo que afecta la producción de cortisol y, en algunos casos, de aldosterona. La forma más común es la deficiencia de la enzima 21-hidroxilasa. Sin tratamiento adecuado, puede conducir a desequilibrios electrolíticos y problemas de desarrollo (82).
- **Galactosemia:** Es un error innato del metabolismo de la galactosa, donde existe una deficiencia en la enzima responsable de convertir la galactosa en glucosa. La acumulación de galactosa puede ser tóxica, afectando múltiples órganos y sistemas. Los síntomas aparecen en las primeras horas de nacido e incluyen ictericia, vómitos y rechazo a la alimentación. El tratamiento consiste en una dieta estricta libre de galactosa y lactosa (82).
- **Fenilcetonuria:** Es un trastorno genético que impide el metabolismo adecuado de la fenilalanina. La acumulación de fenilalanina en el organismo puede causar daño cerebral y retraso en el desarrollo psicomotor. El diagnóstico temprano y una dieta baja en fenilalanina pueden prevenir las complicaciones asociadas (82).

Figura 24. Técnica de Blumenfeld para la muestra de TAMEN



Fuente: Tomado del manual de técnicas y procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología (81).

4.2.5. Inmunización en el Neonato

Dentro del esquema de vacunación del recién nacido se encuentra la vacuna a bacilo Calmette-Guerin (BCG) y la vacuna de la hepatitis B.

BCG

La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Para prevenirla, los científicos franceses Albert Calmette y Camille Guerin crearon la vacuna BCG durante los años 70 del siglo XX. Es fundamental que todos los niños máximos hasta los 11 meses, 29 días, reciban una única dosis de esta vacuna, por vía intradérmica con dosis de 0,01ml preferiblemente dentro de las primeras 24 horas de vida (83).

Hepatitis B

La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) representa un desafío de salud pública global, especialmente en los países en desarrollo. Se recomienda que todos los recién nacidos reciban una dosis inicial (Hep B 0), idealmente en las primeras 12 horas de vida o, como máximo, dentro de las

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

primeras 24 horas, con dosis de 0,5ml por vía intramuscular en la cara lateral del vasto externo derecho o izquierdo (83).

Los estudios han demostrado que la inmunogenicidad y la efectividad protectora de esta dosis son mayores cuando se administra temprano, aunque sigue siendo eficaz si se aplica hasta los siete días posteriores al nacimiento. Para completar el esquema de vacunación contra la hepatitis B, se utiliza posteriormente la vacuna pentavalente en tres dosis, particularmente en captación temprana en niños menores de un año (83).

Figura 25. Esquema Nacional de vacunación

GRUPOS PROGRAMÁTICOS	TIPOS DE VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS* RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN					
					NÚMERO DE DOSIS			REFUERZOS		
					1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	4TA DOSIS (1 REFUERZO)	5TA DOSIS (2 REFUERZO)	6TA DOSIS (3 REFUERZO)
Menores de un año	BCG*	1	0,05 ml - 0,1 ml	I.D.	Dosis única R.N dentro de las primeras 24 horas de nacidos					
	HB	1	0,5 ml	I.M.	R.N dentro de las primeras 24 horas de nacido					
	ROTAVIRUS	2	1,5 ml	V.O.	2 m	4 m				
	fipV	2	0,1 ml	I.D.	2 m	4 m				
	bOPV	1	2 gotas	V.O.			6 m			
	Pentavalente (DPT + HB + Hib)*	3	0,5 ml	I.M.	2 m	4 m	6 m			
	Neumococo conjugada	3	0,5 ml	I.M.	2 m	4 m	6 m			
	Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica (desde los 6 a 12 meses)	2	0,25 ml	I.M.	1 er. contacto	al mes de la primera dosis				
12 a 23 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	0,5 ml	I.M.				1 año después de la 3ra. dosis de Pentavalente (primer refuerzo DPT)		
	Vacuna bivalente oral contra la Polio (bOPV)	1	2 gotas	V.O.				1 año después de la 3ra. dosis de antipolio (primer refuerzo OPV)		
	Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SRP)	2	0,5 ml	S.C.	12 meses	18 meses				
	Ebola Amarillo (EA)	1	0,5 ml	S.C.	12 meses					

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública (MSP) (83).

4.3. AIEPI Neonatal

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia promovida por la OMS y UNICEF desde 1996, con el objetivo principal de mejorar la salud infantil, especialmente en niños menores de cinco años. Este enfoque integral no solo aborda el tratamiento de enfermedades, sino también la promoción del bienestar general, incorporando medidas preventivas que favorecen el crecimiento y desarrollo saludable desde el hogar. Basado en prácticas clave como el desarrollo físico y mental, la prevención de enfermedades, el cuidado en el hogar y la búsqueda de atención médica inmediata, el AIEPI busca capacitar tanto a

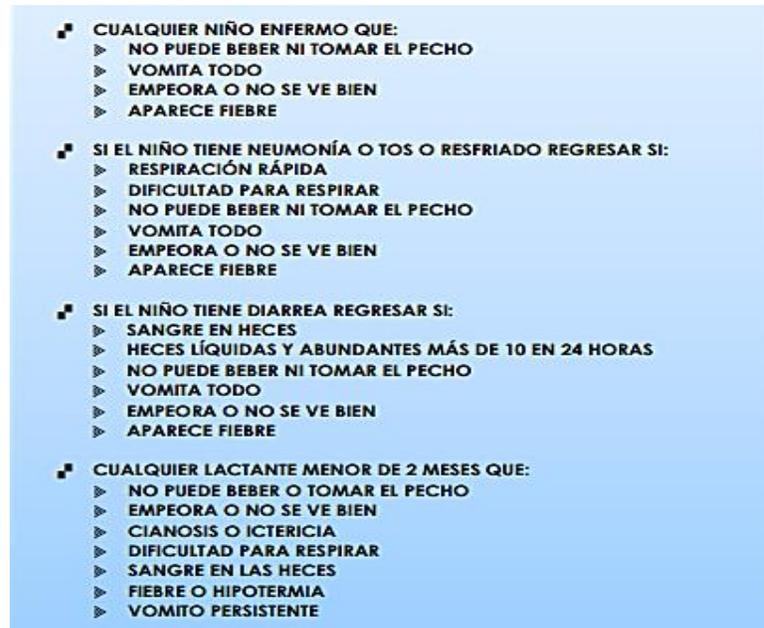
profesionales de la salud como a las familias en el manejo adecuado de las necesidades infantiles (84).

A pesar de los avances en la implementación del AIEPI, los indicadores de salud infantil en América Latina aún muestran desafíos significativos. Según datos de la OMS, en 2019 murieron más de 4 millones de niños menores de cinco años, siendo las principales causas de muerte complicaciones relacionadas con el parto prematuro, neumonía, diarrea y desnutrición, muchas de las cuales podrían prevenirse con medidas simples y accesibles. Estas cifras evidencian la necesidad de fortalecer acciones como la vacunación, una nutrición adecuada, el acceso a agua potable y alimentos seguros, así como garantizar atención médica oportuna y de calidad para reducir estas estadísticas (84).

La implementación del AIEPI en América Latina ha estado alineada con objetivos globales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que buscan reducir la mortalidad infantil y mejorar el bienestar general de las comunidades. Este enfoque también fomenta la participación comunitaria, trabajando con líderes y organizaciones locales para implementar proyectos productivos y de saneamiento, además de establecer redes de apoyo para emergencias médicas. Estas acciones han permitido avanzar en la reducción de desigualdades y en la mejora de la cobertura sanitaria en la región, contribuyendo al cumplimiento de metas internacionales para el 2030 (84).

4.3.1. Signos de peligro en general

Figura 26. Signos de alarma para volver de inmediato al servicio de salud



Fuente: Tomado del archivo de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) (85).

4.3.2. Enfermedad muy grave o infección local

En los niños menores de dos meses, las infecciones representan una prioridad crítica debido a su alta morbilidad si no se detectan y tratan de manera oportuna. Los signos clínicos pueden ser sutiles, como un mal estado general o la negativa a alimentarse, pero también pueden incluir manifestaciones más graves, como convulsiones o dificultad respiratoria severa (85).

De acuerdo con lo anterior, las enfermedades graves en > 2 meses son:

- **Sepsis**

Es una infección sistémica grave que, si no se trata a tiempo, puede causar meningitis o muerte en pocas horas. Puede presentarse como sepsis temprana, en las primeras 72 horas de vida, o tardía, afectando el periodo neonatal restante. La

sepsis nosocomial está vinculada a microorganismos hospitalarios, lo que resalta la importancia de la higiene en el cuidado médico (85).

