GRUPO BLR

ENFERMERÍA NEONATAL Y PEDIÁTRICA: CUIDADO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO

ISBN: 978-9907-802-76-4

Laura Geanella Román Relica
Néxar Darío Zambrano Pinargote
Kevin Adrián Ramírez Sarango

2026

ENFERMERÍA NEONATAL Y PEDIÁTRICA: CUIDADO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO

Laura Geanella Román Relica
Néxar Darío Zambrano Pinargote
Kevin Adrián Ramírez Sarango
AUTORES:



UTMACH

Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica.

©Grupo Editorial BLR
Universidad Técnica de Machala
Riobamba – Ecuador
Correo: publicaciones@grupoblr.com
https://grupoblr.com/libros-investigo
REPOSITORIO



Román, L., Zambrano, N., Ramírez, K. (2026) Enfermería neonatal y pediátrica: Cuidado integral del recién nacido. Grupo Editorial BLR.

© Laura Geanella Román Relica
Néxar Darío Zambrano Pinargote
Kevin Adrián Ramírez Sarango

Enfermería neonatal y pediátrica: Cuidado integral del recién nacido.

ISBN: 978-9907-802-76-4

El copyright promueve la libertad de expresión, protege la diversidad de ideas y conocimiento, además apoya la libre expresión. Se prohíbe de manera rigurosa la producción o el almacenamiento de esta publicación, ya sea en su totalidad o en parte, está estrictamente prohibido por ley, incluyendo el diseño de la portada, así como su difusión a través de cualquiera de sus medios, ya sean electrónicos, mecánicos, ópticos, de grabación o incluso de fotocopia, sin permiso de los propietarios de los derechos de autor.

FILIACIÓN DEL AUTOR

Laura Geanella Román Relica
Universidad Técnica de Machala
Correo Electrónico: lgroman@utmachala.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5189-1785

Néxar Darío Zambrano Pinargote
Universidad Técnica de Machala
Correo Electrónico: nzambrano@utmachala.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0204-9291

Kevin Adrián Ramírez Sarango
Universidad Técnica de Machala
Correo Electrónico: kramirez6@utmachala.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2816-3974

PREFACIO

La atención al recién nacido representa uno de los escenarios clínicos de mayor responsabilidad dentro del ejercicio profesional de enfermería, debido a la vulnerabilidad biológica, fisiológica y emocional que caracteriza el periodo neonatal. Durante los primeros 28 días de vida ocurren procesos complejos de adaptación extrauterina que requieren vigilancia permanente, cuidados especializados y una intervención profesional basada en evidencia científica.

El presente libro de Enfermería Pediátrica ha sido concebido como un texto académico dirigido a estudiantes de la carrera de Enfermería, con el propósito de integrar conocimientos fundamentales de neonatología, cuidado clínico, promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes en la infancia temprana.

La obra articula fundamentos biológicos del recién nacido, procedimientos clínicos esenciales, estrategias de atención integral neonatal y el rol profesional de enfermería dentro de modelos actuales de cuidado humanizado y seguridad del paciente. Su desarrollo responde a las necesidades formativas actuales, donde el estudiante no solo adquiere conocimientos teóricos, sino también habilidades de valoración clínica, razonamiento crítico y toma de decisiones basadas en evidencia.

El texto promueve una visión integral del cuidado pediátrico, considerando al recién nacido como parte de una unidad familiar y

social, enfatizando la educación parental, la lactancia materna, la prevención de riesgos y el seguimiento continuo del desarrollo infantil.

De esta manera, el libro busca consolidar competencias profesionales que permitan al futuro enfermero brindar cuidados seguros, éticos y humanizados en contextos hospitalarios, comunitarios y de atención primaria en salud.

OBJETIVO GENERAL DEL LIBRO

Desarrollar en el estudiante de Enfermería competencias científicas, clínicas y humanísticas que brinde un cuidado integral, seguro y basado en evidencia al recién nacido, mediante la comprensión de los procesos fisiológicos, procedimientos neonatales, intervenciones de enfermería y estrategias de atención integral infantil.

ÍNDICE

PREFACIO……...i

OBJETIVO GENERAL DEL LIBRO..... II

ÍNDICE..... III

ÍNDICE DE TABLAS VII

ÍNDICE DE FIGURAS VIII

CAPÍTULO I 10

1 BASES BIOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO..... 10

1.1 Conceptualización del recién nacido..... 11

1.2 Clasificación del recién nacido 13

1.3 Características físicas y morfológicas..... 15

1.4 Desarrollo sensorial y neuromotor..... 19

1.5 Recepción del recién nacido..... 23

1.6 Ejercicios de pensamiento crítico..... 29

CAPÍTULO II..... 31

2 CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO . 31

2.1 Cuidados inmediatos postnatales 32

2.1.1 Estabilización inmediata y contacto piel a piel.....32

2.1.2 Manejo del cordón umbilical y profilaxis 33

2.1.3 Prevención de hipotermia.....34

2.2 Procedimientos básicos en neonatología y monitorización clínica neonatal 34
2.3 Cuidados del recién nacido sano 44
2.3.1 Evaluación inmediata del recién nacido 45
2.4 Alimentación y lactancia materna 50
2.4.1 Valoración de la Lactancia y Alimentación 53
2.5 Alojamiento conjunto 55
2.6 Prevención de infecciones neonatales 58
2.7 Cuidado dermatológico y evaluación de la piel 60
2.8 Inmunización del recién nacido 62
2.9 Evaluación de la edad gestacional 65
2.9.1 Escala de Ballard 66
2.10 Valoración de reflejos neonatales 68
2.10.1 Evaluación Neuromuscular 68
2.10.2 Evaluación Física 69
2.10.3 Resultado y Estimación de la Edad Gestacional 70
2.10.4 Test de Capurro 70
2.11 Reflejos en el recién nacido – valoración 73
2.11.1 Reflejo de Succión 73
2.11.2 Reflejo de Búsqueda (Hociqueo) 74
2.11.3 Reflejo de Moro (Sobresalto) 74
2.11.4 Reflejo de la Marcha Automática 75

2.11.5 Reflejo de Babinski (Extensión Plantar)....76
2.11.6 Reflejo de Pujo....77
2.11.7 Reflejo de Prensión....78
2.12 Ejercicios de pensamiento crítico....79
CAPÍTULO III....81
3 ATENCIÓN INTEGRAL NEONATAL Y ESTRATEGIA AIEPI....81
3.1 Fundamentos del AIEPI Neonatal....82
3.2 Preparación para el Nacimiento....86
3.3 Atención Inmediata al Nacimiento....88
3.4 Reanimación Neonatal Básica....94
3.5 Identificación de Signos de Alarma....96
3.5.1 Acciones y Cuidado Continuo....96
3.6 Criterios para Alta del Recién Nacido....96
3.7 Tamizaje Metabólico Neonatal (TAMEN)....97
3.7.1 Enfermedades que Diagnostica el Tamizaje Metabólico Neonatal. 98
3.7.2 Consideraciones para la Toma de la Muestra....99
3.7.3 Técnica de Recolección de la Muestra....100
3.8 El tamizaje auditivo neonatal....102
3.9 Ejercicios de pensamiento crítico....105
CAPÍTULO 4....107

4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO 107

4.1 Valoración 108

3.9.1 Valoración por necesidades básicas del recién nacido 109

3.9.2 Anamnesis del recién nacido 119

3.9.3 Examen físico del recién nacido 127

4.2 Diagnósticos de Enfermería 134

4.3 Planificación 138

4.4 Implementación 141

4.5 Evaluación 144

RESPUESTAS CORRECTAS DE PREGUNTAS DE RAZONAMIENTO 148

BIBIOGRAFIA 149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración del recién nacido. 48

Tabla 2. Enfermería en la prevención de infecciones neonatales.. 58

Tabla 3. Atención a la primera consulta. 83

Tabla 4. Valoración por necesidades básicas de Virginia Henderso 113

Tabla 5. Anamnesis del recién nacido..... 121

Tabla 6. Examen físico del recién nacido. 127

Tabla 7. Diagnóstico de Enfermería NANDA en el recién nacido. 135

Tabla 8. Diagnóstico de Enfermería NANDA en el recién nacido. 136

Tabla 9. Diagnóstico de Enfermería NANDA en el recién nacido. 137

Tabla 10. Resultados de enfermería en el recién nacido. 138

Tabla 11. Resultados de enfermería en el recién nacido. 139

Tabla 12. Resultados de enfermería en el recién nacido. 140

Tabla 13. Intervenciones de enfermería en el recién nacido. 141

Tabla 14. Intervenciones de enfermería en el recién nacido. 142

Tabla 15. Intervenciones de enfermería en el recién nacido. 143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Recién nacido: fundamento del periodo neonatal. 12

Figura 2. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido. . 14

Figura 3. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido. . 16

Figura 4. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido. . 18

Figura 5. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido. . 19

Figura 6. Desarrollo sensorial en el recién nacido. 20

Figura 7. Desarrollo sensorial en el recién nacido. 22

Figura 8. Recepción del recién nacido. 25

Figura 9. Reflejo de moro. 26

Figura 10. Test de Apgar. 27

Figura 11. Vitamina K. 33

Figura 12. Profilaxis oftálmica neonatal. 36

Figura 13. Prevención hemorrágica neonatal. 38

Figura 14. Control de glucosa neonatal. 40

Figura 15. Control de hematocrito neonatal. 42

Figura 16. Manejo de la bilirrubina y fototerapia neonatal. 43

Figura 17. Lactancia y control de bilirrubina. 51

Figura 18. Cantidad de leche que requiere el bebé recién nacido. 54

Figura 19. Lactancia y control de bilirrubina. 56

Figura 20. Guía esencial para el cuidado de la piel. 61

Figura 21. Test de Ballard. 67

Figura 22. Test de Capurro. 72

Figura 23. Reflejo de marcha automática. 76

Figura 24. Reflejo de Babinski. 77

Figura 25. Preparación para el nacimiento..... 88

Figura 26. Clasificación de la condición al nacer. 93

Figura 27. Guía de reanimación neonatal básica y evaluación respiratoria..... 95

Figura 28. Guía esencial: primeras horas y alta del recién nacido. 97

Figura 29. Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal. 98

Figura 30. Forma correcta para tomar la muestra de TAMEN garantizando buen retorno, buena muestra y evitando errores.. 101

Figura 31. Muestra adecuada e inadecuada de TAMEN..... 102

CAPÍTULO I

1 BASES BIOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

“El primer minuto de vida”

Son las 07:35 de la mañana en la sala de partos. Ana, una gestante de 39 semanas, culmina su trabajo de parto luego de varias horas de evolución fisiológica normal. El equipo de salud se prepara mientras el llanto del recién nacido rompe el silencio del quirófano.

María, estudiante de enfermería en práctica clínica, observa atentamente mientras la enfermera neonatal recibe al bebé sobre campos tibios. El recién nacido presenta tono flexionado, llanto vigoroso y coloración ligeramente cianótica en manos y pies.

— *“¿Es normal ese color azulado?”* —pregunta María con preocupación.

La enfermera sonríe y responde:

— *“Sí, estamos observando un proceso natural de adaptación extrauterina. En estos primeros minutos, el recién nacido pasa de la circulación fetal a la respiración pulmonar. Cada signo que evaluamos nos habla de cómo su organismo inicia la vida fuera del útero.”*

Mientras secan al bebé y valoran el Apgar, María comprende que el nacimiento no representa solo el final del embarazo, sino el inicio de complejos cambios fisiológicos: respiración independiente, regulación térmica, activación neurológica y adaptación cardiovascular.

El recién nacido es colocado piel a piel con su madre. Su frecuencia cardíaca se estabiliza, la respiración se vuelve regular y el color rosado comienza a aparecer progresivamente.

A partir de aquello, María reconoce que la biología del recién nacido no es solo teoría, constituyendo también una herramienta que le brinda al profesional de enfermería reconocer la normalidad, prevenir riesgos y garantizar un comienzo seguro para la vida humana.

Finalidad del capítulo:

- Describir características fisiológicas y morfológicas neonatales.
- Establecer una clasificación del recién nacido según edad gestacional.
- Examinar los mecanismos de adaptación extrauterina.
- Explicar los hallazgos normales y anormales en la valoración neonatal.

1.1 Conceptualización del recién nacido

El recién nacido, comprende el tiempo en las primeras semanas de vida, siendo un periodo caracterizado por múltiples adaptaciones fisiológicas que requieren de cuidados especializados. La neonatología se encarga del estudio de su etapa, esencial en el abordaje del estado de salud y los riesgos específicos del neonato. Es considerado desde el nacimiento o 0 días hasta los 28 días de vida, etapa de tiempo en el cual ocurren cambios fundamentales para su supervivencia y desarrollo, donde la atención especializada es clave para su bienestar futuro (Más et al., 2021). Los cuidados especiales brindados son muy importantes ya que cualquier

complicación puede afectar su bienestar. Esta etapa se la puede considerar en dos etapas: la neonatal temprana, de los 0 a los 7 días, y la neonatal tardía, de los 8 a los 28 días. Siendo muy importante la atención médica frecuente durante estas primeras semanas para detectar y prevenir problemas, al se establecerse las bases para su supervivencia y desarrollo (Clínica Universidad de Navarra, 2023).



Figura 1. Recién nacido: fundamento del periodo neonatal.

Fuente. Elaboración propia

Cuando el recién nacido cumple un mes está en la etapa neonatal. Los profesionales de neonatología evalúan al recién nacido desde el nacimiento. En esta etapa los profesionales catalogan al recién nacido para prever riesgos y brindar una atención adecuada. Los profesionales de neonatología clasifican a los neonatos por su edad gestacional, permitiendo conocer el pronóstico y ajustar dichos los cuidados. (Navarro, 2021).

1.2 Clasificación del recién nacido

La clasificación de los recién nacidos según su edad gestacional es fundamental para comprender mejor el desarrollo y las necesidades desde su nacimiento. Su cálculo se realiza a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta el momento del parto, ofrece una visión clara de si el bebé ha alcanzado el nivel de desarrollo esperado para su edad. Con la clasificación se pueden anticipar posibles complicaciones y adaptar los cuidados necesarios para cada bebé, asegurándose de brindarle la atención adecuada en esos primeros días tan cruciales para su bienestar asegurando el apoyo necesario para comenzar su vida.

La edad gestacional es un factor importante para concebir el desarrollo y la madurez durante el nacimiento. Se refiere al número de semanas que han cursado desde el primer día del último periodo menstrual de la madre hasta el día del parto. Aunque este cálculo es el estándar usado por obstetricia y neonatología para estimar el desarrollo fetal, no siempre es una medida exacta, porque la ovulación y la concepción acontecen generalmente a durante el periodo menstrual. Por lo cual, la edad gestacional se calcula aproximadamente desde dos semanas antes de la concepción. Si además los ciclos menstruales de la madre son irregulares, este cálculo puede volverse aún menos preciso. (Lattari & Pekarsky, 2025).

En este sentido, la edad embriológica, que contabiliza los días desde la concepción hasta el parto, suele ser dos semanas menores a la edad gestacional. El periodo de tiempo calculado se conoce bien la fecha de

concepción, como por ejemplo en fertilización in vitro o cuando se controla la ovulación. Al contar con dicha información, la edad gestacional se puede valorar de varias maneras: mediante ecografías fetales, utilizando la fecha de ovulación o concepción o con los datos y medidas físicos del recién nacido. (Lattari & Pekarsky, 2025).