▪ **Meningitis**

Es una infección severa del encéfalo y las meninges que suele presentarse en el primer mes de vida, con alta mortalidad y riesgo significativo de secuelas neurológicas (85).

▪ **Insuficiencia respiratoria**

Compromete la vida y la función neurológica, manifestándose con signos como taquipnea, esfuerzo respiratorio débil, apnea o cianosis. Las causas incluyen asfixia perinatal, infecciones y complicaciones respiratorias comunes en los neonatos (85).

Existen tres posibles clasificaciones:

Figura 27. Signos de enfermedad muy grave

<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none">● Se mueve solo al estímulo, letárgico, "se ve mal" o "luce mal" o está irritable.● No puede tomar el pecho.● Vomita todo lo que ingiere.● Convulsiones.● Palidez, cianosis central, ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas.● FR ≥ 60 o < 30 por min.● FC > 180 o < 100 por min.● Llenado capilar mayor a 2 segundos.● Temperatura axilar $< 35,5$ o > 38 OC.● Fontanela abombada.● Apneas.● Aleteo nasal.● Quejido, estridor o sibilancia.● Tiraje subcostal grave.● Secreción purulenta conjuntival más edema palpebral.● Supuración de oído.● Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas).● Eritema periumbilical.● Equimosis, petequias o hemorragias.● Distensión abdominal.● VIH positivo(materna o neonatal).● Menos de 4 diuresis en 24 horas.	<p>ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>	<p>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA".</p> <ul style="list-style-type: none">● Administrar la primera dosis de los antibióticos recomendados.● Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje, quejido o apnea.● Prevenir la hipoglicemia.● Administrar acetaminofén para la fiebre.● Administrar vitamina K si hay evidencia de sangrado.● Evitar la hipotermia, mantener abrigado.● Recomendar a la madre que siga dándole lactancia, si es posible durante el traslado.● Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal (serología: VIH, sífilis y TSH), si no los tiene, solicítelos. Si es positivo, refiéralo.
---	------------------------------------	--

Fuente: Tomado del archivo de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) (85).

Figura 28. Signos de infección local y no tiene enfermedad grave o infección local

<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Secreción purulenta con eritema conjuntival. ● Ombligo con secreción purulenta sin eritema que se extiende a la piel. ● Pústulas en la piel, pocas y localizadas. ● Placas blanquecinas en la boca. 	<p>INFECCIÓN LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Administrar un antibiótico recomendado o nistatina, según corresponda. ● Continuar lactancia materna exclusiva. ● Enseñar a la madre a tratar las infecciones locales. ● Enseñar a la madre las medidas preventivas. ● Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato. ● Incluir en el programa de crecimiento y desarrollo. ● Hacer el seguimiento 2 días después. ● Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal.
<ul style="list-style-type: none"> ● Ningún signo para clasificarse como ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN LOCAL. 	<p>NO TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva. ● Enseñar los signos de alarma para regresar de inmediato. ● Enseñar a la madre medidas preventivas. ● Verificar inmunizaciones. ● Incluir en programa de crecimiento y desarrollo. ● Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal.

Fuente: Tomado del archivo de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) (85).

4.3.3. Diarrea

La diarrea aguda en niños menores de cinco años sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la tercera causa de muerte en niños de 1 a 59 meses de edad, con una estimación de 443 832 muertes anuales en este grupo etario. Los agentes etiológicos más comunes incluyen virus, como el rotavirus, y bacterias como *Escherichia coli* y *Salmonella spp* (86).

La transmisión suele estar asociada a condiciones de saneamiento deficientes y al consumo de agua o alimentos contaminados. La prevención y el tratamiento oportuno, incluyendo la terapia de rehidratación oral y la vacunación contra el rotavirus, son fundamentales para reducir la incidencia y la gravedad de estos episodios diarreicos en la población infantil (86).

Tratamiento en casa de la diarrea

Regla 1: Proporcionar más líquido de lo habitual realizando las siguientes pautas (87):

- Es fundamental que los líquidos utilizados sean seguros, de fácil preparación y efectivos.
- Suero de Rehidratación Oral (SRO): Se debe suministrar tras cada episodio de vómito o deposición. Dar con más frecuencia el seno.

Preparaciones caseras:

- Líquido de papa: Hervir dos papas medianas en un litro de agua con media cucharadita de sal, licuar, enfriar y dar al niño.
- Líquido de plátano: Cocinar medio plátano verde picado en un litro de agua con media cucharadita de sal, licuar, enfriar y administrar.
- Líquido de arroz tostado: Para preparar una solución casera, tueste ocho cucharadas de arroz, tritúrelas y cocínelas en un litro de agua con media cucharadita de sal durante 15 minutos. Deje enfriar y administre al niño.

Regla 2: Continuar alimentando al niño para evitar la desnutrición

Es crucial mantener la alimentación del niño y aumentarla al final del episodio (87):

- Lactancia materna: Continuar amamantando con la frecuencia habitual.
- Fórmulas lácteas: No modificar ni suspender, ya que las alteraciones en la absorción de lactosa suelen ser leves.
- Alimentos sólidos: Ofrecer en pequeñas cantidades con mayor frecuencia. Los alimentos deben estar cocidos, triturados y enriquecidos con una cucharadita de aceite vegetal. Evitar dietas astringentes. Después de un cuadro de diarrea, añada una comida

extra a la dieta del niño durante al menos dos semanas o hasta que recupere el peso perdido.

Regla 3: Dar zinc diariamente durante 14 días. El zinc ayuda a reducir la duración y gravedad de la diarrea, recupera las pérdidas de este mineral y disminuye el riesgo de episodios futuros (87).

Regla 4: Reconocer los signos de alarma para consultar de inmediato. Buscar atención médica si el niño presenta (87):

- Más de 5 deposiciones líquidas en 24 horas.
- Vómitos frecuentes.
- Sed intensa.
- Rechazo a alimentos o líquidos.
- Fiebre.
- Presencia de sangre en las heces.
- No poder beber el seno.

Regla 5: Educar sobre prevención (87):

- Leche materna exclusiva para menores de 6 meses.
- Prácticas de alimentación seguras, utilizar alimentos nutritivos y prepararlos con higiene.
- Abastecimiento de agua limpia
- Recoger el agua de fuentes seguras y almacenarla en recipientes limpios.
- Hervir el agua (al menos un hervor).
- Lavado de manos, después del contacto con heces, cambiar pañales, manipular alimentos, antes de comer o cuando estén sucias. Usar agua y jabón.
- Inocuidad alimentaria
- Consumir alimentos cocidos y calientes o bien recalentados.
- Lavar frutas y verduras; pelarlas antes de consumirlas.

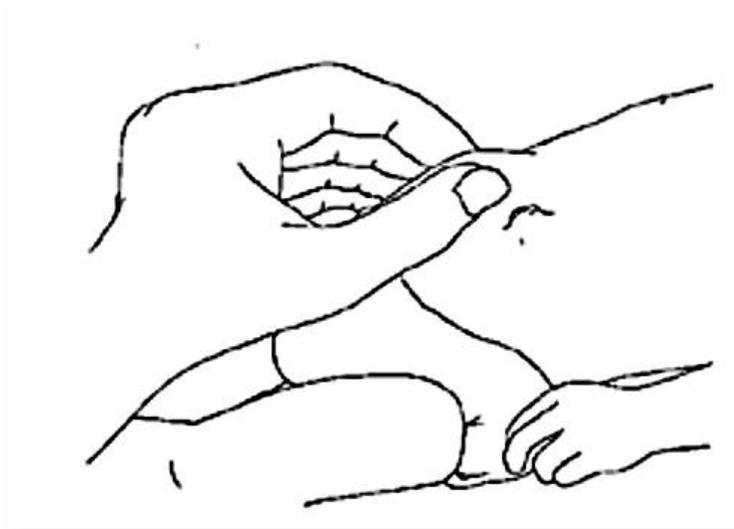
- Mantener utensilios de cocina limpios y separados de los que se usan para alimentos crudos.
- Proteger los alimentos de animales.
- Eliminar correctamente las heces (letrinas).
- Vacunación contra rotavirus.

4.3.4. Deshidratación

La deshidratación en niños es una afección clínica caracterizada por una pérdida excesiva de agua y electrolitos, que puede comprometer rápidamente su estado de salud debido a su mayor susceptibilidad en comparación con los adultos.

Las causas más comunes incluyen la diarrea y los vómitos intensos, que pueden llevar a una disminución significativa del volumen intravascular y afectar múltiples sistemas orgánicos. Entre los signos y síntomas que se encuentran: el niño se muestra letárgico o inconsciente, intranquilo o irritable, ojos hundidos, signo de pliegue cutáneo (La piel vuelve lentamente al estado anterior).

Figura 29. Signo del pliegue cutáneo



Fuente: Tomado del archivo de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) (85).

Es fundamental una evaluación clínica cuidadosa para determinar el grado de deshidratación y seleccionar la terapia adecuada, considerando factores como la edad del niño, la etiología subyacente y la presencia de comorbilidades.

Como tratamiento se utiliza la solución de rehidratación oral (SRO) de baja osmolaridad, conocida como SRO-75, es la fórmula recomendada por la OMS y UNICEF para tratar la deshidratación causada por diarrea. Esta solución contiene 75 mmol/L de sodio y una osmolaridad total de 245 mOsm/L, lo que la hace más efectiva y segura en comparación con la fórmula anterior de SRO-90, que tenía una osmolaridad de 311 mOsm/L (87).

El uso de la SRO-75 ha demostrado beneficios significativos en el tratamiento de la deshidratación. Estudios indican que reduce en un 33% la necesidad de administrar líquidos por vía intravenosa en comparación con la SRO-90. Además, disminuye la incidencia de vómitos en un 30% y el volumen de las heces en un 20%, mejorando así la comodidad y recuperación del paciente (87).

Para tratar la deshidratación moderada en niños, la cantidad de SRO debe multiplicarse el peso del niño en kilogramos por 75, obteniendo así el volumen en mililitros que debe administrarse durante un período de cuatro horas. Es fundamental ofrecer la solución en pequeñas cantidades, ya sea con cucharaditas cada uno o dos minutos, o en sorbos si el niño es mayor, para asegurar una adecuada absorción y minimizar el riesgo de vómitos (87).

Durante la rehidratación por vía oral, es esencial evaluar al niño cada hora para monitorear su progreso. Si se observan signos de deshidratación grave, se debe cambiar a terapia intravenosa de líquidos. Después de cuatro horas, valorará y determinará si es necesario continuar con la misma terapia o pasar al plan de mantenimiento, o iniciar terapia en caso de deshidratación grave (87).

En la deshidratación grave se requiere la administración inmediata de líquidos intravenosos. Se recomienda administrar 100 ml/kg de lactato de Ringer, distribuidos en fases según la edad del paciente. Valorar cada 30 minutos; si la hidratación es fallida, se debe aumentar el ritmo de administración de la solución. Si no se dispone de lactato de Ringer, puede utilizarse solución salina normal como alternativa (87).

En situaciones donde no es posible el tratamiento intravenoso y el paciente puede beber, se puede administrar SRO oral a una dosis de 20 ml/kg/hora en seis horas. Si el niño presenta vómitos, se debe reducir la velocidad de administración para mejorar la tolerancia. En casos donde el paciente no puede beber y no se dispone de acceso intravenoso, se puede considerar la administración de SRO a través de una sonda nasogástrica con dosis de 20ml/kg de peso por hora durante 6 horas, siempre bajo supervisión médica (87).

En niños que presentan distensión abdominal, cambios en el estado de conciencia, vómitos persistentes, diarrea abundante o rechazo a la ingesta oral, pero sin deshidratación grave, se puede evaluar la opción de una hidratación intravenosa rápida. Existen varios protocolos, como la infusión de lactato de Ringer a 75 ml/kg en un periodo de tres horas. Cuando el niño empiece a tolerar la vía oral, se debe comenzar con la administración de SRO para continuar el proceso de rehidratación (87).

El objetivo principal en el tratamiento de la diarrea persistente es mejorar el estado nutricional y restablecer la función intestinal normal. Esto incluye proporcionar líquidos suficientes para prevenir o tratar la deshidratación, ofrecer una dieta adecuada que no agrave la diarrea y administrar suplementos vitamínicos y minerales, como zinc, durante 14 días. Además, se deben emplear antimicrobianos para tratar cualquier infección diagnosticada que esté contribuyendo al cuadro clínico (87).

La alimentación de los pacientes ambulatorios con diarrea debe adaptarse a su edad y necesidades nutricionales. Es recomendable continuar con la lactancia materna y considerar el uso de yogur casero, que contiene menos lactosa y es mejor tolerado. Si se utiliza leche de vaca, se debe limitar su consumo a 50 ml/kg al día para evitar el agravamiento de la diarrea. Además, se deben ofrecer otros alimentos adecuados para la edad del niño en cantidades suficientes para asegurar la aportación energética adecuada, distribuyendo las comidas en al menos seis ingestas ligeras al día (87).

Es fundamental educar a los cuidadores sobre los signos alarmantes que indican la necesidad de buscar atención médica inmediata, como aumento de la sed, fiebre alta, heces con sangre o empeoramiento del estado de salud del niño. Además, se deben proporcionar instrucciones claras sobre cómo preparar y administrar la SRO, la importancia de mantener una buena higiene y las medidas preventivas para evitar futuras infecciones, como la higiene de manos y el saneamiento de los alimentos y el agua (87).

4.4. Cuidados de enfermería al recién nacido con problemas respiratorios: asfixia inicial, taquipnea transitoria del recién nacido y enfermedad de la membrana Hialina.

4.4.1 Asfixia inicial

- Recibir al bebé y colocarlo bajo una fuente de calor para evitar la pérdida de temperatura (88).
- Observar el color del líquido amniótico para detectar posibles complicaciones como la aspiración de meconio (88).
- Colocar al bebé en posición boca arriba para facilitar la respiración (88).
- Valorar la condición del recién nacido utilizando el test de Apgar, el cual evalúa varios parámetros vitales (88).
- Si es necesario, iniciar inmediatamente las maniobras de reanimación neonatal (88).

- Realizar un análisis de sangre para confirmar o descartar la presencia de asfixia (88).
- Observar al bebé en busca de signos de daño cerebral causado por falta de oxígeno (88).
- Evaluar el funcionamiento de otros órganos como los pulmones, riñones y sistema digestivo (88).
- Monitorear al bebé para detectar cualquier complicación relacionada con la falta de oxígeno (88).
- La evolución del bebé dependerá de la gravedad de la situación y de la rapidez y calidad de la atención recibida (88).
- Si el bebé se estabiliza, trasladarlo a una unidad de críticos neonatales para una observación más detallada (88).

4.4.2 Taquipnea transitoria del recién nacido

- Colocar al recién nacido en posición decúbito supino con cuello ligeramente extendido para facilitar la apertura de la vía aérea superior (88).
- Mantener al bebé en una fuente de calor para prevenir la hipotermia, ya que esta puede empeorar la difícil respiración (88).
- Administrar oxigenoterapia con humedad y temperatura tibia para evitar la resequedad de las mucosas y la hipotermia (88).
- Proporcionar oxígeno suplementario en incubadora o campana, según sea necesario, para mantener una adecuada saturación de oxígeno (88).
- Realizar una monitorización constante de las constantes vitales (88).
- Utilizar oximetría de pulso para evaluar la saturación de oxígeno y detectar a tiempo cualquier deterioro (88).
- Se debe interrumpir la vía oral si la frecuencia respiratoria del paciente supera los 80 por minuto. Si está entre 60 y 80 por minuto, se debe administrar el alimento mediante la técnica de gavage, y si

es inferior a 60 por minuto, se puede administrar por succión lenta. (88).

- Evaluar la necesidad de ventilación mecánica según los parámetros clínicos y los resultados de la gasometría (88).
- Realizar una evaluación exhaustiva y continua del estado clínico del recién nacido, prestando especial atención a los signos de dificultad respiratoria (88).