En este contexto, la edad embriológica, cuenta los días desde la concepción hasta el día del parto, siendo este periodo dos semanas menos que la edad gestacional. Diferencia que permite conocer la fecha de concepción, por ejemplo, en fertilización in vitro o cuando se vigila la ovulación. Si no se cuenta con esa información, la edad gestacional se puede estimar de distintas maneras: con la fecha de ovulación o de concepción, con ecografías fetales, o con algunos datos físicos del recién nacido. (Ver figura 2).

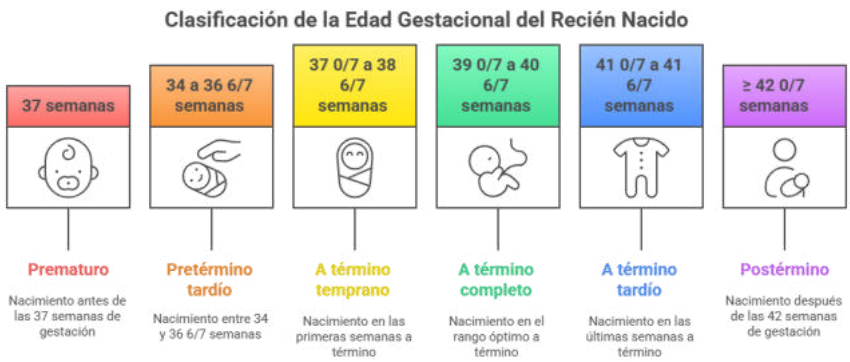


Figura 2. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido.

Fuente: Lattari A, Pekarsky A (2025).

1.3 Características físicas y morfológicas

El análisis de las características físicas y morfológicas del recién nacido es esencial para evaluar la salud y el desarrollo en los primeros días de vida. Estas características permiten determinar la madurez fisiológica del bebé y ayudar a identificar pronto posibles complicaciones. A continuación se presentan las principales características que se observan en el recién nacido, organizadas por sistemas y proporciones corporales, con sus referencias científicas actualizadas (Zhang & Zeng, 2023).

El peso al nacer es uno de los indicadores más importante para la valoración y manejo del estado de salud del recién nacido. En la etapa a término, son aquellos nacidos entre la semana 37 y la semana 42 de gestación, con un peso promedio desde los 2 500 y 4 000 gramos. Al encontrarse más bajo de los 2 500 gramos considerándose como bajo peso al nacer (BPN), condición relacionada con un mayor riesgo de complicaciones neonatales, como las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, los que superan peso a 4 000 gramos conocido como macrosomía fetal, pueden enfrentar complicaciones durante el parto, como distocia de hombros o lesiones en el canal de parto (Roy et al., 2021).

La longitud promedio al nacer de un neonato es de aproximadamente unos 50 cm, con un rango de 45 a 55 cm. La circunferencia cefálica promedio es de 35 cm, aunque esta medida puede variar ligeramente dependiendo de la modalidad del parto y de factores genéticos y ambientales del neonato (Moiseeva et al., 2024).



Figura 3. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido.

Fuente: Elaboración propia.

En el recién nacido la cabeza ocupa circunferencia más que el cuerpo. La cabeza logra ser cerca del 25 % del peso total del recién nacido. Esa diferencia representa lo importante del desarrollo y cuidado cerebral en los primeros años. A pesar de aquello hay huesos que no logran fusionarse evidenciadas por la sutura del cráneo y las fontanelas anterior y posterior, dando la capacidad de ser flexible cuando el bebé nace y permiten el desarrollo y crecimiento cerebral (Zhang & Zeng, 2023). Dentro de aquellas las fontanelas, sobre todo la anterior y la posterior, tienen como característica de ser zonas blandas. Ambas fontanelas, la anterior tiene forma de rombo y se cierra entre los 18 y los 24 meses, pero la fontanela posterior se cierra antes desde 2 y los 3 meses de vida al tener menor función expansiva.

Dentro de las características principales, la piel es fina y más permeable en contraste que la de los adultos, lo que la hace susceptible a la deshidratación y a las infecciones. La coloración de la piel en las

primeras horas de vida puede ser cianótica periférica (coloración azulada en las extremidades) o roja debido a la transición de la circulación fetal a la pulmonar. Esta cianosis fisiológica generalmente desaparece en las primeras 24-48 horas (Moiseeva et al., 2024). Además, en los recién nacidos prematuros es común observar el lanugo, un vello fino que recubre el cuerpo y que tiende a desaparecer a medida que el bebé se adapta a la vida extrauterina (Ver figura 3) (Roy et al., 2021).

Existen escalas específicas para valorar la piel del recién nacido, siendo una de las más utilizadas la escala de Ballard (ver figura 4), que evalúa la madurez de la piel a partir de diferentes características visibles. Otra herramienta importante es la Neonatal Skin Condition Score (NSCS) (Ver figura 5), En un bebé recién nacido la cabeza ocupa mucho más del cuerpo. La cabeza llega a ser cerca del 25 % del peso total del bebé. Esa diferencia muestra lo importante que es el cerebro en los primeros años. Las suturas del cráneo y las fontanelas son los lugares donde los huesos del cráneo todavía no se han unido. Esas suturas y fontanelas hacen que el cráneo sea flexible cuando el bebé nace y permiten que el cerebro siga creciendo (Zhang & Zeng, 2023). Las fontanelas, sobre todo la anterior y la posterior, son zonas blandas porque los huesos del cráneo todavía no están totalmente unidos. La fontanela anterior tiene forma de rombo y se cierra entre los 18 y los 24 meses. La fontanela posterior se cierra más pronto, entre los 2 y los 3 meses de vida. (Zhang & Zeng, 2023).

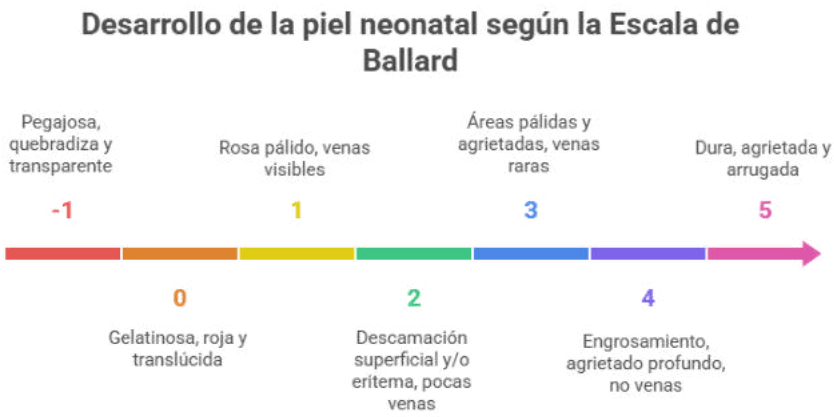


Figura 4. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido.

Fuente: Elaboración propia.

La circulación fetal se adapta a la circulación pulmonar inmediatamente después del corte del cordón umbilical. Esto provoca el cierre del ductus arterioso, el ductus venoso y el foramen oval. Este proceso generalmente ocurre en las primeras 24-48 horas y es un signo de la maduración del sistema circulatorio (Zhang & Zeng, 2023). La frecuencia cardiaca al nacer es generalmente de 120-160 latidos por minuto, y la frecuencia respiratoria oscila entre 40-60 respiraciones por minuto. Sin embargo, los neonatos pueden presentar apneas fisiológicas breves de hasta 15 segundos, lo cual es considerado normal durante los primeros días de vida (Roy et al., 2021).

Los reflejos primitivos como el de moro, búsqueda, succión, agarre garantizan la supervivencia del recién nacido. Estos reflejos permiten alimentar y protegerse durante los primeros días de vida (Moiseeva et al., 2024). Una de las condiciones que pueden influir como la hipotonía (tono muscular bajo) siendo común en los recién nacidos, constituyendo

a sus extremidades se encuentren flexionadas. Esta presencia refleja la inmadurez del sistema nervioso central y mejora durante el crecimiento (Roy et al., 2021).



Figura 5. Clasificación de la edad gestacional del recién nacido.

Fuente: Elaboración propia.

1.4 Desarrollo sensorial y neuromotor

Para la adaptación del entorno extrauterino y su supervivencia es importante el desarrollo sensorial. Al nacer, el bebé es capaz de percibir estímulos visuales, auditivos y táctiles, aunque en niveles limitados. En cuanto a la visión, los recién nacidos tienen una agudeza visual disminuida con la capacidad de enfocar a una distancia cercana de entre 20-30 cm, que coincide con la distancia entre el rostro de la madre y el bebé durante el contacto inicial (Obladen & Tabula, 2025). En términos de percepción auditiva, el recién nacido puede reconocer sonidos

familiares, particularmente la voz de la madre, gracias a la memoria auditiva adquirida durante el embarazo, lo que facilita el establecimiento temprano del vínculo afectivo (Yu et al., 2025).

Uno de los sentidos importantes es el tacto que se encuentra bien desarrollado desde el nacimiento. Su desarrollo es alcanzado gracias al efecto constituido del contacto piel a piel con la madre favoreciendo a la termorregulación, el desarrollo sensorial, fundamentales para activar los mecanismos neurofisiológicos generando la capacidad de percibir e interactuar con el entorno externo de manera más eficaz (Sampson et al., 2025). Así mismo el tacto es fundamental para la para el desarrollo de las necesidades emocionales del bebé, facilitando la adaptación social y emocional.



Figura 6. Desarrollo sensorial en el recién nacido.

Fuente. Elaboración propia

El desarrollo motor en los primeros meses de vida se caracteriza por la presencia de reflejos primitivos que aseguran la supervivencia del recién

nacido. Los reflejos de Moro y de succión son esenciales para la alimentación y la protección del bebé durante los primeros días, mientras que el reflejo de agarre permite que el bebé se afirme a su madre o cuidador. Estos reflejos son parte de la programación motora innata, que tiene una base neurofisiológica fundamental (Blumberg & Adolph, 2023).

En cuanto al tono muscular, los recién nacidos presentan una postura flexionada debido a la inmadurez del sistema nervioso central, un fenómeno que se considera normal durante las primeras semanas de vida. Este tono muscular es indicativo de la hipotonía transitoria que caracteriza el sistema neurológico de los neonatos, y va mejorando a medida que se desarrollan y se mielinizan las vías motoras (Tanrıverdi & Yılmaz, 2025). La coordinación motora también constituye como una característica esencia, que se perfecciona en los primeros meses, permitiendo que el recién nacido la movilización de las extremidades con mayor control. A medida del tiempo y su adaptación a la vida extrauterina, genera el desarrollo de los músculos como el grosso y fino motor. Diversas investigaciones han evidenciado que el desarrollo motor se encuentra influenciado por los factores como la mielinización del sistema nervioso, contribuyendo a controlar el control motor (Camargo et al., 2025).



Figura 7. Desarrollo sensorial en el recién nacido.

Fuente. Elaboración propia

La termorregulación es un proceso crítico para los recién nacidos, ya que su capacidad para mantener una temperatura corporal estable es limitada. Los recién nacidos a término tienen una mayor vulnerabilidad a la hipotermia, debido a su baja cantidad de grasa subcutánea y a la gran relación superficie corporal/peso, lo que facilita la pérdida de calor. La grasa marrón, interviene en el rol fundamental de adaptabilidad con el entorno térmico. Este tejido es encargado de la generación de calor, permitiéndole a los neonatos conservar su temperatura, especialmente en las primeras horas posterior del parto (Bienboire-Frosini et al., 2023).

Además de aquello, el contacto piel a piel entre la madre y el hijo, facilita la regulación de la temperatura a través de la transferencia directa de calor, como el uso de fuentes de calor radiante e incubadoras utilizadas en el cuidado neonatal como mecanismo para prevenir de hipotermia (Odira et al., 2025). La regulación de la temperatura al inicio es poco controlada, dicha capacidad para regular su temperatura mejora

con el tiempo a partir de los 4 meses, en conjunto con los mecanismos fisiológicos responsables de la termogénesis y la mielinización de las vías nerviosas.

1.5 Recepción del recién nacido

La recepción del recién nacido, inicia en el mismo momento del parto y constituye un proceso esencial para garantizar que el recién nacido presente una adaptación adecuada con el medio extrauterino. Durante su nacimiento los profesionales de la salud garantizan que el RN reciba los cuidados necesarios como la estabilidad térmica y bienestar emocional, y en la identificación y accionar ante las complicaciones potenciales entro el minuto 1 y 5 de vida.

EL proceso esencia de valoración incluye la evaluación clínica inmediata, signos vitales, acciones la prevención de infecciones y la educación para la salud sobre los cuidados iniciales del bebé a la madre o cuidadores. Un manejo adecuado de estas primeras horas puede prevenir complicaciones graves como el riesgo de infección en especialmente las del tipo respiratorias y metabólicas.

Una de las estrategias consideradas en la seguridad del paciente es la identificación correcta del paciente, que permite presentar errores de identificación. Esto se realiza mediante la colocación de pulseras de identificación tanto en el bebé como en la madre. La pulsera del bebé debe contener información fundamental como el nombre completo, hora de nacimiento, sexo y datos de los padres. Para asegurar la trazabilidad, en muchos entornos hospitalarios se realiza además la toma de la huella plantar del bebé como método de identificación única y confiable.

Los datos clínicos esenciales que deben ser registrados incluyen el peso, longitud y circunferencia cefálica, así como cualquier complicación durante el parto que pueda influir en la evaluación y manejo del recién nacido. Estos datos contribuyen al profesional generar ideas y aplicar una decisión oportuna con cuidados inmediatos como en el caso, del bajo peso o macrosomía fetal (Guamán et al., 2023).

Una de las medidas vitales es la valoración de los signos vitales del recién nacido. Su monitorización van de la mano con el uso de escalas como la del apgar que monitoriza de forma constante durante los primeros 5 minutos, y luego las primeras horas para asegurar la estabilidad, inicio de la adaptabilidad correctamente. Los parámetros clave a evaluar incluyen:

- Frecuencia respiratoria: es estado a término, oscila entre 40 y 60 respiraciones por minuto. A pensar es fisiológico en ocasiones presentar por 15 segundos la apnea fisiológica, siendo importante su monitorización y vigilancia de signos de riesgo respiratorio.
- Frecuencia cardiaca: Oscila entre los 120 a 160 latidos por minuto. En valores inferiores sugiere bradicardia siendo esta condición un indicativo de insuficiencia circulatoria.
- Temperatura corporal: oscila entre 36.5°C y 37.5°C. Una de las condiciones de mayor vigilancia de prevención es la presencia de hipotermia (temperatura inferior a 36°Cal ser una complicación frecuente en el RN, a presentar en los prematuros y/o con bajo peso al nacer, condición que influye al compromiso de los procesos metabólicos y a aumentar el riesgo de hipoglucemia.



Figura 8. Recepción del recién nacido.

Fuente. Elaboración propia

Una monitorización adecuada de estos parámetros es esencial para detectar signos de insuficiencia respiratoria o cardiovascular y para asegurar la adecuada oxigenación y circulación sanguínea del bebé (Zhang & Zeng, 2023).

Posteriormente, se realiza un examen clínico rápido, que implica observar la coloración de la piel, el tono muscular, y la respuesta a estímulos. El tono muscular normal debe reflejarse en una flexión moderada de los miembros, y la actividad motora debe ser espontánea.

- Coloración de la piel: piel rosada o ligeramente rojiza. Como condiciones importantes de señalar la cianosis (coloración azulada) especialmente presentada en las extremidades siendo un indicativo de evaluación de la función respiratoria. En algunos

casos, un fenómeno llamado cianosis fisiológica puede ocurrir, pero normalmente se resuelve en las primeras 24 horas.

- Presencia de reflejos primitivos: Como el reflejo de Moro (Ver figura 9), que consiste en una respuesta involuntaria al sobresalto, y el reflejo de succión, que indica el desarrollo neurológico adecuado del recién nacido. Este examen permite identificar posibles malformaciones congénitas o problemas neurológicos que puedan necesitar intervención inmediata (Guamán et al., 2023).