4.4.3 Enfermedad de la membrana Hialina

- Mantener limpia la vía aérea aspirando secreciones con frecuencia (88).
- Monitorear constantemente signos vitales (88).
- Estar alerta a posibles complicaciones como (88):
 - Desequilibrios electrolíticos (hipoglucemia, hipocalcemia).
 - Problemas hepáticos (hiperbilirrubinemia).
 - Hemorragias.
 - Problemas gastrointestinales (íleo paralítico).
 - Problemas cardíacos (conducto arterioso permeable).
 - Problemas respiratorios (bloqueo aéreo, displasia broncopulmonar).
 - Acidosis.
- Realizar cuidados específicos para pacientes conectados a un ventilador (88).
- Administrar el surfactante según la prescripción médica (88).
- Monitorear estrechamente al paciente durante y después de la administración (88).
- Interpretar los resultados de laboratorio para evaluar la eficacia del tratamiento (88).
- Valorar la necesidad de una segunda dosis (88).
- Administrar antibióticos y otros medicamentos según la indicación médica (88).

- Controlar la dosis de indometacina para prevenir complicaciones (88).
- Mantener al paciente a una temperatura adecuada para evitar la hipotermia (88).
- Asegurar una adecuada oxigenación para evitar la hipoxemia (88).
- Evaluar continuamente la evolución clínica del paciente (88).
- Realizar la administración del surfactante siguiendo la técnica correcta (88).

4.5. Cuidados de enfermería del recién nacido con cardiopatías: cianótica y acianóticas.

4.5.1 Cianóticas

- Proveer un ambiente térmico apropiado según la edad y el peso, y realizar un monitoreo completo de los signos vitales (88).
- Estabilización inicial mediante ventilación y acceso a los vasos sanguíneos (88).
- Valorar niveles de glucosa y calcio (88).
- Valorar valores de hemoglobina y hematocrito (88).
- Se debe mantener una FiO₂ por debajo del 40%, asegurando saturaciones entre el 80% y el 85%, y evitar el uso de oxígeno suplementario antes de la cirugía debido al riesgo de cierre del conducto. Sin embargo, puede ser necesario aumentar la FiO₂ al 100% para reducir la resistencia vascular pulmonar y aumentar el flujo sanguíneo pulmonar total, o si hay una patología pulmonar asociada (88).
- Control y balance hidroelectrolítico (88).

4.5.2 Acianóticas

- SVT auscultar área precordial para detectar soplo (89).
- Vigilar datos de dificultad respiratoria (89).
- Vigilar datos de insuficiencia cardíaca (89).

- Vena permeable para medicamentos y líquidos (89).
- Control de peso y estatura (89).

4.6. Procedimientos Básicos en la Unidad de Neonatología.

4.6.1 Control térmico del recién nacido

La termorregulación es un aspecto fundamental para garantizar la supervivencia y estabilidad del recién nacido. Los profesionales de la salud deben comprender a fondo los mecanismos de control de temperatura en neonatos para mantenerla dentro de los rangos considerados normales, entre 36.5 y 37.5°C para temperatura axilar y rectal, mientras que la temperatura de piel abdominal debe mantenerse entre 36 y 36.5°C (81).

Los factores de riesgo identificados precozmente permiten implementar intervenciones preventivas oportunas contra la hipotermia. Los recién nacidos son particularmente vulnerables al estrés térmico debido a múltiples factores fisiológicos. Entre estos se encuentra su limitada capacidad para producir calor, debido a sus escasas reservas de sustratos metabólicos y su dependencia principalmente del metabolismo de la grasa parda, proceso que incrementa significativamente el consumo de oxígeno (81).

Además, presentan un aislamiento térmico deficiente debido a las delgadas capas de grasa subcutánea y parda, junto con un desarrollo muscular insuficiente. Su capacidad de respuesta vasomotora y de sudoración también es limitada, especialmente en prematuros nacidos antes de las 29 semanas de gestación (81).

Para abordar estas vulnerabilidades, las unidades neonatales utilizan principalmente dos tipos de dispositivos: las incubadoras y las cunas radiantes. Las incubadoras representan una intervención médica crucial, ya que proporcionan tanto temperatura como humedad relativa controlada, generando un ambiente térmico adecuado mediante convección (81).

Es importante destacar que la simple colocación del neonato en la incubadora no garantiza automáticamente un ambiente térmico neutro, y los bebés con bajo peso o en estado crítico pueden requerir temperaturas más elevadas para mantener los rangos deseados (81).

El manejo de la humedad en las incubadoras se ajusta según la edad gestacional del recién nacido, siendo necesaria una humedad del 100% para bebés entre 26-28 semanas, que va disminuyendo gradualmente hasta un 30% para neonatos a término (81).

Las cunas radiantes, por su parte, aunque no proporcionan humedad relativa, ofrecen mayor accesibilidad para procedimientos médicos como intubación, colocación de catéteres y cirugías. Por este motivo, su uso se reserva principalmente para la reanimación y procedimientos quirúrgicos específicos, donde el acceso al paciente es prioritario sobre el control de la humedad ambiental (81).

4.6.2 Sonda oro/nasogástrica

En las Unidades de Neonatología, el uso de sondas enterales constituye una práctica frecuente y fundamental para el manejo de pacientes que presentan dificultades en la alimentación oral. Esta intervención se hace especialmente necesaria en recién nacidos prematuros que exhiben una succión deficiente, ausencia de reflejo o intolerancia a la alimentación con tetina (81).

La elección entre la colocación orogástrica o nasogástrica se determina según las necesidades específicas del neonato, considerando factores como la asistencia respiratoria no invasiva, el tamaño de las fosas nasales y la necesidad de reducir la resistencia en la vía aérea superior. El manejo adecuado de las sondas enterales requiere una serie de precauciones y cuidados específicos para garantizar la seguridad del paciente (81).

Entre las consideraciones más relevantes destaca el uso exclusivo de lubricantes hidrosolubles, evitando la vaselina por sus riesgos potenciales

en caso de contacto pulmonar accidental. La fijación del dispositivo debe equilibrar firmeza y delicadeza, adaptándose al tipo de inserción, ya sea nasogástrica u orogástrica, y se recomienda su cambio cada 48-72 horas, junto con la movilización diaria para prevenir lesiones por presión (81).

Las sondas disponibles varían entre las de silicona, recomendadas para prematuros menores de 1.500 gramos con un tiempo máximo de permanencia de 30 días, y las de PUR, indicadas para neonatos de mayor peso con cambios más frecuentes. En cuanto a la administración de la alimentación y el mantenimiento de la sonda, la evidencia científica actual ha modificado algunas prácticas tradicionales (81).

Lavar la sonda tras la administración de medicamentos, preferentemente con leche en lugar de agua destilada para evitar desequilibrios osmóticos. La alimentación puede realizarse mediante caída libre, permitiendo que la gravedad determine el flujo, o mediante bombas de infusión que controlan el débito de forma continua o discontinua según la prescripción médica. En cualquier caso, es fundamental verificar tanto la correcta posición de la sonda como la tolerancia del paciente antes de iniciar cada alimentación (81).

4.6.3 Sondaje vesical

El cateterismo vesical representa una intervención frecuente en la práctica clínica neonatal, que implica la inserción de un catéter a través del conducto uretral hasta alcanzar la vejiga con el propósito de facilitar el drenaje urinario. En el contexto del desarrollo neonatal normal, es importante señalar que aproximadamente un 7% de los recién nacidos pueden experimentar un retraso en su primera micción, extendiéndose más allá de las primeras 24 horas de vida (81).

Esta situación, aunque requiere vigilancia, no constituye necesariamente un motivo de alarma inmediata, siempre que no se detecten anomalías físicas como masas abdominales o signos de patología renal. Sin embargo,

es fundamental considerar si el parto fue estresante, ya que esto podría dar como resultado una elevación de los niveles hormonales que afecten la diuresis. La evaluación de la función urinaria en neonatos requiere una atención meticulosa a diversos parámetros clínicos (81).

Durante los primeros quince días de vida, se espera observar aproximadamente diez micciones diarias, pudiendo alcanzar hasta veinte en algunos casos, con un volumen aproximado de 4-6 ml/kg por micción, independientemente de la edad gestacional. Las características físicas de la orina también proporcionan información valiosa: la turbidez podría indicar una infección o presencia de cristales, mientras que una coloración amarillo-marrón a verde-oliva podría sugerir un aumento de bilirrubina conjugada, distinguible de la hematuria por la formación de espuma amarillenta al agitarse (81).

El procedimiento de cateterismo vesical está indicado en diversas situaciones clínicas, incluyendo la necesidad de obtener muestras para cultivo cuando otras técnicas no son viables, la monitorización precisa de la diuresis en pacientes críticos, la medición de la presión intraabdominal, la administración de medios de contraste para estudios diagnósticos, y el manejo de la retención urinaria en pacientes con alteraciones neurológicas o bajo efectos medicamentosos que afecten la dinámica vesical (81).

Sin embargo, existen contraindicaciones específicas que deben considerarse, como la presencia de lesiones uretrales, sospecha de perforación uretral o vesical, y casos de reflujo vesicoureteral. La técnica de cateterismo requiere consideraciones especiales según el género y el peso del paciente, con diferentes longitudes de inserción y calibres de sonda recomendados (81).

4.6.4 Canalización periférica en neonatos

Constituye un método mínimamente invasivo que proporciona acceso directo al sistema circulatorio del recién nacido. Esta intervención,

ejecutada por un equipo de dos profesionales y precedida por una clara comunicación con los padres, facilita la administración de diversos tratamientos como medicamentos, nutrientes, productos sanguíneos y fluidos, siendo especialmente útil para terapias de corto plazo (88).

4.6.5 Exanguinotransfusión

La exanguinotransfusión es una intervención terapéutica que implica el reemplazo controlado de la sangre del recién nacido bajo condiciones estrictamente estériles, principalmente utilizada para tratar ictericia severa, infecciones y toxicidad. Durante el procedimiento, que dura aproximadamente dos horas, se requiere un equipamiento específico y una monitorización exhaustiva, ajustando el volumen de intercambio según el peso del paciente (81).

Debido a sus potenciales complicaciones, como desequilibrios electrolíticos, alteraciones térmicas y riesgo de enterocolitis necrotizante, está contraindicada en pacientes inestables y requiere especial precaución en prematuros, siendo fundamental el seguimiento posterior por el frecuente rebote de bilirrubina (81).

4.6.6 Administración de surfactante pulmonar

En el cuidado de enfermería durante la administración de surfactante pulmonar, es fundamental que el personal esté altamente capacitado en reanimación y estabilización neonatal, debido a los rápidos efectos que este medicamento tiene sobre la oxigenación y distensibilidad pulmonar (81).

La monitorización constante es crucial, incluyendo el control de gases arteriales, FiO₂ y presiones ventilatorias, para prevenir complicaciones como hiperoxia e hipocapnia. Durante el procedimiento, la enfermera debe mantener al neonato en posición supina horizontal, con la cabeza en posición neutral, vigilando atentamente signos de alarma como reflujo de surfactante por el tubo endotraqueal, caída de saturación sanguínea, agitación, cianosis o bradicardia (81).

En caso de presentarse estas complicaciones, se debe enlentecer o interrumpir la administración y aumentar la asistencia ventilatoria y FiO₂. Adicionalmente, es esencial mantener una técnica estéril durante la preparación y administración del medicamento, asegurándose de que la suspensión se encuentre a temperatura ambiente y presente un aspecto uniforme de color blanco cremoso. La vigilancia post administración debe incluir la observación de signos de infección, estando preparados para iniciar terapia antibiótica si fuera necesario (81).

4.6.7 Ventilación mecánica invasiva

Los cuidados de enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva requieren una atención integral y meticulosa que se desarrolla en tres fases fundamentales. En la fase previa, el personal de enfermería debe realizar una adecuada higiene de manos, preparar el material necesario para la intubación, garantizar una monitorización correcta de signos vitales y asegurar un acceso venoso permeable, además de preparar la medicación necesaria para la secuencia de intubación (81).

Durante la ventilación mecánica, es crucial mantener una monitorización horaria de constantes vitales y parámetros ventilatorios, mantener al paciente en posición semifowler de 30 a 45 grados, realizar una valoración pupilar frecuente, y mantener una estricta higiene oral y aspiración de secreciones según necesidad, prestando especial atención a la técnica aséptica y los tiempos de aspiración que no deben exceder los 10 segundos (81).

Adicionalmente, el personal de enfermería debe estar capacitado para interpretar las alarmas del respirador, identificar complicaciones como presiones altas o bajas en la vía aérea, y realizar los ajustes necesarios en el sistema de humidificación, siendo fundamental documentar todos los cuidados realizados y mantener una comunicación efectiva con el equipo médico sobre cualquier cambio en la condición del paciente (81).

4.6.7 Ventilación mecánica no invasiva

Los cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva neonatal requieren una atención meticulosa y especializada para garantizar su efectividad y la seguridad del recién nacido. El personal de enfermería debe comenzar seleccionando cuidadosamente el tamaño adecuado, asegurando una oclusión aproximada del 50% de las narinas, y preparar la piel del neonato mediante la aplicación preventiva de apósitos hidrocoloides en las zonas de mayor presión (81).

Es fundamental mantener una vigilancia constante de la permeabilidad de la vía aérea y realizar evaluaciones frecuentes de las zonas de fricción y presión causadas por el arnés o mascarilla durante cada turno, ajustando la presión para prevenir fugas y mantener la integridad cutánea (81).

Como parte integral del cuidado, se debe colocar una sonda orogástrica abierta para prevenir la distensión abdominal, monitorizar y responder rápidamente a las alarmas del respirador (especialmente las de baja presión por fuga), y considerar el uso del chupete para aumentar la efectividad del tratamiento (81).

4.6.8 Nutrición parenteral

La administración de nutrición parenteral neonatal requiere un riguroso protocolo de cuidados de enfermería que enfatiza la técnica aséptica y la seguridad. El personal de enfermería debe iniciar el procedimiento con una meticulosa higiene de manos y la preparación de un campo estéril completo, utilizando equipo de protección personal que incluye gorro, mascarilla, bata y guantes estériles (81).

Es fundamental la verificación de la prescripción médica, fecha de caducidad y vía de administración antes de iniciar el procedimiento, así como la correcta programación de la bomba de infusión. Durante la administración, se debe mantener especial atención en la desinfección del

bioconector durante 15 segundos, el lavado de la vía con solución salina, y la protección de las conexiones con gasas impregnadas en antiséptico (81).

La vigilancia continua incluye el monitoreo de posibles complicaciones tanto a corto como a largo plazo, como problemas técnicos relacionados con el catéter, infecciones, alteraciones metabólicas y trombosis. Es esencial realizar el cambio del sistema de infusión cada 24 horas coincidiendo con el cambio de la bolsa de nutrición parenteral, mantener la solución refrigerada entre 2-8°C y protegida de la luz hasta su administración, y documentar todos los cuidados realizados (81).

4.6.9 Reanimación pulmonar

En la reanimación neonatal, el rol de enfermería es fundamental y requiere una preparación continua y actualizada para garantizar una atención óptima al bebé. El personal debe estar capacitado para anticipar y preparar todo el equipo necesario antes de cada nacimiento, siendo esencial que al menos un profesional esté exclusivamente dedicado al cuidado del recién nacido durante el parto (90).

Los cuidados inmediatos incluyen la evaluación y mantenimiento de la temperatura corporal a través del contacto piel con piel en recién nacidos sanos, la monitorización continua de la frecuencia cardíaca mediante pulsioximetría para guiar la terapia con oxígeno, y la observación de signos de dificultad respiratoria. En casos que requieran intervención, el personal debe estar preparado para realizar ventilación con presión positiva, compresiones torácicas si es necesario, y facilitar el acceso vascular, preferentemente a través de la vía umbilical (90).

Es crucial que el equipo de enfermería mantenga un entrenamiento frecuente, idealmente en intervalos menores a dos años, para mantener actualizadas sus habilidades y conocimientos, ya que se ha demostrado que estas competencias pueden disminuir significativamente entre los 3 y 12 meses posteriores a la capacitación (90).

CONCLUSIONES GENERALES

La intervención de enfermería para mujeres y recién nacidos es una piedra angular fundamental en el establecimiento de sistemas de salud equitativos, eficaces y centrados en la persona. Al explorar los temas examinados en este tomo, se hace evidente cómo el conocimiento especializado y la praxis profesional basada en la evidencia pueden transformar positivamente la experiencia de la maternidad y los resultados de salud materna y neonatal.

Un examen exhaustivo de los determinantes sociales, los derechos sexuales y reproductivos y las metodologías para reducir la mortalidad materna y neonatal permite comprender las complejidades del entorno sanitario en el que se desarrolla la intervención de enfermería. Esta perspectiva subraya la importancia de fomentar la equidad y respetar la diversidad cultural y étnica, reconociendo que las intervenciones deben adaptarse a las necesidades únicas de cada mujer y su familia.

La intervención de enfermería durante la gestación, el parto, el puerperio y la atención neonatal, explicada en los distintos capítulos de este manuscrito, acentúa la importancia de una atención integral que aborde no solo las dimensiones físicas sino también las facetas psicológicas, sociales y culturales de las personas atendidas. La enfermería, como disciplina, posee el privilegio y la obligación de servir de conducto entre la perspicacia científica y la práctica humanizada del cuidado.

La integración de instrumentos como la administración de la tarjeta materna, el formulario perinatal y los protocolos de intervención de emergencia obstétrica y neonatal ejemplifica el compromiso con la calidad y la seguridad de la atención. Además, el énfasis en la educación continua y la implementación de metodologías basadas en la evidencia garantizan que los profesionales de enfermería estén equipados para enfrentar los desafíos de un entorno de atención médica en constante evolución.

Reforzar el papel de la enfermería en la mejora de la salud, la prevención de enfermedades y la educación de las familias es un elemento omnipresente que impregna cada capítulo de este manuscrito. Al empoderar a las mujeres y sus familias con información y apoyo, se fomenta una atención más autónoma, colaborativa y respetuosa.

En conclusión, este manuscrito no solo representa una contribución académica sustancial, sino que también sirve como una herramienta pragmática para la práctica profesional. Su enfoque integral y humanista refuerza la necesidad de una enfermería comprometida con la excelencia, la equidad y el respeto por la dignidad de cada individuo. El futuro de la atención neonatal y femenina depende de la capacidad de los profesionales de la salud para innovar, adaptarse y actuar con compasión, y este libro proporciona la base necesaria para avanzar en esa dirección.

REFERENCIAS

1. Censos INdEy. Las estadísticas en el Ecuador tienen rostro de mujer. [Online]; 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/las-estadisticas-en-el-ecuador-tienen-rostro-de-mujer/?utm_source=chatgpt.com
2. Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología. Indicadores de educación superior, ciencia, tecnología e innovación. Plan de Creación de Oportunidades. Primera ed. Quito: Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología; 2021-2025.
3. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Primera ed. Sevilla BSyF, editor. Ecuador; 2008.
4. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva Pública VdGdlS, editor. Quito, Ecuador; Marzo, 2017.
5. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres: 2019-2025. Primera ed. Secretaría de derechos humanos , editor. Quito; 202.
6. Santos do Vale H, Rodríguez da Rocha M, Nunes da Conceição H. Atención de enfermería a mujeres en situación de violencia en Atención Primaria de Salud. Scielo. 2022; 38(1).
7. Bastidas F, Figueroa F, Texier M, Ariza J, Algañaraz , Caño. Más allá de la dolencia física: el cuidado de víctimas de violencia de género. Scielo. 2021; 29(4).

8. Carrillo P, García A, Soto M, Rodríguez G, Pérez J, Martínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Scielo. 2021; 64(1).
9. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashes J, Hoffman B, Cassey B, et al. Williams Obstetricia. En Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al., editores. Williams Obstetricia. Ciudad de México : McGraw-Hill; 2023. p. 55.
10. Guirado L, López E, Murillo C, Baños N, Santos S, Gómez D, et al. Protocolo: Bienestar Fetal Anteparto. BCNATAL. 2022;(1).
11. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera ed. Dirección Nacional de Normatización , editor. Quito; 2014.
12. Rodríguez E, Bertona C, Kojdamanian V, Tedesco F, Maris S, Gómez C. Maduración pulmonar fetal en diabetes mellitus pregestacional y complicaciones crónicas. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. 2022; 56(2).
13. Ministerio de Salud Pública. Nueva libreta integral de salud para el seguimiento y control prenatal y del niño sano. [Online]; 2023. Acceso 11 de Diciembre de 2024. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/nueva-libreta-integral-de-salud-para-el-seguimiento-y-control-prenatal-y-del-nino-sano/?utm_source=chatgpt.com.
14. ACCESS. Historia Clínica Materna Perinatal - Formulario 051. [Online]; 2022. Acceso 25 de Diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.acess.gob.ec>.

15. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica para el control prenatal. MSP. 2021;(1).
16. Ministerio de Salud Pública. Score Mamá, Claves y D. E. R obstétricos Materna GIdIdDM, editor. Quito, Ecuador; 2016.
17. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Segunda ed. Dirección Nacional de Normatización , editor. Quito; 2016.
18. Godoy P, Acuña C, Caicedo P, Pabón D, Paba S. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2022; 60(1).
19. Gómez C, Anda L. Muerte fetal por negligencia médica. Scielo. 2020; 63(1).
20. Furtado S, Marín B, Escalada P. Propuesta de plan de cuidados de enfermería para mujeres que sufren pérdidas perinatales, según la teoría de Watson. Elsevier. 2024; 34(5).
21. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. Primera ed. Quito : Dirección Nacional de Normatización ; 2014.
22. Paul CM, Alma GF, María SL, Gonzalo RV, Johendi PV, Daniela MT. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Scielo. 2021; 64(1): p. 1-6.
23. Miguel RC. Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención. En Cosp R. Fármacos y embarazo.: Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2023. p. 590-1616.
24. Cielos J, Colman D, Oviedo S, Cordone A. Características clínicas de la depresión neonatal en un hospital de tercer nivel

- del Paraguay: un estudio retrospectivo del 2021 y 2022. 2023; 7(1).
25. OPS. Salud, Organización Panamericana de Salud. [Online]; 2024. Acceso 15 de Enero de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido?utm_source=chatgpt.com.
26. C L. Cuidados del RN saludable. Scielo. 2014; 35(6).
27. Mera Macías. Enfermería en neonatología. Primera ed. Ecuador Pd, editor. Ecuador: Mawil; 2021.
28. Villacrés L. Gaceta Epidemiológica De Muerte Neonatal Se 1 A Se 52. Subsecretaria De Vigilancia, Prevención Y Control De La Salud Dirección Nacional De Vigilancia Epidemiológica. Gaceta epidemiológica. 2024; 1(1).
29. Martínez A, Karchmer S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Act. Médic Grupo Áneles. 2021; 19(3). 361-367. (<https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v19n3/1870-7203-amga-19-03-361.pdf>).
30. Ortiz V, Itusaca N, Ulloa L, Vela J, J. D. Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. Rev. Obstet Ginecol Venez. 84(2): 155-167. 2024; (https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322024000200155).
31. Pardo N, Erreis E, Vera S, Realpe J. Abordaje de la enfermería en la educación prenatal para primerizas. Rev. Ciencia Latina. 8(4). 3452-3471. 2024; (https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12583).

32. Borges L, Sánchez R, Peñalver A. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 46(3). 1-20. 2020;<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2020/cog203i.pdf>).
33. Suarez Y. Eficacia de la psicoprofilaxis obstétrica en los niveles de estrés en las gestantes del centro de salud tipo a Flor de Bastión 3, Guayaquil. Tesis de Maestría. Universidad Cesar Vallejo. 1-101. ;https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/107816/Suarez_PSY-SD.pdf?sequence=1).
34. Colmenares J, Ramírez B. Volvamos al parto humanizado. Rev Obstet Ginecol Venez. 84 (3): 316-328. 2024;<https://ve.scielo.org/pdf/og/v84n3/0048-7732-og-84-03-316.pdf>).
35. Paiva M, Idaline M, Pereira G, Castro J. Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. Rev. Enferm. glob. 21(66): 356-397. 2022;https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000200356).
36. Merino W, Herrero S, Sandoval J, Alvestegui A. Medición del dolor durante el trabajo de parto: evaluación de la usabilidad de un nuevo dispositivo. Rev. chil. obstet. ginecol. 88(6): 345-350.. 2023;https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000600345).
37. Vázquez J, Gómez J, Fernández F, Briebe P. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. Rev. Esp. Salud Pública.

- 92(4). 1-12..
2020;[\(https://www.scielo.org/article/resp/2018.v92/e201809063/es/\)](https://www.scielo.org/article/resp/2018.v92/e201809063/es/).
38. Palma M. Parto humanizado. Acta Médica Costarricense. 62(2): 52-53.
2020;https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052).
39. Maiellano B, Hernández P. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. Rev. Journal of Negative and No Positive Results, 5(4), 428-435..
2020;https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000400005).
40. Bravo M. Alumbramiento patológico por presencia de T de cobre en membranas ovulares. Informe de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 84 (1): 73-77.
2024;<https://ve.scielo.org/pdf/og/v84n1/0048-7732-og-84-01-73.pdf>).
41. Goytia J, Pérez O, Angulo B. Comportamiento del puerperio patológico en madres adolescentes. Rev. Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. 8(10).1-14.
2023;<https://mefavila.sld.cu/index.php/MefAvila2023/2023/paper/viewFile/706/529>).
42. P C, García A, Soto A. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Facultad de Medicina (México). 64(1): 39-48.
2021;https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039#:~:text=Cambios%20que%20resultan%20

[evidentes%20para,piel%20en%20algunas%20zonas%2C%20etc.](#)

).

43. Serdán D, Vásquez K, Yupa A. Cambios fisiológicos y anatómicos en el cuerpo de la mujer durante el embarazo. Rev. Ciencia y Tecnología. 27(119): 29-40. 2024;(https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1316-48212023000200029&script=sci_arttext).
44. Coo S, Mira A, García M. Salud mental en madres en el período perinatal. Rev. 92(5): 724-732. 2021;(https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000500724).
45. Vico I, Malde F. Puerperio patológico. Rev. Guías asistenciales perinatología. 2023;(<https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/puerperioPatologico.pdf>).
46. Paiva M, Idaline M, Pereira G, Lima J, Mendonça W. Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. Rev. Enfermería Global. 21(66): 356-397.. 2022;(https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000200356).
47. Lira I, Silva S, Oliveira M, Feitosa S, Melo T. Intervención educativa para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. Rev. Enfermería Global. 19(58): 226-256.. 2020;(https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200008#:~:text=Durante%20el%20trabajo%20de

[%20parto,activa%2C%20ejercicios%20respiratorios%2C%20ca
mbio%20de\).](#)

48. Silva S. Parto por cesárea: estudio socio clínico institucional de prácticas y discursos profesionales. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021.;(<https://www.scielo.br/j/rlae/a/M4Btm3jj5RsGqnJbRdmztMx/?lang=es>).
49. Ordoñez M, Santander A, Romero I. Cuidado enfermero en lactancia materna basado en la teoría de Kristen Swanson. Rev. Polo del Conocimiento. 8(1). 974-988. 2023;([https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/artic
le/view/5112](https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/artic
le/view/5112)).
50. Velásquez S, Huamán D. Efectos del cuidado enfermero basado en teoría de Kristen Swanson sobre conocimientos y aceptación de lactancia materna en primigestas. Rev. Cuba. enferm ; 36(4). 2021;(<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1280299>).
51. OMS. Semana Mundial de la Lactancia Materna. [Online]; 2024. Acceso 27 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2024>.
52. León J, Vivanco K, Romero I. Impacto del Climaterio en la Calidad de Vida de Mujeres un Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Piñas.. Rev. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(1), 3747-3762. 2024;(<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9726>).

53. Cruz J, Ruiz A, Zacarías M, Mendoza V, Sánchez M. Factores asociados con la edad a la que inicia la menopausia. Rev. Ginecol. obstet. Méx. 92(7): 285-294.. 2024;https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024000700003).
54. Sánchez M. La relación entre la transición a la menopausia y los trastornos del estado de ánimo. Rev. chil. obstet. ginecol. 88(6): 382-388.. 2023;https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262023000600382&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
55. Chilán C. Cáncer de Mama: prevalencia, factores de riesgo y signos en la población.. Rev. InveCom, 4(2), e040230. 2024;https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2739-00632024000200130&lng=pt&nrm=iso).
56. Hierrezuelo N, Cordoví M, Neira N. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama en mujeres de un área de salud. Rev. Finlay. 13(4): 414-424. 2023;http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221-24342023000400414).
57. Bargalló J, Aguilar S, Ahumada C, Arce C. Consenso mexicano de cáncer mamario. Manejo del cáncer de mama temprano. Rev. Gaceta mexicana de oncología. 23(1): 30-61.. 2024;https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2024000100030).
58. Monier M. Principales indicadores del Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino en un hospital de Santiago de Cuba. Rev. MEDISAN. 28(2). 1-18. 2024;http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1

029-

30192024000200011#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20cervicouterino%20ocupa%20el,de%20604%20000%20nuevos%20casos.)

- .
59. Patiño A, Ortiz R, Acosta M. Prevalencia de lesiones de alto grado en cérvix y factores epidemiológicos relacionados en mujeres menores de 30 años, en un hospital de Popayán, Cauca. Rev. Médicas UIS. 37(2): 23-34. 2024;(http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192024000200023).
60. Robles M, Cruz S, Macias A, Zazueta D. Características clínicas en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en Mazatlán, Sinaloa, México. Rev. LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 5(6), 2307 – 2317. 2024;(<https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3160/5379>).
61. Luis Omar Delgado Pesantez JdRGCGRVGJRPLRMCVdRRAASMJCCCGJ. Indicadores antropométricos del recién nacido según tipo de parto, en Hospital Gineco-Obstétrico, Ecuador. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 2024; 44(2).
62. Julia Herrero Soler. Grado en Enfermería. Hospital Universitario Miguel Servet Z. El recién nacido pretérmino. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. 2024; 2(3): p. 1-6.
63. Ávila NJP, León KdlAC, Guaraca PBC, Caparo EV. Estado nutricional del recién nacido: factores asociados a la madre en

- Latinoamérica revisión bibliográfica. Facs Salud Unemi. 2024; 7(13): p. 1-7.
64. Características clínicas de la depresión neonatal en un hospital de tercer nivel del Paraguay: un estudio retrospectivo del 2021 y 2022. Cielos Jemima Cantero Noguera, Deisy Beatriz Colmán Gómez, Shirley Rocío Oviedo Ramírez, Alba María Cordone Ramos. 2023; 7(1): p. 1-4.
65. Salud OPdS. Salud, Organización Panamericana de Salud. [Online].; 2024. Acceso 15 de Enero de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido?utm_source=chatgpt.com.
66. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. Scielo. 2014; 35(6).
67. María Fernanda Mera Macías KGMMYEPYVYMMJRJYEMMPLZDAECC. Enfermería en neonatología. Primera ed. Quito, Ecuador: Mawil Publicaciones de Ecuador; 2021.
68. Rodríguez Hernández A. Reanimación Neonatal. Manual de apoyo para el taller. UNAM. 2022; 1(1).
69. Cheng A, Magid D, Auerbach M, Bhanji F, Bigham B, Blewer A, et al. Parte 6: ciencia de la educación en reanimación: Pautas de la Asociación Estadounidense del Corazón de 2020 para la reanimación cardiopulmonar y la atención cardiovascular de emergencia. AHA. 2020; 1(1).
70. Weiner G, Zaichkin J. Textbook of Neonatal Resuscitation (NRP). 8th ed. Village EG, editor.: American Academy of Pediatrics; 2021.

71. American Heart Association. Neonatal Resuscitation Guidelines. AHA. 2020; 1(1).
72. Wyckoff M, Wyllie J, Aziz K, Almeida M, Fabres J, Fawke J. Neonatal Life Support. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation. 2020; 156(1).
73. Perlman J, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff M, Aziz K, Guinsburg R. Neonatal Resuscitation. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.. 2015; 132(1).
74. Yamada N, Wong M, Logue E, Aziz K. The effectiveness of thermoregulation practices during neonatal resuscitation. Perinatol. 2020; 40(2).
75. Laptok A, Salhab W, Bhaskar B. Admission temperature of low birth weight infants. Predictors and associated morbidities. 2007; 119(1).
76. Wyckoff M, Aziz K, Escobedo M. Neonatal Resuscitation Program Algorithm. 2020; 146(1).
77. Ministerio de Salud Pública. Atención integral a la niñez. Primera ed. Normatización DNd, editor. Quito; 2018.
78. Fernández J, Couce M, Fraga J. Hipoglucemia neonatal. Primera ed. AEP , editor. España; 2008.
79. Gutiérrez J, Angulo E, García A, García E, Padilla H, Rulfo D, et al. Manual de Neonatología. Universidad de Guadalajara. 2019;(Segundo).

80. Salazar D, Aguilar M, González J. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. Revista Médica Sinergia. 2023; 8(8).
81. Romero R, Muñoz L, Morales M, González M, Barba L, Almadén M, et al. Manual de técnicas y procedimientos de enfermería en la unidad de Neonatología. Primera ed. Sanitaria INdG, editor. España; 2021.
82. Estrella González. Tamizaje Metabólico Neonatal. En Romero-Sacoto LA GLFAMNPMGRCA. Actualización en Enfermería Neonatal. Cuenca: Red Editorial Latinoamericana de Investigación; 2023. p. 196.
83. Ministerio de Salud Pública. Vacunas para enfermedades inmunoprevenibles. Primera ed. Normatización DNd, editor. Quito; 2019.
84. Cruz L, Pizo L. Prácticas claves de la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia una revisión integrativa de la literatura en América Latina del 2014 al 2024. Primera ed. Pereira: Fundación Universitaria Del Área Andina; 2024.
85. Colombia MdSyPSd. Colombia MdSyPSd, editor. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
86. OMS. Enfermedades diarreicas. [Online]; 2024. Acceso 24 de Diciembre de 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease?utm_source=chatgpt.com.
87. Ministerio de Salud Pública. Cuadros de procedimiento AIEPI. [Online].; 2017. Acceso 24 de Diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital>

[/RIDE/VS/PP/cuadro-procedimientos-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia.pdf](#).

88. Mera M, Moreira K, Pincay Y, Yaguana Y, Real M, Moreira Y, et al. Enfermería en neonatología. Primera ed. Quito: Mawil Publicaciones de Ecuador; 2021.
89. Salazar I. Cardiopatías congénitas. [Online].; 2021. Acceso 24 de Diciembre de 2024. Disponible en: <https://web.eneo.unam.mx/wp-content/uploads/2021/09/ENEO-UNAM-cardiopatias.pdf>.
90. Association AH. Aspectos destacados de las Guías de American Heart Association. [Online].; 2020. Acceso 25 de Diciembre de 2024. Disponible en: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_spanish.pdf.
91. Villareal J, Vélez P. Lámpara de Fototerapia LED de elaboración propia y su uso para el tratamiento de ictericia, comparada con otras tecnologías. Scielo. 202; 10(1).

BIOGRAFÍAS DE LOS AUTORES



ERICA PAOLA ROJAS VERDUGO

Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica de Cuenca. Profesor de Educación Primaria - Nivel Técnico Superior por el Instituto Superior Pedagógico Quilloac – Bilingüe Intercultural, Magíster en Gestión del cuidado por la Universidad Católica de Cuenca. Directora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE. Ha participado como ponente en eventos a nivel local y nacional. Autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de capítulos de libro. Directora del proyecto de vinculación Salud Integral del Cantón Suscal. Miembro del proyecto de investigación "Resiliencia, Innovación y Prospectiva".

Correo Institucional: eprojasv@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7205-8231>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



ROSA GABRIELA ESPADERO FAICAN

Licenciada en Enfermería por la Universidad de Cuenca. Especialista en enfermería en cuidado crítico del adulto por la Pontificia Universidad Javeriana. Maestrante en Metodología de la investigación en ciencias de la salud en la Universidad Internacional de La Rioja. Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE. Ha participado como ponente en eventos a nivel local y nacional. Autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de capítulos de libro. Es colaboradora de varios proyectos de investigación. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con la investigación en educación superior, enfermería en el paciente crítico y ciencias de la salud.

Correo Institucional: rosa.espadero@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0374-7041>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



MARÍA AGUSTA LUZURIAGA CALLE

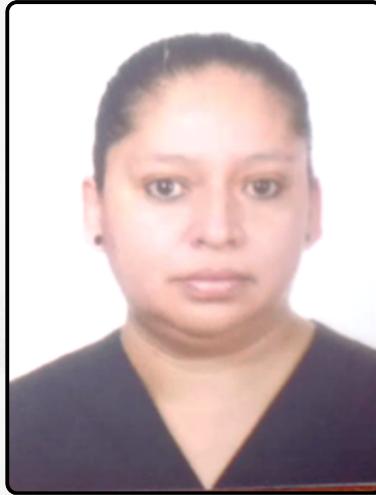
Soy Bioquímica Farmacéutica graduada en la Universidad de Cuenca y Magíster en Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo por la Universidad del Azuay. Actualmente, curso una Maestría en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud en la Universidad Internacional de La Rioja. Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera Enfermería, extensión Cañar. He tenido el honor de presentar ponencias en diversos eventos locales y nacionales en el área de farmacología, contribuyendo a la difusión del conocimiento en este campo.

Como autora y coautora, he participado en la publicación de varios artículos en revistas indexadas y de alto impacto, así como en la redacción de capítulos de libros especializados. Además, parte activa de proyectos de investigación y programas de vinculación con la sociedad, trabajando por el bienestar colectivo. Soy miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería (RED-IE), para fortalecer la investigación en el ámbito de las ciencias de la salud.

Correo Institucional: maria.luzuriaga@ucaccue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-9177>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



ERIKA VIVIANA TAPIA URGILEZ

Soy Médico General, graduada en la Universidad Católica de Cuenca, realicé un diplomado y una maestría en Salud y Seguridad Ocupacional con mención en prevención en riesgos laborales por la Universidad Católica de Cuenca.

Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED_IE.

Correo Institucional: erika.tapia@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7716-7779>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



MÓNICA ALEXANDRA CHIMBORAZO BERMEO

Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica de Cuenca, Magíster en Enfermería, mención Enfermería Quirúrgica por la Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Técnica Docente en la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.

Correo Institucional: monica.chimborazo@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-9280-5108>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



WILMER RAUL ORDOÑEZ CASTRO

Médico, por la Universidad Católica de Cuenca. Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.

Correo Institucional: wilmer.ordonez@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2336-9475>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



CARLOS BOLÍVAR CORREA NARVÁEZ

Licenciado en Enfermería por la Universidad Católica de Cuenca, Magíster en Enfermería, mención Enfermería Quirúrgica por la Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Enfermería, extensión la Troncal. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.

Correo Institucional: carlos.correa@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6089-1767>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



LILIANA MARIBEL CASTILLO RODRIGUEZ

Licenciada en enfermería por la Universidad Católica de Cuenca, D
maestrante en Salud Pública mención Enfermería Familiar y D
Comunitaria en la Universidad Nacional del Chimborazo, D
Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de D
enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de D
Investigación en Enfermería RED-IE.

- **Correo Institucional:** liliana.castillo@ucacue.edu.ec
Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0015-7342>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



NARCISA DE JESÚS MAYANCELA NIVÉLO

Licenciada en enfermería por la Universidad Católica de Cuenca, Magíster en Enfermería con Mención en Enfermería Quirúrgica por la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.

Correo Institucional: narcisa.mayancela@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-1311-1215>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



MARÍA LISSETH MINCHALA SÁNCHEZ

Licenciada en enfermería por la Universidad Católica de Cuenca. Maestrante en Gestión del Cuidado con mención en unidades de Emergencias y unidades de Cuidados Intensivos en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Docente de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.

Correo Institucional: maria.minchala@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9069-3797>

ENFERMERÍA DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO



WILSON FABIAN MOREJÓN PATIÑO

Licenciado en enfermería por la Universidad Católica de Cuenca. Maestrante en Gestión del Cuidado con mención en unidades de Emergencias y unidades de Cuidados Intensivos en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Docente Universidad Católica de Cuenca, Carrera de enfermería, extensión Cañar. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.

Correo Institucional: fabian.morejon@ucacue.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1968-7044>



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

**ENFERMERÍA DE LA
MUJER Y EL RECIÉN
NACIDO**

“Enfermería de la Mujer y Recién Nacido” es una obra que aborda los desafíos y las complejidades de la atención materno-neonatal desde una perspectiva basada en la evidencia orientada a la excelencia. Este tomo, diseñado para estudiantes y profesionales de la salud, ofrece una amplia visión general de los requisitos y la idiosincrasia de las mujeres y los recién nacidos, y subraya el papel fundamental de la enfermería en la mejora de la salud, la profilaxis de las enfermedades y la atención compasiva.

A través de cuatro capítulos meticulosamente estructurados, los lectores se embarcarán en una exploración de los aspectos más pertinentes de la salud sexual y reproductiva, el manejo del embarazo, la atención del parto y el posparto y la atención neonatal esencial. Cada segmento combina el rigor académico con estrategias pragmáticas, proporcionando herramientas para la toma de decisiones informadas y reforzando las competencias clínicas.

Este manuscrito va más allá de ser un mero recurso académico: sirve como guía para transformar la práctica cotidiana en una experiencia de atención empática, equitativa y centrada en el paciente. “Enfermería de la Mujer y Recién Nacido” invita a los profesionales de la salud a renovar su compromiso con la calidad y la dignidad, fomentando un impacto positivo en la vida de las mujeres, los recién nacidos y sus familias.

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea