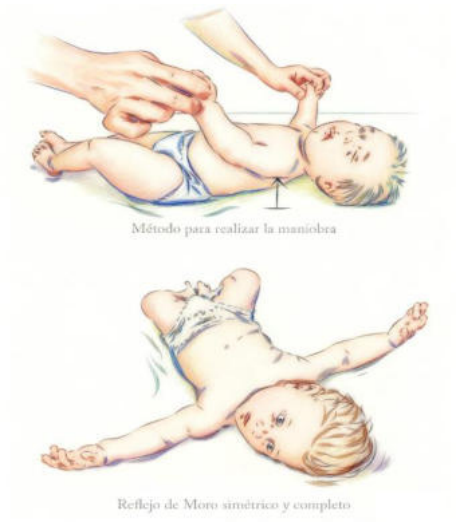


Figura 9. Reflejo de moro.

Fuente. Elaboración propia

El test de Apgar sirve para ver cómo se adapta el recién nacido al mundo fuera del útero. El test de Apgar se hace a los 1 y a los 5 minutos de vida. El test de Apgar mide cinco cosas: la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la respuesta a estímulos y el color de la piel. El test de Apgar da un puntaje entre 0 y 10. Si el test de Apgar está

entre 7 y 10, el recién nacido se está adaptando bien. Si el test de Apgar es menor que 7 en el primer minuto, el bebé necesita reanimación neonatal para estabilizarse. (Zhang & Zeng, 2023).

La prueba de Apgar sirve para ver rápido cómo se adapta el recién nacido al mundo fuera del útero. Se hace a los 1 y a los 5 minutos después del nacimiento. La prueba de Apgar mide cinco cosas: la frecuencia cardiaca, la respiración, el tono muscular, la respuesta a los estímulos y el color de la piel. Cada una de esas cosas se puntúa de 0 a 2. Un 0 significa que no hay función, un 1 indica función parcial y un 2 muestra función normal. (Guamán et al., 2023).

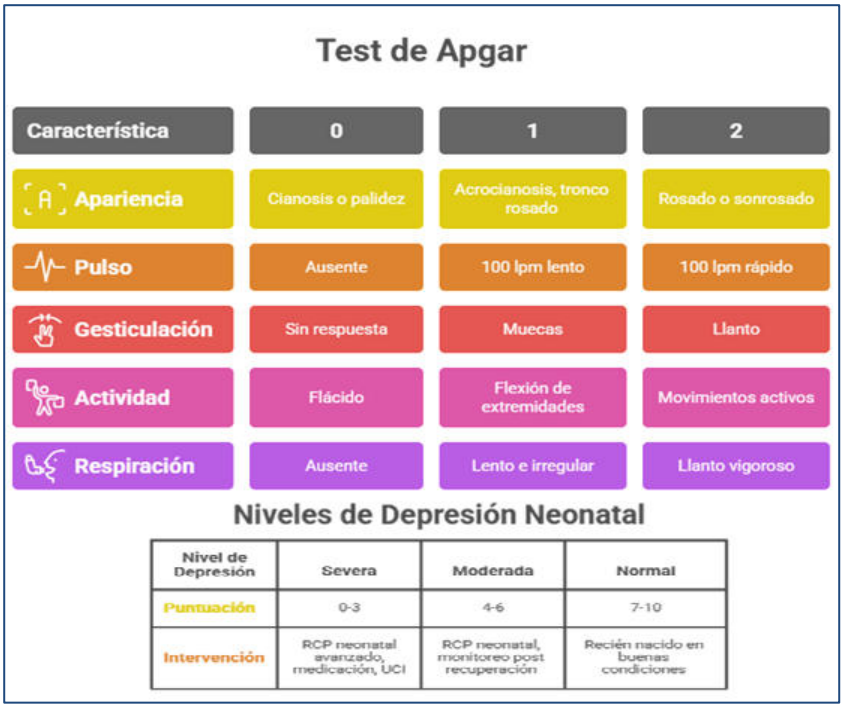
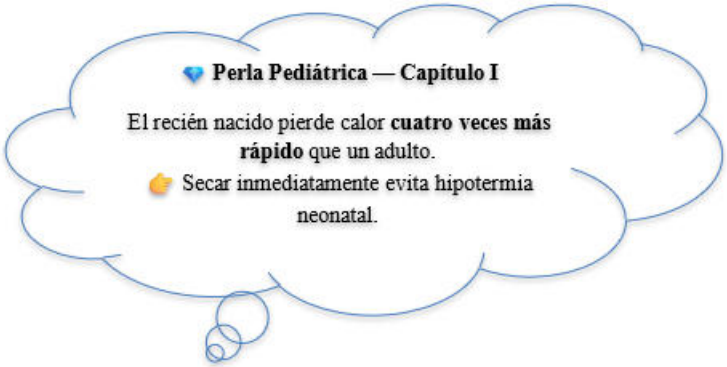


Figura 10. Test de Apgar.

Fuente. Elaboración propia

El Apgar se valora sumando las puntuaciones de los cinco parámetros como la apariencia, pulso, gesticulación, actividad y la respiración, valor que puede oscilar entre 0 y como máximo de 10lo recomendado es de 7 a 10 como dato normal, indicando que el recién nacido se encuentra encaminado a la adaptación con el ambiente. Sin embargo, un puntaje inferior a 7 da un indicativo que el bebé cursa por dificultades en sus funciones vitales. Este puntaje al ser bajo en el primer minuto, genera la necesidad de cuidados especializados como la necesite reanimación neonatal con el objetivo de estabilizar su frecuencia respiratoria y cardíaca, y además garantizar una adecuada oxigenación de los tejidos (Zhang & Zeng, 2023).

Es vital mencionar, que a pesar que el test de Apgar es útil para evaluar la condición inicial del bebé, no predice problemas a largo plazo, como el desarrollo cognitivo o enfermedades crónicaspor lo cual es importante su valoración durante las primeros 24 horas de vida . Un bebé con un puntaje bajo en Apgar puede recuperarse completamente con la intervención adecuada, mientras que uno con un puntaje alto podría generar en pocas ocasiones problemas de salud en el futuro como la hiperactividad y problemas neurológicos. Por eso, el test de Apgar debe desarrollarse de manera rigurosa como una evaluación de la adaptación inmediata, no como un diagnóstico definitivo del bienestar del bebé. Además, es importante considerar su puntaje junto con la historia clínica y otros factores para determinar el mejor plan de intervención y seguimiento (Guamán et al., 2023).



1.6 Ejercicios de pensamiento crítico

1. **Un recién nacido de 39 semanas presenta frecuencia cardiaca de 140 lpm y frecuencia respiratoria de 48 rpm durante la valoración inicial. ¿Seleccione la interpretación correcta?**
   a. Bradicardia neonatal
   b. Valores fisiológicos normales
   c. Insuficiencia respiratoria
   d. Taquipnea patológica
2. **Durante la recepción neonatal, la enfermera observa coloración azulada en manos y pies en las primeras horas de vida. ¿Qué condición explica mejor este hallazgo?**
   a. Hipoxia severa
   b. Cardiopatía congénita
   c. Acrocianosis fisiológica
   d. Sepsis neonatal
3. **Un estudiante pregunta cuánto tiempo abarca el periodo neonatal. ¿Cuál es la respuesta correcta?**
   a. Primeros 7 días
   b. Primer mes de vida

c. Primeros 28 días
d. Primeros 3 meses

4. Un recién nacido presenta postura flexionada y reflejo de succión activo. ¿Qué indica este hallazgo?

a. Lesión neurológica
b. Adaptación neuromuscular normal
c. Hipotonía grave
d. Asfixia neonatal

5. Durante la valoración física se registra peso de 2 300 g. ¿Cómo se clasifica el recién nacido?

a. Macrosómico
b. Peso adecuado
c. Bajo peso al nacer
d. Postérmino

CAPÍTULO II

2 CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

“Las primeras horas que marcan la diferencia”

Son las 10:20 de la mañana en la unidad de alojamiento conjunto. Mateo, un recién nacido de 38 semanas, permanece junto a su madre pocas horas después del parto.

La enfermera de turno inicia la valoración postnatal. Observa que el bebé está ligeramente frío al tacto, presenta llanto débil y aún no ha logrado una succión efectiva durante la primera hora de vida.

La madre, visiblemente ansiosa, comenta:

— *“No sé si mi bebé está bien… siento que no quiere comer.”*

La enfermera coloca inmediatamente al recién nacido en contacto piel a piel, ajusta la posición para la lactancia y evalúa signos vitales. Minutos después, Mateo inicia movimientos de búsqueda y logra succionar por primera vez.

Mientras registra los datos clínicos, explica a la estudiante en práctica:

— *“Las primeras horas después del nacimiento son decisivas. Un cuidado oportuno puede prevenir hipotermia, hipoglucemia, infecciones y dificultades en la lactancia.”*

En ese momento, la estudiante comprende que el cuidado neonatal no consiste únicamente en observar al recién nacido, sino en anticiparse a los riesgos mediante intervenciones de enfermería basadas en evidencia.

Propósito del capítulo

Este capítulo permitirá al estudiante:

1. Reconocer los cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido.
2. Aplicar intervenciones de enfermería durante la adaptación postnatal.
3. Promover la lactancia materna y el vínculo madre-hijo.
4. Prevenir complicaciones neonatales frecuentes.

2.1 Cuidados inmediatos postnatales

2.1.1 Estabilización inmediata y contacto piel a piel

Una vez completada la evaluación clínica inicial, el bebé debe ser colocado sobre el pecho de la madre para fomentar el contacto piel a piel. Este contacto no solo regula la temperatura del bebé, sino que también facilita el inicio de la lactancia materna. A través del contacto inmediato con la madre, el recién nacido obtiene calor y oxígeno, mientras que el vínculo afectivo entre ambos se fortalece, lo que tiene efectos positivos tanto en su salud física como emocional (COMEPA, 2021).

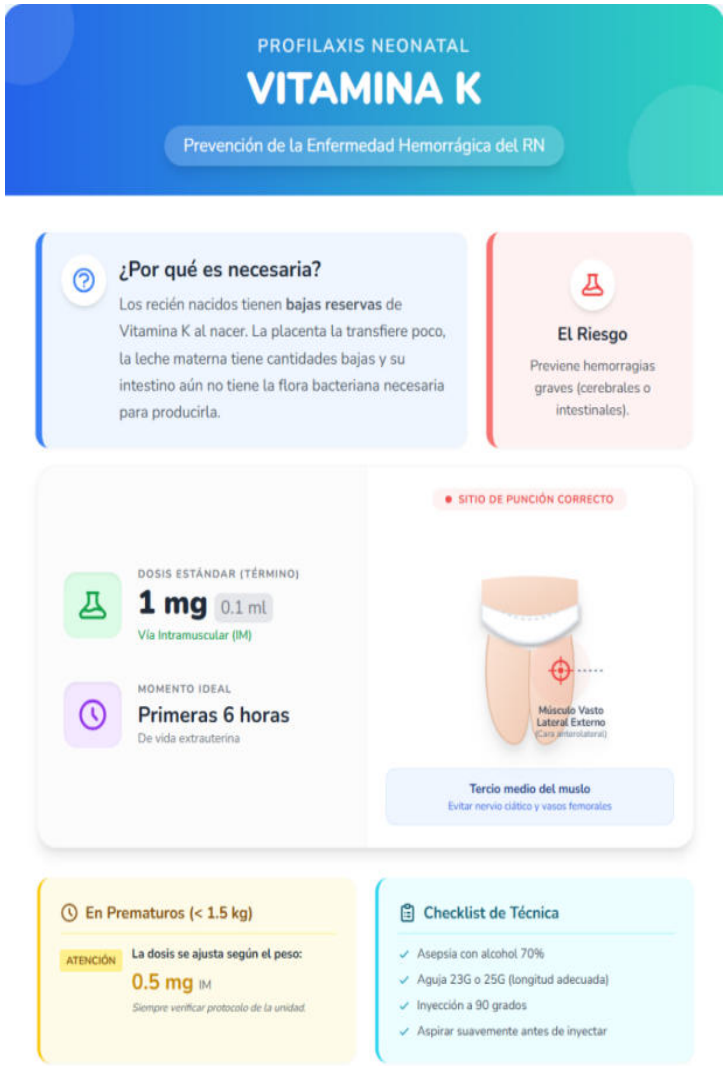


Figura 11. Vitamina K.

Fuente. Elaboración propia

2.1.2 Manejo del cordón umbilical y profilaxis

El cordón umbilical debe ser clampeado y cortado con técnica estéril. La higiene del área del cordón es esencial para prevenir infecciones, por lo que se deben usar soluciones como clorhexidina para la limpieza del

área. Asimismo, se administra vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, que se debe a la deficiencia de esta vitamina en las primeras horas de vida (Ver figura 10).

2.1.3 Prevención de hipotermia

La hipotermia es uno de los riesgos más comunes en los recién nacidos, especialmente aquellos que nacen prematuramente o con bajo peso. El

manejo adecuado de la temperatura corporal es fundamental, y se deben utilizar fuentes de calor radiante, mantas térmicas y el contacto piel a piel para asegurar que el bebé se mantenga en el rango adecuado de temperatura corporal. La hipotermia puede generar fluctuaciones en el metabolismo del recién nacido, aumentando el riesgo de hipoglicemia (COMEPA, 2021).

2.2 Procedimientos básicos en neonatología y monitorización clínica neonatal

Los procedimientos básicos en neonatología son fundamentales para favorecer la adaptación del recién nacido al entorno extrauterino, protegerlo de posibles complicaciones y contribuir a su bienestar físico. Estos procedimientos incluyen la profilaxis oftálmica, la monitorización de la glucosa y el control de la bilirrubina, todos ellos aplicados de forma sistemática e integral. Dichas intervenciones permiten prevenir múltiples infecciones, asegurar una coagulación sanguínea adecuada, controlar el metabolismo y prevenir complicaciones metabólicas como la ictericia, una afección presente en los primeros días de vida (Sze et al., 2023).

Además, el uso de los procedimientos permite la detección temprana de afecciones, encargadas de facilitar un reconocimiento oportuno del estado de salud del recién nacido y un diagnóstico y tratamiento eficiente. La fototerapia y la administración de vitamina K son dos intervenciones fundamentales utilizadas en las primeras horas de vida constituyendo una prevención muy efectiva ante hemorragias como cerebral, digestiva e incluso de cordón umbilical por deficiencia de vitamina K y además el tratar la ictericia patológica, ambos procedimientos vitales para la supervivencia del bebé (Sze et al., 2023). A medida que los estudios de neonatología avanzan, los procedimientos básicos han sido cada vez más adaptados a las necesidades específicas de la etapa neonatal. Es importante mencionar, la existencia de un enfoque personalizado que considere factores como la edad gestacional, el peso al nacer, y las condiciones específicas de salud del recién nacido. Además, estos procedimientos incluyen otras medidas preventivas, como es el caso de la profilaxis oftálmica (administración de antibióticos en los ojos del bebé) para prevenir la oftalmía neonatal producida por Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis capaces de provocar conjuntivitis, intensa, úlceras corneal e incluso perdida de la agudeza visual, la monitorización de la glucosa utilizada para la detección precoz de hipoglucemia neonatal, también anomalía encontrada en el neonato en especial aquellos de madres con diabetes gestacional, prematuros, pequeño para la edad gestacional. (Sze et al., 2023).

2.1. Profilaxis Oftálmica

La profilaxis oftálmica neonatal es una práctica esencial para prevenir infecciones oculares graves, principalmente aquellas causadas por Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis. En el pasado, el nitrato de plata se utilizaba comúnmente para prevenir la oftalmía neonatal, pero ha sido reemplazado por soluciones antibióticas como la eritromicina o la tetraciclina debido a su menor toxicidad. En contraste, la aplicación de eritromicina o tetraciclina no es indicativo de reducir la incidencia de la conjuntivitis neonatal, especialmente causada por C. trachomatis. (Vasquez et al., 2022).



Figura 12. Profilaxis oftálmica neonatal.

Fuente. Elaboración propia

Otro medicamento empleado es el nitrato de plata, aunque eficaz contra la conjuntivitis gonocócica, ha sido descontinuado en muchos países debido a sus efectos adversos, al provocar irritación y las quemaduras.

En reemplazo, la eritromicina ha sido adoptada como la opción estándar de profilaxis oftálmica, a pesar de que su eficacia frente a Chlamydia trachomatis no es completamente eficiente. Esta profilaxis, aunque ampliamente recomendada, no ha demostrado ser completamente efectiva para evitar la infección por Chlamydia, lo que ha conllevado a cuestionar si el tratamiento con antibióticos debería ser estudiado considerando riesgo beneficio (Vasquez et al., 2022).

Es de vital importancia para la atención neonatal que los profesionales de la salud continúen evaluando la eficacia de la profilaxis oftálmica para asegurar que los neonatos reciban los cuidados más ideales para la edad. A pesar de las pautas actuales, los datos simplifican que las tasas de infección ocular en neonatos tratados con la eritromicina no difieren considerablemente de las de aquellos que se les administró nitrato de plata, lo que se recalca la necesidad de seguir indagando por datos que puedan ofrecer mejores soluciones de prevención (Vasquez et al., 2022).

2.2. Control Antihemorrágico

El control antihemorrágico en neonatos es esencial, especialmente en la prevención de la enfermedad hemorrágica neonatal (HDN), que es causada por la deficiencia de vitamina K. Durante el nacimiento los neonatos tienen niveles bajos de vitamina K debido a fluctuaciones de una limitada transferencia placentaria, la esterilidad intestinal y la inmadurez del hígado. Este déficit afecta a los recién nacidos en estado de riesgo de hemorragias graves. Es por eso el uso de la administración de vitamina K al nacer es una intervención preventiva clave para reducir el riesgo de (Enfermedad Hemolítica Neonatal) HDN, aplicado por vía

intramuscular o, en algunos casos, oral. EN el caso de la vía intramuscular es más utilizada debido a su mayor eficacia en la prevención de la HDN clásica (Smith-Norowitz et al., 2021).

En práctica en atención del RN, es utilizado 1 mg de vitamina K por vía intramuscular a todos los neonatos al momento del nacimiento, capaz de disminuir el riesgo de hemorragias durante los primeros días de vida. Aunque la administración oral también ha demostrado ser efectiva, su éxito depende de que los padres sigan rigurosamente el régimen de dosis repetidas durante las primeras semanas de vida. Las dosis por la vía oral utilizada mediante una dosis inicial y dosis semanales durante tres meses en el caso de mayor riesgo. De no administrarse adecuadamente, es esperado el riesgo de hemorragia intracraneal y diversas complicaciones, fundamentalmente en neonatos alimentados exclusivamente con leche materna, que tiene bajos niveles de vitamina K (Smith-Norowitz et al., 2021).

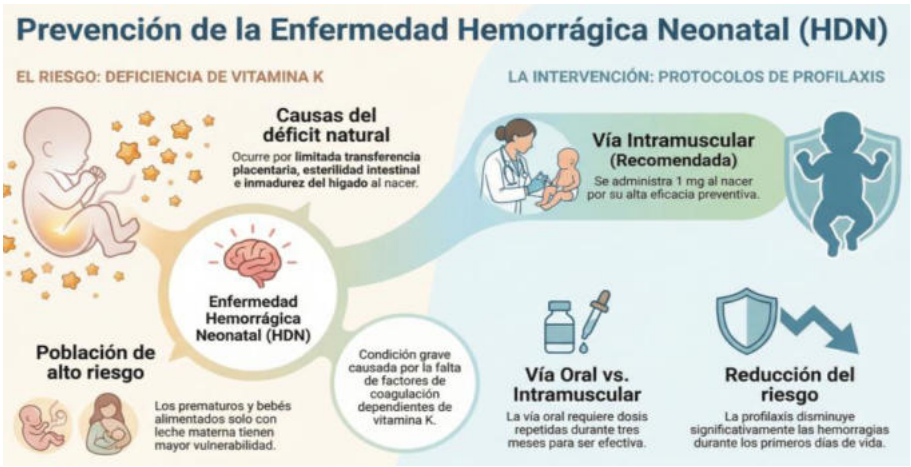


Figura 13. Prevención hemorrágica neonatal.

Fuente. Elaboración propia

El riesgo de HDN es aún mayor en neonatos prematuros, ya que su sistema hepático inmaduro es menos capaz de sintetizar suficientes factores de coagulación. En estos casos, la administración de vitamina K a dosis más altas o la suplementación adicional puede ser necesaria para reducir el riesgo de hemorragias, incluyendo las intracraneales. La profilaxis con vitamina K es una de las intervenciones preventivas más importantes en neonatología y sigue siendo esencial para la salud de los recién nacidos en todo el mundo (Smith-Norowitz et al., 2021).

2.3. Control de la Glucosa

El control de la glucosa en neonatos es crucial para prevenir complicaciones derivadas de la hipoglucemia, que puede afectar el desarrollo neurológico y otros aspectos vitales de la salud. Los neonatos, en la etapa de prematurez o aquellos con trastornos metabólicos como el hiperinsulinismo congénito (CHI), son catalogados como vulnerables por la alteración de los niveles de glucosa. La hipoglucemia persistente no tratada puede ocasionar daño cerebral y otros trastornos graves. Los monitores continuos de glucosa (CGM) están ganando aceptación en la neonatología, además de permitir un seguimiento constante y no invasivo de los niveles de glucosa en sangre, disminuyendo la necesidad de múltiples extracciones sanguíneas (Jullien, 2021).



Figura 14. Control de glucosa neonatal.

Fuente. Elaboración propia

2.4. Control de Hematocrito

El monitoreo del hematocrito en neonatos es esencial para la detección temprana de trastornos hematológicos, como la anemia o la policitemia, que pueden comprometer el bienestar del recién nacido. En neonatos prematuros o aquellos que han sufrido hemorragias perinatales, los niveles de hematocrito pueden fluctuar significativamente. La medición regular de estos niveles es crucial para identificar y tratar alteraciones en el sistema hematológico. Además, los valores normales de hematocrito en neonatos oscilan entre 45% y 65%. En contraste los niveles fuera de este rango condicionado como anemia (cuando el hematocrito es inferior al 30%) o policitemia (cuando supera el 70%) (Win et al., 2021).

En neonatos prematuros, suele observarse el hematocrito irregularmente bajo debido a la inmadurez de su sistema hematológico. Requiriendo intervenciones como transfusiones de sangre o administración de hierro. En contraste, la policitemia es común su presencia en neonatos que han sufrido deshidratación o que presentan problemas hematológicos subyacentes, y es una condición que debe ser monitoreada de cerca para evitar complicaciones como la trombosis. El abordaje terapéutico de la anemia neonatal contempla, dependiendo del origen del cuadro, medidas como las transfusiones sanguíneas o la suplementación con hierro (Win et al., 2021).

Es por aquello indispensable el control de hematocrito en unidades de cuidados intensivos neonatales con monitoreo constante. Las mediciones regulares además permiten a los médicos la detección

tempranamente de estas alteraciones en el hematocrito y tomar decisiones de tratamiento oportunas, en la prevención de complicaciones graves, como la insuficiencia cardíaca o el daño cerebral (Win et al., 2021).

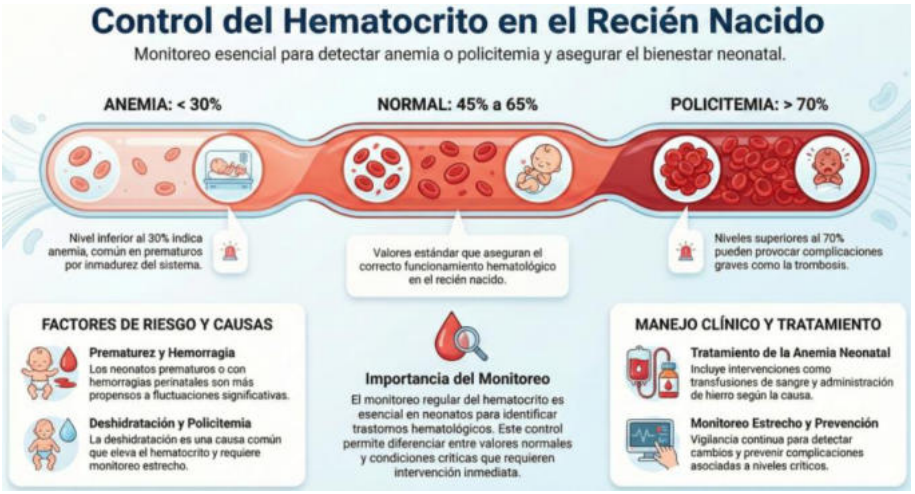


Figura 15. Control de hematocrito neonatal.

Fuente. Elaboración propia

2.5. Bilirrubinas y Fototerapia

La medición de los niveles de bilirrubina es crucial en el manejo de la ictericia neonatal, una condición común que afecta a aproximadamente el 60% de los neonatos a término y al 80% de los prematuros. Los niveles normales de bilirrubina total en neonatos varían según la edad postnatal: hasta 12 mg/dL a las 24 horas, hasta 15 mg/dL a las 48 horas, y hasta 18 mg/dL a las 72 horas. Cuando los niveles de bilirrubina son mayores a los 20 mg/dL en neonatos a término, se indica iniciar fototerapia para prevenir el daño cerebral debido a la bilirrubina no

conjugada, anomalía denominada kernicterus (World Health Organization, 2022).

La fototerapia se basa en la aplicación de luz para transformar la bilirrubina en compuestos hidrosolubles, que el organismo puede eliminar con mayor facilidad. A lo largo del tratamiento, se llevan a cabo controles periódicos de los niveles de bilirrubina, lo que permite ir ajustando tanto la duración como la intensidad de la exposición lumínica. Por lo general, esta terapia se pone en marcha una vez que la bilirrubina rebasa los umbrales antes indicados, y se mantiene hasta que sus valores descienden a un rango considerado seguro. La fototerapia es altamente efectiva para reducir los niveles de bilirrubina, pero debe ser monitoreada cuidadosamente para evitar complicaciones como la deshidratación o la hipobilirrubinemia (World Health Organization, 2022).

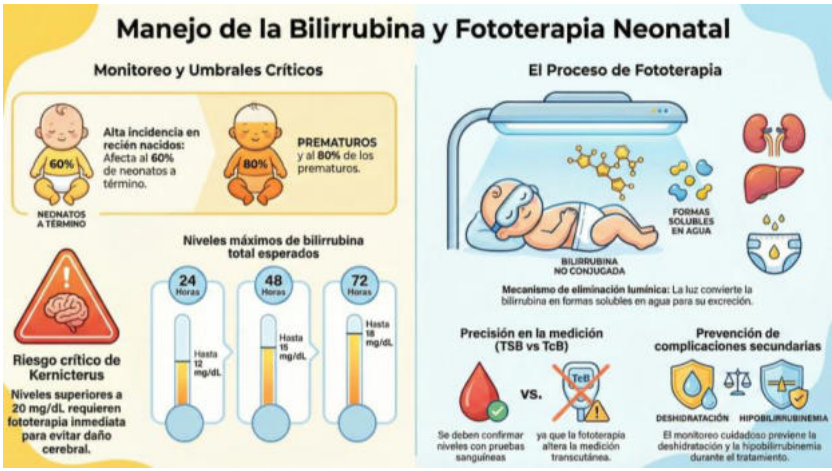


Figura 16. Manejo de la bilirrubina y fototerapia neonatal.

Fuente. Elaboración propia

En neonatos tratados con fototerapia, las mediciones de bilirrubina deben realizarse utilizando tanto la técnica de medición transcutánea (TcB) como la medición de sangre (TSB) para confirmar los niveles exactos. La fototerapia puede interferir con la precisión de la TcB, especialmente en áreas cubiertas por ropa o pañales. Por lo tanto, se recomienda confirmar los niveles de bilirrubina mediante pruebas sanguíneas para garantizar que el tratamiento sea efectivo. En neonatos con niveles elevados de bilirrubina, la combinación de fototerapia y monitoreo constante es fundamental para prevenir el daño neurológico a largo plazo (World Health Organization, 2022).

2.3 Cuidados del recién nacido sano

El cuidado de enfermería dirigido al recién nacido sano resulta fundamental para lograr una transición favorable hacia la vida extrauterina, disminuyendo así la probabilidad de complicaciones tanto inmediatas como a largo plazo. En las horas iniciales tras el parto, el neonato atraviesa distintos procesos de adaptación fisiológica, entre ellos el establecimiento de la respiración, la estabilización térmica y el inicio de la lactancia materna. Gracias a la intervención de enfermería desde el momento del nacimiento, se favorece que estas adaptaciones se desarrollen adecuadamente, lo que contribuye a reducir riesgos inmediatos y a obtener mejores resultados a futuro (World Health Organization, 2022).

La atención brindada durante esta etapa no se limita únicamente al cuidado físico del recién nacido, sino que también busca fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé, favoreciendo la lactancia materna, el

desarrollo de un apego seguro y una estimulación temprana adecuada. La enfermería juega un papel esencial en la prevención de enfermedades, en la identificación temprana de signos de alarma, y en la educación de los padres sobre los cuidados en casa. Estos cuidados, basados en la evidencia científica más reciente, aseguran una atención de calidad, segura y humanizada para el recién nacido sano (World Health Organization, 2022).

2.3.1 Evaluación inmediata del recién nacido

- Evaluación con Apgar: Realizar la evaluación con el índice de Apgar a los 1 y 5 minutos después del nacimiento. Este índice evalúa cinco parámetros del recién nacido: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, reflejos y coloración de la piel, alcanzando un puntaje máximo de 10. Cuando el resultado obtenido es inferior a 7, esto sugiere que el neonato podría necesitar intervenciones adicionales. (World Health Organization, 2022).
- Monitoreo de la respiración: Valorar la frecuencia respiratoria (norma: 30-60 respiraciones por minuto) y la profundidad de la respiración, que debe ser regular y sin signos de dificultad respiratoria (p. ej., retracción intercostal, aleteo nasal). La frecuencia respiratoria por debajo de 30 respiraciones o por encima de 60 podría indicar un trastorno respiratorio que requiere intervención. La frecuencia y profundidad de la respiración son indicadores cruciales para detectar alteraciones como la hipoxia o desadaptación pulmonar (World Health Organization, 2022).

- Función cardíaca: La frecuencia cardíaca normal en un recién nacido sano es entre 120-160 latidos por minuto. Debe ser regular y sin signos de arritmias o soplos cardíacos. Es esencial escuchar los ruidos cardíacos con un estetoscopio pediátrico y verificar si se presentan ritmos irregulares o cualquier otro signo de insuficiencia cardíaca (World Health Organization, 2022).
- Control de la glucosa: La glucosa capilar se debe medir en los recién nacidos con riesgo de hipoglucemia (como aquellos con peso bajo, prematuros, o madres diabéticas). Se recomienda medir la glucosa al nacimiento y cada 3 horas en las primeras 24 horas. El valor normal de glucosa es 70-100 mg/dL. Un nivel inferior a 45 mg/dL puede ser indicativo de hipoglucemia neonatal y debe ser tratado inmediatamente con glucosa intravenosa (World Health Organization, 2022).
- Evaluación del tono muscular: El tono muscular del neonato debe ser normal, sin signos de hipotonía (bajo tono) ni hipertonía (alto tono). Se puede usar la Escala de Evaluación del Tono Muscular de Dubowitz, que mide la flexión y la extensión de las extremidades del neonato, ayudando a identificar cualquier anomalía neurológica (World Health Organization, 2022).
- Monitoreo constante de la temperatura: Se debe tomar la temperatura rectal del neonato cada 30 minutos en las primeras 2 horas de vida para asegurarse de que no se presente hipotermia. La temperatura normal en un neonato es entre 36.5°C y 37.5°C. Si la temperatura es inferior a 36.5°C, se debe iniciar un protocolo de calentamiento gradual con incubadoras térmicas (World Health Organization, 2022).

- Uso de mantas térmicas y gorros: Justo después del parto, se debe envolver al recién nacido en mantas térmicas y colocarle un gorro, con el objetivo de evitar la pérdida de calor corporal. Se debe mantener al bebé en un entorno controlado térmicamente, evitando la exposición a corrientes de aire frío (World Health Organization, 2022).
- Contactos piel a piel: El contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido durante las primeras 2 horas es fundamental para mantener la temperatura corporal, favorecer la lactancia inmediata y mejorar el vínculo afectivo. Este contacto ayuda a estabilizar la temperatura central del bebé al utilizar el calor corporal materno (World Health Organization, 2022).
- Uso de incubadoras y termocunas: Para neonatos prematuros o de bajo peso, usar incubadoras térmicas con control automático de temperatura para asegurar una temperatura constante. La temperatura ideal de la incubadora debe estar entre 36.5°C y 37.5°C, similar a la temperatura corporal del recién nacido. Las termocunas pueden ser usadas para proporcionar calor radiante y son esenciales para aquellos neonatos con dificultad para regular su temperatura corporal (World Health Organization, 2022).
- Evaluación de la temperatura cada 4 horas: Asegurarse de que la temperatura se mantenga dentro de los parámetros establecidos durante las primeras 24 horas. Si se presenta una variabilidad en la temperatura (superior a 0.5°C), debe investigarse la causa subyacente (Smith-Norowitz et al., 2021).

Tabla 1. Valoración del recién nacido.

ÁREA DE EVALUACIÓN	ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	PARÁMETROS NORMALES	IMPORTANCIA CLÍNICA / INTERPRETACIÓN
VALORACIÓN INICIAL	Evaluación con índice de **Apgar** a 1 y 5 minutos	Puntaje máximo: 10	Evalúa adaptación neonatal inmediata (FC, respiración, tono, reflejos y color). Puntaje <7 indica necesidad de intervención.
FUNCIÓN RESPIRATORIA	Monitoreo de frecuencia y profundidad respiratoria	30–60 respiraciones/ min	Detecta dificultad respiratoria, hipoxia o desadaptación pulmonar. Valores <30 o >60 requieren evaluación inmediata.
FUNCIÓN CARDIOVASCULAR	Valoración de frecuencia cardíaca y auscultación	120–160 latidos/min	Identifica arritmias, soplos o signos de insuficiencia cardíaca neonatal.
CONTROL METABÓLICO	Medición de glucosa capilar en neonatos de riesgo	70–100 mg/dL	Prevención de hipoglucemia neonatal. Valores <45 mg/dL requieren tratamiento inmediato.
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA	Valoración del tono muscular	Tono muscular adecuado	Permite detectar alteraciones

	(Escala de Dubowitz)		neurológicas como hipotonía o hipertonía.
TERMORREGULACIÓN INICIAL	Control de temperatura rectal cada 30 min (primeras 2 h)	36.5°C – 37.5°C	Previene hipotermia neonatal. Temperatura <36.5°C requiere protocolo de calentamiento.
PREVENCIÓN DE PÉRDIDA DE CALOR	Uso de mantas térmicas y gorro neonatal	Mantener estabilidad térmica	Reduce pérdida de calor por evaporación, conducción y convección.
ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA Y VÍNCULO	Contacto piel a piel madre–recién nacido	Primeras 2 horas de vida	Favorece termorregulación, inicio de lactancia y vínculo afectivo temprano.
SOPORTE TÉRMICO ESPECIALIZADO	Uso de incubadoras o termocunas en prematuros o bajo peso	36.5°C – 37.5°C	Mantiene temperatura constante en neonatos con inmadurez térmica.
SEGUIMIENTO TÉRMICO	Evaluación de temperatura cada 4 horas (primeras 24 h)	Variación ≤0.5°C	Detecta alteraciones metabólicas, infecciosas o ambientales tempranas.

Fuente. Elaboración propia

2.4 Alimentación y lactancia materna

La alimentación inicial del recién nacido es esencial para su desarrollo fisiológico, nutricional e inmunológico. La lactancia materna exclusiva ofrece una combinación óptima de nutrientes, anticuerpos y factores bioactivos fundamentales para la protección inmunológica y el crecimiento del neonato. Iniciar la lactancia dentro de la primera hora de vida es crucial, ya que el calostro, que es rico en inmunoglobulinas, proteínas y factores de crecimiento, proporciona protección inmediata contra patógenos y facilita la colonización del microbioma intestinal (Arias et al., 2023).

El contacto piel a piel inmediato tiene efectos fisiológicos importantes, como la estabilización de la frecuencia cardíaca, la regulación térmica y la mejora de la oxigenación. Este contacto también favorece la secreción de oxitocina y prolactina, hormonas que estimulan la expulsión de la placenta y la producción de leche, asegurando una adecuada nutrición para el bebé (30). Además, la lactancia materna en las primeras horas tiene un impacto positivo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, promoviendo la vinculación materno-filial y mejorando la adaptación postnatal (Hernández et al, 2024).

El inicio temprano de la lactancia materna también está asociado con la reducción del riesgo de depresión postparto en la madre, ya que la liberación de oxitocina y endorfinas mejora el bienestar psicoemocional y refuerza el vínculo afectivo (World Health Organization, 2022).

Asimismo, mantener la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida constituye la medida más efectiva para

promover la salud del recién nacido, dado que disminuye de manera notable la aparición de infecciones a nivel gastrointestinal, respiratorio y de oído medio. Más allá de su aporte nutricional, la leche materna desempeña un papel clave en la maduración del sistema inmunitario del lactante. Entre sus componentes se encuentran anticuerpos como la IgA, encargada de proteger las mucosas intestinal y respiratoria, así como la IgM y la IgG, que aportan defensa frente a infecciones de carácter sistémico. (Hernández et al., 2024; Huang et al., 2022). Además, facilita la colonización del microbioma intestinal, contribuyendo a un microbiota saludable, lo que reduce la prevalencia de enfermedades durante los primeros meses de vida (Brimdyr et al., 2023).



Figura 17. Lactancia y control de bilirrubina.

Fuente. Elaboración propia

El contacto piel a piel y la lactancia materna exclusiva también mejoran la succión eficaz del bebé, estimulando la producción láctea adecuada y garantizando una nutrición óptima desde el primer momento. Es

fundamental iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, ya que este inicio temprano proporciona un efecto protector inmediato al recién nacido. Esto optimiza la absorción de calostro, que es crucial para la protección inmunológica del bebé, y facilita la colonización de su microbiota intestinal, favoreciendo su adaptación fisiológica (Jurgelėnė et al., 2024).

De igual manera, ofrecer el pecho a demanda resulta fundamental para asegurar que el bebé reciba la cantidad de leche materna necesaria para su crecimiento y desarrollo. El hecho de alimentar al recién nacido conforme a sus propias necesidades, sin imponer límites en la cantidad ni en la frecuencia de las tomas, garantiza un aporte nutricional apropiado durante los primeros días de vida (Jurgelėnė et al., 2024).

Asimismo, conviene evitar el empleo de biberones y chupetes durante las primeras semanas, dado que su uso puede alterar el reflejo de succión del recién nacido y complicar el establecimiento adecuado de la lactancia materna. El contacto directo y sostenido con el pecho materno, en cambio, favorece que el patrón de succión se desarrolle correctamente (Brimdyr et al., 2023).

Finalmente, el apoyo continuo a la madre es clave para el éxito de la lactancia materna. La intervención de enfermería debe centrarse en brindar apoyo emocional y soluciones prácticas a las madres, especialmente para resolver problemas comunes como el dolor en los pezones o la preocupación por la cantidad de leche, lo cual asegura una experiencia exitosa de lactancia materna exclusiva (Brimdyr et al., 2023).

2.4.1 Valoración de la Lactancia y Alimentación

La lactancia materna es esencial para el bienestar del recién nacido, ya que, además de proporcionar los nutrientes fundamentales, contiene anticuerpos, factores de crecimiento y enzimas digestivas que favorecen la adaptación del sistema inmunológico y gastrointestinal del bebé. En este sentido, la intervención de enfermería juega un papel crucial, ya que debe centrarse en asegurar que el bebé reciba una alimentación adecuada, especialmente en los primeros días críticos después del nacimiento, cuando la producción de calostro resulta ser vital para el inicio de la vida extrauterina (Brimdyr et al., 2023).

El calostro, que se produce durante los primeros 3 a 5 días, es la primera leche que produce la madre. Aunque su cantidad es pequeña, es extremadamente densa en nutrientes y anticuerpos esenciales para el recién nacido. Esta leche contiene inmunoglobulinas, vitaminas A y E, y proteínas que proporcionan una protección temprana contra infecciones. A pesar de que el volumen de calostro por toma puede ser tan bajo como 5-10 ml, esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales y de hidratación del bebé en sus primeros días de vida (Brimdyr et al., 2023).

Una vez pasado este período inicial, entra en juego la leche de transición, que se produce entre los 5 y 10 días de vida. Esta leche tiene un contenido más elevado en grasas y calorías en comparación con el calostro, lo que la convierte en un componente clave para cubrir las necesidades energéticas crecientes del recién nacido durante esta fase de adaptación (Brimdyr et al., 2023).



Figura 18. Cantidad de leche que requiere el bebé recién nacido.

Fuente. Elaboración propia basada en Gupta et al (2023).

Posteriormente, se alcanza la leche materna madura, que comienza a producirse a partir de los 10 días. Esta leche se caracteriza por un alto contenido de grasas, lactosa y proteínas. Su volumen y concentración de nutrientes se ajustan de acuerdo con la demanda del bebé, variando entre 60-150 ml por toma, dependiendo de la edad y el peso del neonato (ver figura 10) (Gupta et al., 2023). Resulta esencial supervisar tanto la técnica de succión como la deglución del bebé, con el fin de confirmar que está obteniendo un volumen suficiente de leche. En caso de identificar una succión inadecuada, conviene corregir la posición del bebé o, de ser necesario, derivar el caso a un especialista en lactancia. Esta vigilancia resulta clave para evitar complicaciones como las fisuras en los pezones o la hipoglucemia. (Win et al., 2021).

2.5 Alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto, recomendado por la OMS, consiste en mantener al recién nacido junto a su madre en la misma habitación o cama tras el parto. Esta práctica favorece la lactancia a demanda, el vínculo afectivo y la adaptación fisiológica del bebé al entorno extrauterino. A continuación, se destacan los beneficios de esta práctica y el rol esencial de la enfermera en promover la lactancia materna.

El alojamiento conjunto mejora la lactancia materna al facilitar la lactancia a demanda, lo que optimiza la succión del bebé y favorece la producción de leche materna. Los estudios indican que los neonatos alojados junto a sus madres tienen mayores tasas de lactancia exclusiva y continuidad a largo plazo (Win et al., 2021)

Además, fomenta el contacto piel a piel, que no solo mejora la termorregulación y adaptación metabólica del bebé, sino que también regula la frecuencia cardíaca y la oxigenación. Este contacto facilita la liberación de oxitocina en la madre, promoviendo el inicio de la lactancia y la expulsión de la placenta (Hernández et al., 2024).



Figura 19. Lactancia y control de bilirrubina.

Fuente. Elaboración propia

El constante contacto entre madre e hijo refuerza el vínculo afectivo, esencial para el bienestar emocional de ambos. Por otro lado, ayuda a disminuir los niveles de estrés en la madre, factor que a su vez incide positivamente en la producción láctea. En cuanto al recién nacido, el alojamiento conjunto favorece su adaptación fisiológica al facilitar la regulación de la temperatura corporal, el desarrollo adecuado de la microbiota intestinal y una respuesta inmunológica más eficiente, aspectos particularmente relevantes en el caso de neonatos prematuros o con bajo peso al nacer (Arias et al., 2023).

En este contexto, la enfermera cumple una función indispensable para que tanto el alojamiento conjunto como la lactancia materna se desarrollen con éxito. Su trabajo abarca no solo el control del estado de salud de la madre y el bebé, sino también el acompañamiento emocional y la orientación educativa durante las primeras horas y días tras el parto. Una de sus tareas centrales consiste en transmitir a la madre la

importancia de comenzar la lactancia dentro de la primera hora de vida, de modo que el recién nacido pueda recibir calostro, un elemento clave para su sistema inmunológico y su nutrición en esta etapa inicial. A esto se suma la enseñanza de las posturas correctas para el amamantamiento, lo que contribuye a reducir riesgos como el dolor en los pezones o una succión poco efectiva (Vasquez et al., 2022).

Adicionalmente, la enfermera da un seguimiento continuo al estado del bebé, mediante el control de la frecuencia de las tomas junto con otros parámetros entre ellos el peso corporal y el número de pañales mojados con el fin de comprobar que la ingesta de leche sea la adecuada. Ante cualquier indicio de succión deficiente, le corresponde modificar la técnica de amamantamiento empleada y plantear las soluciones pertinentes. (COMEPA, 2021).

El apoyo emocional es crucial, ya que muchas madres experimentan estrés o ansiedad debido a dificultades con la lactancia. La enfermera debe ofrecer consuelo y tranquilidad, asegurándose de que la madre se sienta apoyada y bien informada. Además, debe proporcionar educación continua sobre la lactancia materna exclusiva, la identificación de señales de hambre del bebé y el manejo de problemas comunes, como la mastitis, garantizando que la lactancia sea la principal fuente de nutrición durante los primeros meses (COMEPA, 2021).

2.6 Prevención de infecciones neonatales

Tabla 2. Enfermería en la prevención de infecciones neonatales.

Intervención de enfermería	Descripción del cuidado	Fundamento científico
Mantenimiento de la zona del cordón limpia y seca	Mantener el cordón umbilical limpio y seco, evitando el contacto con orina o heces mediante una correcta colocación del pañal por debajo del muñón.	La humedad favorece la proliferación bacteriana, incrementando el riesgo de infección neonatal y retrasando la cicatrización del cordón.
Observación de signos de infección	Evaluar periódicamente la presencia de enrojecimiento, edema, calor local, mal olor o secreción purulenta en la base del cordón.	La detección precoz de signos inflamatorios permite identificar oportunamente la onfalitis y realizar intervención antibiótica temprana, reduciendo complicaciones sistémicas.
Desinfección con alcohol al 70%	Aplicar alcohol al 70% en la base del cordón durante las	La antisepsia disminuye la colonización bacteriana local y

	primeras 24 horas y posteriormente en cada cambio de pañal hasta la caída del muñón.	favorece el proceso fisiológico de momificación y desprendimiento del cordón.
Evitar el uso de polvos o ungüentos	No aplicar talcos, cremas, aceites ni productos tópicos no indicados sobre el cordón umbilical.	El uso de sustancias no estériles puede alterar la cicatrización natural, retener humedad y aumentar el riesgo de infección umbilical.
Control del estado de la piel periumbilical	Inspeccionar y limpiar cuidadosamente la piel circundante al cordón, observando signos de irritación, maceración o supuración.	La vigilancia continua del área periumbilical permite prevenir lesiones cutáneas y detectar precozmente procesos infecciosos locales.

Nota. Elaboración propia

2.7 Cuidado dermatológico y evaluación de la piel

Prevención de la dermatitis del pañal: Es recomendable cambiar el pañal del neonato cada dos horas, o de inmediato tras cada evacuación, con el fin de evitar la irritación cutánea y reducir el riesgo de dermatitis. El contacto prolongado de la piel con la orina y las heces puede debilitar la barrera cutánea, favoreciendo procesos inflamatorios y generando condiciones propicias para el desarrollo de infecciones. Como medida de protección, se sugiere el uso de cremas de barrera a base de óxido de zinc, compuesto que posee propiedades antiinflamatorias y antibacterianas. Gracias a estas características, actúa como una capa protectora que impide el contacto directo entre la piel y la humedad, así como con las sustancias irritantes presentes en las heces y la orina. Asimismo, el óxido de zinc contribuye a disminuir la irritación y a acelerar la recuperación de la piel afectada, resultando eficaz en la prevención de la dermatitis del pañal (Win et al., 2021).

Hidratación cutánea: Se recomienda el uso de emolientes hipoalergénicos para conservar la piel hidratada, dado que la piel del recién nacido es particularmente propensa a la sequedad, condición que puede derivar en lesiones o erupciones.

Vigilancia de la ictericia: Debe evaluarse la piel del neonato cada 12 horas en busca de signos de ictericia, prestando especial atención al rostro, el tórax y las extremidades inferiores. Si esta se manifiesta transcurridas las primeras 24 horas de vida, corresponde medir los niveles de bilirrubina.

Control del eritema tóxico neonatal: Conviene observar la posible aparición de eritema tóxico, caracterizado por pápulas rojizas que remiten espontáneamente. Se trata de un hallazgo habitual en los neonatos que no requiere tratamiento, aunque debe distinguirse de otras condiciones, como infecciones cutáneas o reacciones alérgicas a productos.

Protección frente al frío y al calor: Es importante resguardar la piel del neonato de temperaturas extremas, evitando la exposición prolongada a ambientes especialmente fríos o cálidos, ya que su piel presenta una mayor sensibilidad ante los cambios bruscos de temperatura (Win et al., 2021).



Figura 20. Guía esencial para el cuidado de la piel.

Fuente. Elaboración propia

2.8 Inmunización del recién nacido

La inmunización del recién nacido constituye una de las herramientas más eficaces para prevenir enfermedades graves desde sus primeros días de vida. Dentro de este marco, destacan las vacunas contra la Hepatitis B (HB) y la Tuberculosis (BCG), cuya administración poco después del parto resulta fundamental para resguardar al bebé frente a infecciones que pueden poner en riesgo su vida. A continuación, se detallan las consideraciones de enfermería, contraindicaciones, y especificaciones de cada una de estas vacunas.

BCG (Bacilo Calmette-Guérin)

La vacuna BCG es una de las primeras vacunas administradas al recién nacido. Protege principalmente contra la tuberculosis, particularmente en sus formas más graves como la tuberculosis miliar y la meningitis tuberculosa, enfermedades que pueden tener un desenlace fatal en los neonatos. La vacuna BCG protege contra la tuberculosis, especialmente en sus formas graves como la meningitis y la tuberculosis miliar. Se administra en una dosis única al nacer y puede aplicarse hasta los 664 días de vida, en el deltoides izquierdo del brazo del recién nacido. La vía de administración es intradérmica, es decir, se inyecta en la capa superficial de la piel.

Tras la aplicación de la vacuna, se espera que se forme una úlcera en el sitio de inyección que cicatriza entre los 30 y 60 días después de la aplicación. Este proceso es normal y refleja que la vacuna está funcionando para generar una respuesta inmune. El área afectada puede

volverse roja y formar una pequeña costra o cicatriz que indica una reacción inmunológica adecuada (Gupta et al., 2023).

Consideraciones de enfermería:

Vigilancia posterior a la vacunación: Es necesario observar el sitio de inyección para verificar que la formación de la úlcera y su posterior cicatrización sigan una evolución normal, descartando la presencia de signos de infección local o de inflamación excesiva.

Orientación a los padres: Resulta importante que los padres comprendan que la aparición de la úlcera constituye una reacción esperada tras la vacunación, y que el proceso de cicatrización puede prolongarse hasta 60 días. Deben recibir indicaciones claras sobre el cuidado de la zona afectada, evitando tocarla o rascarla, a fin de prevenir posibles infecciones.

No aplicar otras vacunas en el mismo sitio: Se debe evitar administrar cualquier otra vacuna en el lugar donde se aplicó la BCG, ya que esto podría interferir con la respuesta inmunitaria generada.

Contraindicaciones:

- Inmunodeficiencia: La vacuna BCG está contraindicada en neonatos con inmunodeficiencia severa o aquellos que recibieron tratamiento inmunosupresor (quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Infección activa por VIH: En neonatos con VIH positivo que tienen signos de inmunodeficiencia grave, la vacuna BCG está contraindicada debido a los riesgos de reacciones adversas graves.

- Reacciones alérgicas graves previas: En caso de haber experimentado una alergia grave o anafilaxis a alguna de las sustancias contenidas en la vacuna, debe evitarse su administración (Navarro, 2021).

Hepatitis B

La vacuna contra la Hepatitis B tiene como propósito proteger al recién nacido frente a la infección por el virus de la Hepatitis B (VHB), el cual puede transmitirse de la madre al bebé durante el proceso de parto. Esta infección, de no recibir un tratamiento adecuado, puede evolucionar hacia cirrosis hepática o cáncer de hígado, siendo además una de las causas principales de insuficiencia hepática crónica en la edad adulta. Al aplicarse de forma temprana, la vacuna contribuye a prevenir el contagio y disminuye considerablemente el riesgo de transmisión vertical de madre a hijo, evitando así las graves consecuencias hepáticas asociadas a este virus. Se administra una dosis inicial dentro de las primeras 24 horas de vida. Se aplica en el muslo izquierdo del recién nacido (por lo general, en el músculo vasto lateral por vía intramuscular, administrada directamente en el músculo (Ramsay et al., 2022).

Consideraciones de enfermería:

- Monitoreo post-vacunación: La vacuna contra la Hepatitis B es generalmente bien tolerada. Se debe vigilar cualquier posible signo de reacción alérgica local o sistémica, como fiebre o hinchazón en el sitio de inyección.
- Educación a los padres: Los padres deben ser informados sobre el esquema de vacunación y la importancia de la vacunación

continua en los meses siguientes para asegurar una protección completa.

- Prevención de infecciones: Es importante asegurar que el área de la inyección esté limpia y que el bebé no toque el sitio de la aplicación para evitar infecciones.

Contraindicaciones:

- Alergia grave: Está contraindicada en neonatos con hipersensibilidad grave a cualquier componente de la vacuna.

Neonatos con infecciones graves: Si el recién nacido presenta una infección sistémica activa o fiebre elevada, la administración de la vacuna debe retrasarse hasta la resolución de la condición clínica (Arias et al., 2023).

2.9 Evaluación de la edad gestacional

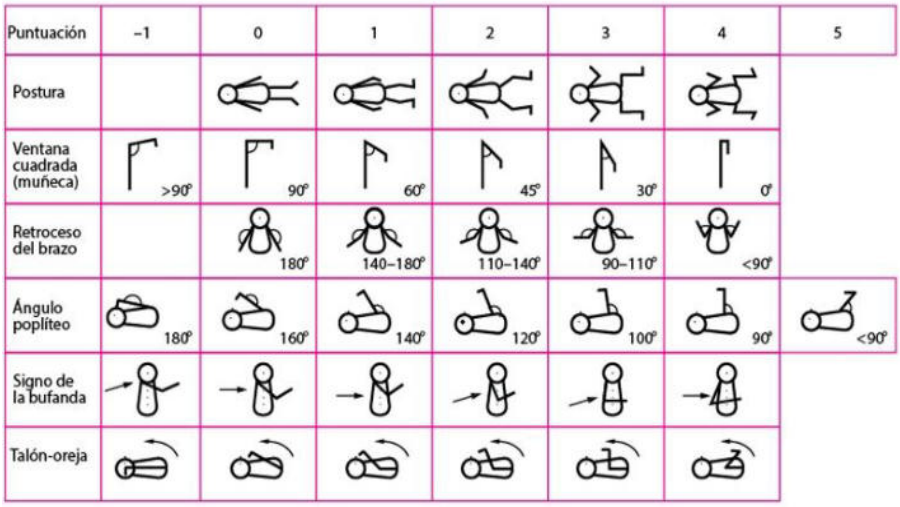
La edad gestacional (EG) representa un factor clave en la clasificación y el manejo clínico del recién nacido, ya que permite determinar su grado de madurez tanto física como neurológica. Este dato incide directamente en decisiones relacionadas con la alimentación, la prevención de infecciones, el control térmico y, en términos generales, el cuidado global del neonato. Contar con una estimación precisa de la edad gestacional resulta esencial para diferenciar entre neonatos prematuros, a término o postérmino, y así definir los cuidados particulares que cada caso demanda. Cuando no se dispone de información confiable sobre la fecha de la última menstruación o de una ecografía, existen métodos alternativos para calcular la EG, siendo la

Escala de Ballard y el Test de Capurro los más utilizados. Ambas herramientas se fundamentan en la valoración de rasgos físicos y neuromusculares del recién nacido, lo que posibilita una estimación bastante confiable de su edad gestacional. En este apartado se detalla el proceso de aplicación de estos métodos, su importancia en la práctica clínica y el rol clave de la enfermera en su implementación y aplicación.

2.9.1 Escala de Ballard

La Escala de Ballard, desarrollada por James Ballard en 1979, es una herramienta ampliamente utilizada en la neonatología para estimar la edad gestacional mediante la evaluación de características neuromusculares y físicas del recién nacido. Esta escala se basa en la premisa de que la madurez neuromuscular y física del bebé se correlacionan con su edad gestacional, es decir, los bebés más prematuros presentarán menos madurez en estos parámetros. La escala consta de dos componentes principales: la evaluación neuromuscular y la física, que juntas proporcionan una estimación confiable de la EG (Ver figura 21).

Madurez neuromuscular



Madurez física

Piel	Pastosa, friable, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial o exantema, pocas venas	Agrietamiento, zonas pálidas, venas raras	Apergaminada, grietas profundas, ausencia de vasos	Coriácea, agrietada, arrugada
Lanugo	Ninguno	Escaso	Abundante	Adelgazamiento	Zonas alopécicas	En su mayor parte, alopécico	
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, ausencia de pliegues	Marcas rojas, apenas visibles	Surco transversal anterior único	Surcos en los 2/3 anteriores	Surcos en toda la planta	
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Aréola plana, ausencia de botón mamario	Aréola punteada, botón de 1-2 mm	Aréola elevada, botón de 3-4 mm	Aréola completa, botón de 5-10 mm	
Ojo/oído	Párpados fusionados laxamente: -1 Párpados fusionados estrechamente: -2	Párpados abiertos, pabellones auriculares planos, permanece plegado	Pabellón auricular ligeramente curvado, blando, retracción lenta	Pabellón bien formado, blando, pero retrocede con facilidad	Formado y firme, retracción instantánea	Cartílago grueso, oreja rígida	
Genitales (masculinos)	Escroto plano, liso	Escroto vacío, rugosidades finas	Testículos en la parte superior del conducto, escasas rugosidades	Testículos en descenso, pocas rugosidades	Testículos descendidos, rugosidades adecuadas	Testículos péndulos, rugosidades profundas	
Genitales (femeninos)	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores en crecimiento	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clítoris y los labios menores	

Clasificación de madurez

Puntuación	Semanas
−10	20
−5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Figura 21. Test de Ballard.

Fuente. Elaboración propia basada en Win et al (2021).

2.10 Valoración de reflejos neonatales

2.10.1 Evaluación Neuromuscular

El componente neuromuscular de la Escala de Ballard observa la tensión muscular y la postura del recién nacido, que reflejan el desarrollo de su sistema nervioso. Las principales características que se valoran en este componente son:

- Se observa el grado de flexión de las extremidades del bebé. En neonatos a término, la postura es más flexionada, mientras que en los prematuros se observa hipotonía o tono muscular reducido con extremidades más extendidas.
- Consiste en evaluar la fuerza con la que el bebé puede agarrar un dedo con su mano. En neonatos a término, la prensión es fuerte y adecuada, mientras que en prematuros es débil.
- Este reflejo se evalúa al mover al bebé por sus extremidades, y en neonatos a término se observa una respuesta coordinada y efectiva, mientras que los prematuros muestran movimientos más torpes y descoordinados.
- El tono de las extremidades se evalúa observando la capacidad del bebé para flexionar o extender sus brazos y piernas. Los bebés prematuros presentan hipotonía generalizada, mientras que los a término tienen un tono más fuerte y las extremidades están en una postura flexionada. Cada uno de estos aspectos recibe un puntaje de 0 a 5, y la suma de las puntuaciones proporciona un valor total para la evaluación neuromuscular (Navarro, 2021).

2.10.2 Evaluación Física

La evaluación física se basa en las características externas del recién nacido, relacionadas con su grado de madurez física. Los parámetros físicos evaluados incluyen:

- Textura de la piel: En neonatos a término, la piel es gruesa, opaca y sin arrugas, mientras que en los prematuros la piel es delgada, translúcida y con arrugas visibles.
- Pliegues plantares: Los neonatos prematuros tienen pocos pliegues plantares que cubren solo la base de los pies, mientras que los neonatos a término presentan pliegues profundos que cubren toda la planta del pie.
- Desarrollo de las uñas: Las uñas de los recién nacidos a término llegan hasta la punta de los dedos, mientras que en los prematuros las uñas son más cortas y no alcanzan la punta.
- Desarrollo del cabello: Los neonatos a término tienen cabello grueso y denso, mientras que en los prematuros el cabello es fino y escaso.
- Desarrollo mamario: En los neonatos a término, las mamas están bien desarrolladas, mientras que en los prematuros las mamas son poco prominentes.

La evaluación física también se puntúa de 0 a 5 para cada uno de estos parámetros, y la suma de las puntuaciones proporciona un valor total (Arias et al., 2023).

2.10.3 Resultado y Estimación de la Edad Gestacional

La combinación de los puntajes obtenidos de la evaluación neuromuscular y física da lugar a una puntuación total, que se utiliza para estimar la edad gestacional del recién nacido. De acuerdo con la puntuación total, la EG se clasifica en semanas de la siguiente manera:

- Puntaje total de 10-19 puntos: Recién nacido pretérmino (< 36 semanas).
- Puntaje total de 20-39 puntos: Recién nacido a término (37-42 semanas).
- Puntaje total de 40 puntos o más: Recién nacido postérmino (> 42 semanas).

a) Aplicación en la Práctica de Enfermería

El papel de la enfermera en la aplicación de la Escala de Ballard es fundamental, ya que esta profesional debe realizar la observación clínica detallada del recién nacido para identificar las características físicas y neuromusculares que se valoran. El equipo de enfermería juega un papel clave en la documentación precisa de la puntuación obtenida y la comunicación de los resultados al equipo médico, lo que permite ajustar el plan de cuidados, incluyendo la alimentación, la monitorización de la temperatura y la prevención de infecciones (Arias et al., 2023).

2.10.4 Test de Capurro

El Test de Capurro es una herramienta rápida y eficiente que se utiliza para estimar la edad gestacional basada en las características físicas del recién nacido. Desarrollado en 1978, este método es especialmente útil

en situaciones de emergencia o cuando no se dispone de datos completos sobre la gestación del bebé.

El Test de Capurro se basa en la evaluación de cinco características principales del recién nacido:

- Textura de la piel: En los neonatos prematuros, la piel es fina y translúcida, mientras que los neonatos a término presentan una piel gruesa y opaca.
- Pliegues plantares: Los neonatos prematuros presentan pocos pliegues o pliegues superficiales en la planta de los pies, mientras que los neonatos a término tienen pliegues profundos que cubren toda la planta.
- Desarrollo de las uñas: En los recién nacidos a término, las uñas sobresalen de la punta de los dedos, mientras que en los prematuros las uñas son más cortas y no llegan a la punta.
- Longitud del cabello: Los neonatos prematuros tienen cabello fino y escaso, mientras que los neonatos a término presentan cabello más grueso y denso.
- Desarrollo mamario: Los neonatos a término tienen mamas más prominentes, mientras que los prematuros tienen mamas pequeñas y poco desarrolladas (Navarro, 2021).

a) 10.4.1. Aplicación del Test de Capurro en Enfermería

El Test de Capurro es especialmente útil en situaciones donde se requiere una estimación rápida de la edad gestacional. La enfermera debe realizar una observación detallada de las características físicas del

bebé y calcular la puntuación total de acuerdo con los parámetros establecidos. Este test es eficaz en contextos de emergencia o en áreas con limitaciones de recursos, proporcionando una estimación fiable y rápida de la edad gestacional para guiar el tratamiento inmediato del recién nacido (Navarro, 2021).

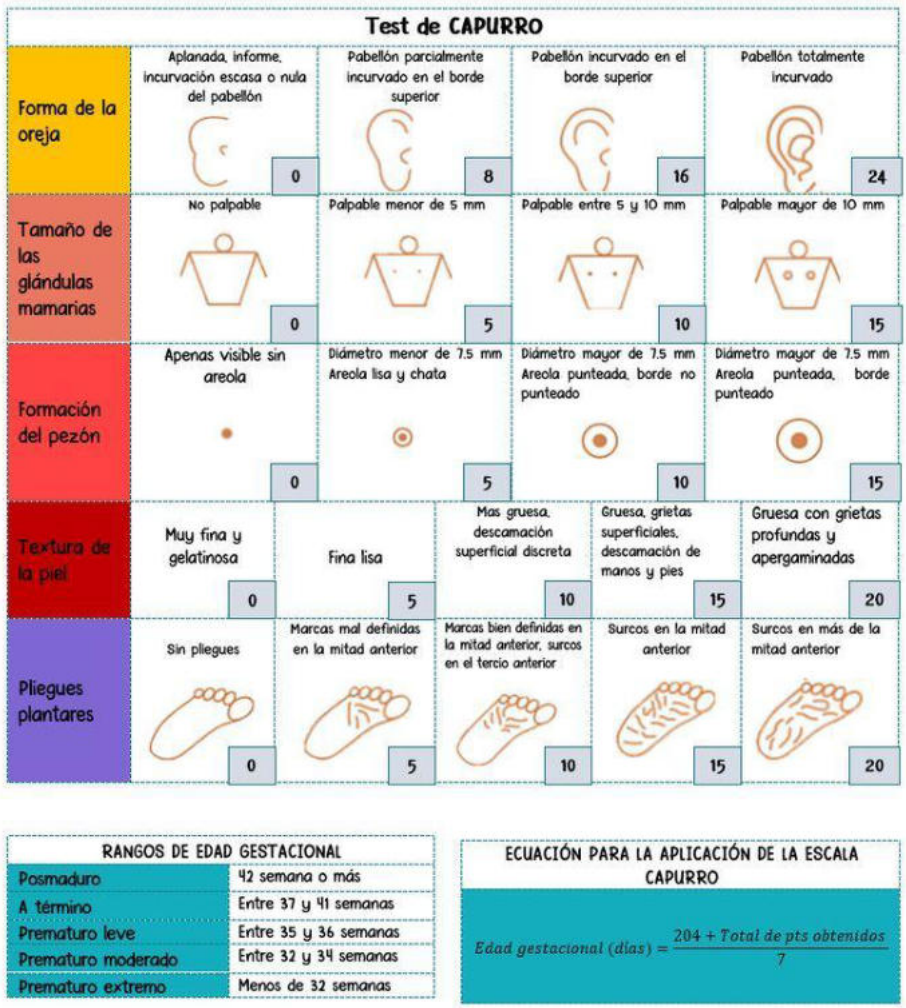


Figura 22. Test de Capurro.

Fuente. Elaboración propia

2.11 Reflejos en el recién nacido – valoración

La evaluación de los reflejos primitivos en el recién nacido constituye un elemento clave para valorar el estado del sistema nervioso central, el cual continúa madurando tras el parto. Estos reflejos, de carácter automático e involuntario, están mediados por el sistema nervioso y desempeñan un papel importante tanto en la supervivencia del bebé como en su proceso de adaptación al entorno extrauterino. Su exploración permite verificar que el desarrollo del recién nacido se ajuste a los parámetros esperados, aportando información relevante sobre su madurez neurológica, su desarrollo motor y su capacidad para reaccionar apropiadamente ante distintos estímulos. La ausencia o persistencia anómala de estos reflejos puede ser indicativa de disfunciones neurológicas, lo que hace que la correcta valoración clínica de los mismos sea crucial en la detección temprana de posibles alteraciones (Jurgelėnė et al., 2024).

2.11.1 Reflejo de Succión

El reflejo de succión es uno de los más críticos para la supervivencia del recién nacido, ya que permite la alimentación. Se evalúa colocando el dedo o el pezón en la boca del bebé, quien debe comenzar a realizar movimientos rítmicos de succión. Este reflejo se presenta inmediatamente después del nacimiento y es esencial para la alimentación en las primeras semanas de vida. Su presencia indica que el bebé está listo para alimentarse y que su sistema nervioso es capaz de coordinar los movimientos necesarios para la succión. La ausencia de este reflejo puede indicar problemas neurológicos como hipotonía o

dificultades en la coordinación neuromuscular, comprometiendo la capacidad del bebé para alimentarse correctamente. Este reflejo sigue siendo muy fuerte durante el primer mes de vida, y la debilidad o ausencia de su respuesta debe ser evaluada por un profesional para descartar problemas neurológicos (Jurgelėnė et al., 2024).

2.11.2 Reflejo de Búsqueda (Hociqueo)

El reflejo de búsqueda o hociqueo es evaluado al tocar la mejilla del bebé con un dedo o un objeto. El bebé debe girar su cabeza hacia el estímulo y abrir la boca en un intento de buscar el pezón. Este reflejo permite al bebé localizar el pezón para alimentarse. Este reflejo se presenta desde el nacimiento y es vital en los primeros días de vida. Su presencia durante las primeras semanas indica que el sistema nervioso está lo suficientemente maduro para coordinar la búsqueda del alimento. Este reflejo es generalmente más intenso durante las primeras 4-6 semanas de vida. La ausencia o debilidad del reflejo podría ser indicativa de problemas en el desarrollo neurológico o de una dificultad en la interacción del bebé con el entorno, lo que podría interferir con la lactancia y la alimentación del bebé (Navarro, 2021).

2.11.3 Reflejo de Moro (Sobresalto)

El reflejo de Moro o sobresalto se evalúa al hacer un estímulo brusco, como un sonido fuerte o un movimiento rápido cerca del bebé. Esto provoca que el bebé extienda los brazos y luego los recoja rápidamente hacia su torso, acompañado generalmente de un llanto. Este reflejo es un mecanismo protector que responde a estímulos repentinos, como un potencial de caída, y es esencial para la supervivencia. Este reflejo se

manifiesta en el recién nacido inmediatamente después del parto y alcanza su mayor notoriedad durante los primeros 2 a 3 meses de vida. Su presencia en las primeras semanas es un indicador de que el sistema nervioso del bebé responde de manera adecuada a los estímulos externos. No obstante, si persiste más allá del tercer mes, podría tratarse de un signo de alteración neurológica —como parálisis cerebral o algún tipo de lesión cerebral—, situación que amerita una valoración más detallada por parte del equipo de salud. (Navarro, 2021).

2.11.4 Reflejo de la Marcha Automática

El reflejo de la marcha automática se observa cuando el bebé es sostenido en posición vertical, con los pies en contacto con una superficie plana. Esto provoca que el bebé mueva las piernas de manera alternada, como si estuviera caminando. Este reflejo es una manifestación temprana de coordinación motora y refleja la capacidad del sistema motor para coordinar movimientos básicos. El reflejo generalmente se presenta en las primeras 2-3 semanas de vida, pero desaparece en las siguientes 4-6 semanas, cuando los movimientos controlados y voluntarios comienzan a reemplazar los automáticos. La desaparición de este reflejo es completamente normal y refleja el desarrollo de un control motor más maduro. La ausencia de este reflejo o su persistencia más allá de las primeras semanas podría indicar problemas en el desarrollo motor y requerir una evaluación más detallada (Ramsay et al., 2022).



Figura 23. Reflejo de marcha automática.

Fuente. Elaboración propia

2.11.5 Reflejo de Babinski (Extensión Plantar)

El reflejo de Babinski se evalúa al frotar la planta del pie del bebé, desde el talón hasta los dedos. Esto provoca la extensión del dedo gordo del pie y la separación de los demás dedos. Este reflejo es normal en los recién nacidos y se presenta inmediatamente después del nacimiento. Generalmente, este reflejo persiste hasta los 6 meses de vida, momento en el que el tracto corticoespinal se madura. La presencia de este reflejo en el recién nacido es un signo de un sistema nervioso funcional y un desarrollo adecuado del cerebro y la médula espinal. Si este reflejo persiste más allá de los 12 meses, puede ser un signo de alteraciones neurológicas, como la parálisis cerebral espástica o lesiones del tracto corticoespinal, lo que requiere una evaluación médica exhaustiva (Ramsay et al., 2022).



Figura 24. Reflejo de Babinski.

Fuente. Elaboración propia

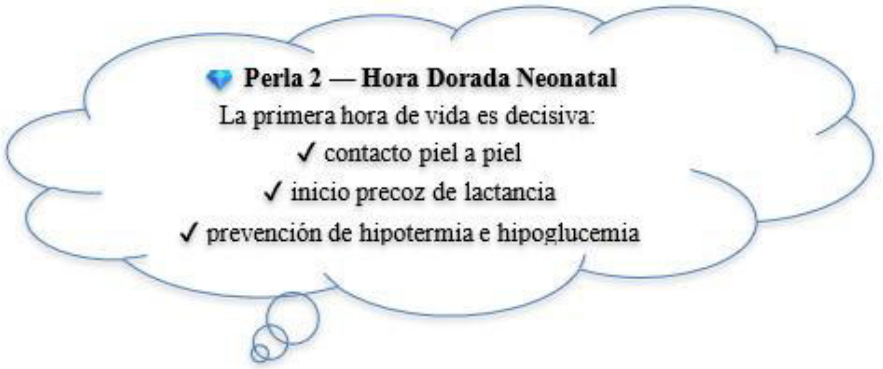
2.11.6 Reflejo de Pujo

El reflejo de pujo se observa cuando el bebé realiza movimientos involuntarios para expulsar heces o gases. Se evalúa observando la tensión en el abdomen o los movimientos que realiza el bebé al mover sus piernas hacia el abdomen. Este reflejo es fundamental para la eliminación de desechos metabólicos en los primeros días de vida y ayuda a prevenir la acumulación de gases en el abdomen. La ausencia de este reflejo podría indicar problemas digestivos o alteraciones neurológicas que dificultan la expulsión adecuada de gases o heces. Este reflejo generalmente es evidente durante las primeras 2-3 semanas y va disminuyendo a medida que el sistema digestivo y neurológico madura (Ramsay et al., 2022).

2.11.7 Reflejo de Prensión

El reflejo de prensión se evalúa colocando un objeto en la palma de la mano del bebé, quien lo agarra firmemente. Este reflejo es un signo de la coordinación motora básica del bebé. La presencia de este reflejo al nacer indica que el sistema motor está lo suficientemente maduro para realizar movimientos automáticos de agarre. Este reflejo desaparece entre los 5 y 6 meses de vida, cuando el bebé comienza a desarrollar movimientos más controlados y voluntarios. La desaparición de este reflejo es una parte normal del desarrollo motor, pero su persistencia más allá de los 6 meses podría ser indicativa de problemas neurológicos o de alteraciones en la maduración motora (Ramsay et al., 2022).

La valoración de los reflejos neonatales es crucial para determinar la madurez neurológica y la funcionalidad del sistema nervioso del bebé. La correcta evaluación de estos reflejos en las primeras horas y semanas de vida permite identificar anomalías en el desarrollo motor y neurológico, lo que permite la intervención temprana en caso de detectar trastornos. La presencia de estos reflejos dentro de las primeras semanas de vida y su desaparición progresiva dentro de los plazos esperados son signos de un desarrollo saludable, mientras que su ausencia o persistencia más allá de los tiempos normales pueden señalar trastornos neurológicos que requieren atención médica.



2.12 Ejercicios de pensamiento crítico

1. **Recién nacido a término se encuentra en alojamiento conjunto. A los 30 minutos presenta temperatura de 36.1 °C y extremidades frías. ¿Cuál es la intervención inicial prioritaria de enfermería?**
   a. Administrar antibióticos profilácticos
   b. Colocar al recién nacido en contacto piel a piel con la madre
   c. Iniciar fototerapia
   d. Suspender la lactancia materna
2. **En la valoración postnatal, enfermería observa al recién nacido que no logra un adecuado agarre al pecho materno. ¿Cuál debe ser la primera acción de enfermería?**
   a. Administrar fórmula láctea inmediatamente
   b. Evaluar y corregir la posición y técnica de lactancia
   c. Suspender la alimentación
   d. Solicitar nutrición parenteral
3. **Un recién nacido recibe vitamina K intramuscular después del nacimiento. ¿Cuál es el objetivo principal de esta intervención?**

a. Prevenir infección ocular
b. Evitar enfermedad hemorrágica neonatal
c. Mejorar la termorregulación
d. Estimular la respiración

4. **Durante el cuidado del cordón umbilical, la madre pregunta cuál es el manejo adecuado en casa. ¿Qué indicación debe brindar la enfermera?**
   a. Cubrir el cordón con apósitos húmedos
   b. Aplicar talco diariamente
   c. Mantener el cordón limpio y seco
   d. Retirar el cordón manualmente
5. **Un recién nacido presenta coloración amarillenta progresiva a las 48 horas de vida. La enfermera sospecha ictericia neonatal. ¿Cuál es la acción inicial adecuada?**
   a. Alta inmediata
   b. Medición de niveles de bilirrubina
   c. Suspender lactancia materna
   d. Administrar antibióticos

CAPÍTULO III

3 ATENCIÓN INTEGRAL NEONATAL Y ESTRATEGIA AIEPI

“Reconocer el peligro a tiempo”

En un centro de salud comunitario, una madre llega preocupada con su recién nacido de 4 días de vida. Refiere que el bebé “duerme demasiado” y ha rechazado las últimas tomas de leche materna.

La enfermera inicia la valoración inmediata. Observa que el recién nacido presenta:

- succión débil,
- temperatura corporal de 35.7 °C,
- llanto escaso y letargo.

Mientras evalúa al bebé, recuerda los criterios del programa AIEPI neonatal, diseñados para identificar tempranamente enfermedades graves durante el periodo neonatal.

La enfermera explica a la estudiante en práctica:

— “En neonatología, los signos de peligro pueden ser sutiles. Un recién nacido que no se alimenta bien puede estar iniciando una infección grave.”

Aplicando el algoritmo AIEPI, identifica signos de alarma neonatal y activa inmediatamente el sistema de referencia hospitalaria.

Horas después, el diagnóstico confirma sepsis neonatal temprana. La intervención oportuna permitió iniciar tratamiento precoz y evitar complicaciones mayores.

La estudiante comprende entonces que la Atención Integral Neonatal no depende solo de tecnología avanzada, sino del juicio clínico enfermero y la detección precoz de riesgos.

Propósito del capítulo

Este capítulo permitirá al estudiante:

- Comprender el enfoque AIEPI neonatal.
- Identificar signos de peligro en el recién nacido.
- Aplicar valoración sistemática basada en protocolos.
- Priorizar intervenciones de enfermería en atención integral neonatal.

3.1 Fundamentos del AIEPI Neonatal

El AIEPI Neonatal (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) se considera un enfoque integral que precisa otorgar calidad en la atención a los recién nacidos, desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. Este programa se orienta hacia la prevención, detección temprana y manejo propicio de las diferentes afecciones neonatales, tales como: ictericia, infecciones, problemas respiratorios e hipoglucemia. De esta manera, el AIEPI neonatal abarca un conjunto de acciones esenciales como la promoción de la lactancia materna exclusiva, termorregulación y monitoreo de signos vitales para

identificar potenciales complicaciones. Además, se instaura una capacitación al personal de salud sobre el manejo de emergencias, por ejemplo: reanimación neonatal y la identificación de factores que tienen la capacidad de deteriorar la salud del bebé en los primeros días de vida, garantizando una atención oportuna y efectiva para aumentar la supervivencia neonatal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Tabla 3. Atención a la primera consulta.

Periodo	Tres-cinco días de vida
	Dos-tres días de vida en caso de riesgo
Tiempo	30 minutos
Anamnesis	
En esta consulta se obtendrá información importante que podría detectar factores riesgo del niño. Se registrará en el formulario vigente del SNS la transcripción de los datos de la Libreta integral de salud o Carné único de vacunación o de la tarjeta de recién nacido y se revisará los documentos del alta del recién nacido, buscando antecedentes prenatales, natales y postnatales. Si por alguna razón estos datos no pueden ser recopilados, se completará esta información en las siguientes consultas	
Anamnesis dirigida con AIEPI neonatos y menores de dos meses	
La atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI en el niño menor de dos meses describe en el formulario SNS vigente el cual se completará aplicando los cuadros de procedimientos para este grupo de edad	
Signos vitales y antropometría	
Registrar la temperatura axilar, el pulso, frecuencia respiratoria, saturación de O2, la longitud, el peso y el perímetro cefálico en la historia clínica y se graficará en las tablas de crecimiento correspondiente los datos de longitud, peso y perímetro cefálico. Es importante recordar que el descenso máximo aceptado es del 10% del peso de nacimiento al momento del alta y que esta pérdida de peso debe recuperarse en lapso máximo de 10 días.	
Examen físico	

La exploración física del recién nacido debe realizarse en presencia de uno o ambos padres para evaluar la relación padres-niño, y para responder las dudas que puedan tener sobre el recién nacido. Se debe registrar en el formulario SNS vigente los hallazgos encontrados. El examen físico deberá ser completo, poniendo mayor énfasis en:	
Piel	Coloración y llenado capilar. Si existe ictericia referirse al cuadro de procedimientos AIEPI para neonatos y menores de dos meses. Describir el eritema, hemangiomas, nevos, registrando el número, ubicación, tamaño y apariencia en la historia clínica.
Cabeza	Palpar las fontanelas y suturas, las cuales deben ser blandas y planas cuando el recién nacido está en posición vertical y calmado.
Cara	Descartar signos genéticos (hipertelorismo, micrognatia, epicanto, etc)
Ojos	Valorar el reflejo rojo del ojo.
Orejas	Valorar anatómicamente la implantación del pabellón auricular, así como las posibles malformaciones. A través de la observación se puede valorar el conducto auditivo externo.
Nariz	Inspeccionar la permeabilidad de las narinas, haciendo presión suave sobre el orificio nasal al cerrar la boca. Es importante mencionar que la mayoría de los recién nacidos no pueden respirar por la boca
Boca	Examinar y palpar el paladar, introduciendo el dedo meñique con el pulpejo hacia arriba. Valorar las encías, descartar anquiloglosia, la presencia de dientes se considera anormal y requiere interconsulta con odontología
Cuello	Evaluar la posición del cuello, descartar pliegues laterales. Descartar adenomegalias, pueden medir hasta un cm.
Aparato respiratorio	Vigilar el tórax y reconocer sus movimientos, descartando signos disnea (retracciones subcostales, subesternales,

	supraclaviculares). Considerar una frecuencia respiratoria de 40 a 60 rpm.
Aparato cardiovascular	Auscultar el corazón. Constatar los pulsos femorales. Frecuencia cardiaca: 120-160 lpm.
Abdomen	Evaluar la forma, un abdomen plano y excavado puede indicar hernia diafragmática. Evaluar el cordón umbilical que debe encontrarse limpio y seco. Normalmente el cordón se cae entre los siete y 10 días del nacimiento.
Genitales	Examinar los genitales externos. En varones constatar que los testículos se encuentren en el escroto. Verificar la posición del meato urinario. En niñas puede encontrarse un flujo vaginal de color blanco ocasionalmente con estrías de sangre durante varios días después del nacimiento.
Musculo – esquelético	Descartar la luxación congénita de caderas: observe si presenta asimetría de los pliegues inguinales, glúteos y muslos y/o acortamiento de alguna pierna. Descartar los signos de luxación congénita de cadera, si son positivos debe referirse a la especialidad.
Caderas	Descartar la luxación congénita de caderas: observe si presenta asimetría de los pliegues inguinales, glúteos y muslos y/o acortamiento de alguna pierna. Descartar los signos de luxación congénita de cadera, si son positivos debe referirse a la especialidad
Prevención del Síndrome de muerte súbita del lactante	Para reducir el riesgo de experimentar el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), es importante informar a los padres y/o cuidadores sobre las siguientes precauciones: • Colocar al bebé a dormir en posición horizontal. La posición de dormir boca abajo aumenta la probabilidad del síndrome de muerte súbita. No se ha comprobado que dormir de espaldas eleve el riesgo de atragantamiento.

	• Dormir en la misma habitación cerca de la madre, pero sin compartir la cama con el infante. • La convivencia y la cercanía de la cuna a la cama de los padres mientras duermen por la noche, reduce la probabilidad de SMSL* y aumenta el tiempo de la lactancia materna. • Si los padres deciden conscientemente compartir la cama con su bebé, se les proporcionarán pautas para reducir al máximo el riesgo de fallecimiento. • Evitar fumar en el hogar. El riesgo de SMSL se eleva si la madre es fumadora. • Es recomendable no usar cojines, mantas suaves o poner al bebé en áreas acolchadas. El colchón de la cuna tiene que ser duro y cubierto con una sábana, además, los juguetes y peluches deben estar fuera de la cuna del infante. • Suministrar al recién nacido únicamente leche materna. • Es importante abstenerse de la ingesta de alcohol y sustancias ilegales tanto durante el embarazo como tras el parto. • Esta recomendación es aplicable en el transcurso del primer año de vida, sobre todo en los primero 6 meses.

Nota. Elaboración propia basada en Ministerio de Salud Pública. Atención integral a la niñez (2017)

3.2 Preparación para el Nacimiento

La preparación adecuada para el parto es fundamental para garantizar una atención segura y rápida para la madre y el bebé. En primer lugar,

es vital seleccionar a un profesional competente que pueda apoyar a la madre durante el trabajo de parto y colaborar en el cuidado del recién nacido, especialmente si surgen problemas. Además, el protocolo de emergencia debe establecerse claramente, e incluir instrucciones sobre cómo comunicarse y transportar rápidamente a la madre y al bebé al hospital designado, si es preciso. El acondicionamiento del espacio de parto debe ser una consideración fundamental: este lugar ha de estar higiénico, con una temperatura confortable (no menos de 25°C, siendo lo óptimo entre 26 y 28°C), y con buena iluminación para apoyar tanto el nacimiento como el cuidado del recién nacido. Las ventanas y puertas deben permanecer cerradas para prevenir corrientes de aire y, de ser necesario, se puede usar un calefactor para asegurar el calor correcto. El equipo médico tiene que lavarse las manos de manera meticulosa y utilizar guantes desechables para preservar la limpieza a lo largo de todo el procedimiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

El área destinada para la reanimación necesita estar bien organizada. La superficie de reanimación tiene que estar seca, nivelada, estable y confiable, facilitando el acceso para procedimientos de ventilación con presión positiva, si fuera necesario para el bebé. Es esencial que todos los instrumentos requeridos, como la bolsa con máscara de ventilación para neonatos, la bombilla de succión, el estetoscopio, y otros, se encuentren en la mesa, totalmente esterilizados y preparados para ser utilizados de inmediato. Previo al parto, es fundamental verificar que los dispositivos, como la bolsa y la máscara de oxígeno, funcionen adecuadamente para evitar fallos en un momento tan crítico. Asimismo, es esencial reunir otros elementos necesarios, como guantes, tijeras, cintas o clamps para el cordón umbilical, toallas limpias y secas, un reloj

con manecillas visibles, y un gorro de algodón para el bebé. Es crucial que el equipo que asista al recién nacido esté correctamente entrenado en atención inmediata y reanimación neonatal, asegurando que se realicen las intervenciones adecuadas en caso de que surjan complicaciones durante el parto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).



Figura 25. Preparación para el nacimiento.

Fuente. Elaboración propia

3.3 Atención Inmediata al Nacimiento

La atención rápida al neonato tiene que llevarse a cabo de forma ordenada, empezando por revisar su estado al momento de nacer, lo que ayuda a clasificar al infante de acuerdo con su salud y a definir los pasos a seguir. La evaluación, clasificación, decisión y tratamiento se dividen en tres grupos según el estado al nacer: crítico, en observación y normal.

Para valorar la salud del bebé recién nacido, es esencial indagar sobre diversos factores importantes, como la rotura de membranas antes del parto, la temperatura elevada de la madre, si hay secreción vaginal con

mal olor, o si el niño ha recibido reanimación neonatal anteriormente. Igualmente, es necesario examinar signos evidentes, como el tono de la piel, el patrón respiratorio (empleando la escala de Silverman para determinar la dificultad al respirar), las lesiones que pudieron ocurrir durante el parto, y cualquier defecto de nacimiento. También se debe medir el peso, determinar la edad gestacional (utilizando la FUM, Capurro o Ballard), y la temperatura axilar del recién nacido. Estos factores ayudan a clasificar la condición del bebé y determinar el tratamiento adecuado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017; World Health Organization, 2022).

3.1. Clasificación de la Condición al Nacer

Los cuidados esenciales y rutinarios al recién nacido incluyen prácticas inmediatas que promueven su bienestar y desarrollo. Estos cuidados incluyen desde la conexión temprana mediante contacto directo hasta la aplicación de inoculaciones y fármacos necesarios, asegurando un entorno propicio para su aclimatación al entorno exterior. A continuación, se describen las actividades fundamentales que se deben llevar a cabo:

- Realizar el lavado de manos con agua y jabón antes y después de tener contacto con el recién nacido.
- Si el bebé se encuentra activo y presenta un llanto vigoroso, colocarlo sobre el abdomen de la madre para favorecer el contacto inmediato.
- Desde los primeros minutos de vida se debe promover el apego precoz mediante el contacto piel a piel entre madre e hijo.

- El cordón umbilical debe pinzarse entre uno y tres minutos después del parto, utilizando un instrumento debidamente esterilizado.
- Durante este periodo también se recomienda iniciar la lactancia materna dentro de los primeros 60 minutos de vida y
- Orientar a la madre sobre la posición adecuada del bebé y la forma correcta de lograr un buen agarre al seno.
- Como parte de los cuidados preventivos del recién nacido, se aplica antibiótico oftálmico, como eritromicina, en ambos ojos.
- Asimismo, se administra 1 mg de vitamina K por vía intramuscular en el tercio superior externo del muslo.
- Examinar al bebé en un ambiente cálido.
- Tomar y registrar la temperatura axilar.
- Pesar y medir la longitud del bebé.
- Administrar vacunas BCG y Hepatitis B.
- Enseñar a la madre cómo mantener limpio y seco el cordón umbilical.
- Esperar entre 12 y 24 horas para darle al bebé su primer baño.
- El bebé debe permanecer en alojamiento conjunto con la madre.
- Realizar tamizaje de cardiopatía congénita si se dispone de oxímetro de pulso (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Durante las primeras 24 horas de vida, el recién nacido debe permanecer bajo vigilancia continua en el establecimiento de salud. Este seguimiento permite valorar su adaptación y reconocer oportunamente cualquier alteración que pueda comprometer su bienestar. Para ello, se

realiza una evaluación clínica periódica que incluye el control de los signos vitales y la búsqueda de señales de alarma que indiquen algún riesgo para su salud.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos durante la valoración, el estado del recién nacido se clasifica en tres categorías: buena condición, condición de cuidado o condición grave. Esta clasificación orienta las acciones que deben aplicarse según el nivel de gravedad identificado.

3.2. Condición Buena al Nacer

El recién nacido que está en condición buena al nacer requiere una vigilancia básica, con evaluaciones cada hora, que incluyen la temperatura, el color de la piel, la frecuencia respiratoria, y el estado de la succión. Durante las primeras 24 horas, se debe monitorear si hay signos de hipotermia, fiebre, cianosis, o dificultades respiratorias. Estos signos pueden ser indicativos de complicaciones que requieran atención inmediata. En caso de que el bebé no presente alteraciones significativas, se sigue con los cuidados rutinarios, como el contacto piel a piel y la administración de la primera dosis de vacunas. Es fundamental asegurar que el bebé se alimente de leche materna de manera exclusiva y se mantenga a una temperatura adecuada (36.5°C - 37.5°C). Si el bebé presenta dificultades para alimentarse, debe ser intervenido según el protocolo (Balest, 2025).

3.3. Condición de Cuidado al Nacer

Los recién nacidos que al momento del nacimiento se encuentran en condición de cuidado, ya sea por presentar dificultad respiratoria leve o

problemas durante la alimentación, requieren una vigilancia estrecha cada dos horas. Durante este seguimiento se deben identificar posibles signos de alarma, como dificultad para succionar, cianosis o hipotermia, además de controlar la temperatura axilar y valorar la aparición de cualquier otra alteración clínica. Si el recién nacido desarrolla signos compatibles con dificultad respiratoria moderada, se debe valorar la necesidad de administrar oxígeno según su condición. La vigilancia también incluye comprobar la eliminación adecuada del meconio y observar el cordón umbilical para detectar oportunamente la presencia de sangrado. Si el bebé sigue en una condición estable, puede ser dado de alta en las siguientes 24 horas, siempre que mantenga la temperatura en los valores normales y no presente dificultades graves (Balest, 2025).

3.4. Condición Grave al Nacer

Los recién nacidos clasificados en condición grave al nacer requieren atención urgente y constante monitoreo debido a signos de hipoxia, dificultades respiratorias severas o problemas metabólicos significativos. Ante un recién nacido que presenta una condición grave, se debe iniciar de inmediato la administración de oxígeno suplementario. Si la situación lo requiere, es necesario aplicar las maniobras de reanimación neonatal de acuerdo con los protocolos establecidos. Durante todo el proceso, el estado del bebé debe evaluarse de forma continua mediante el control de la frecuencia cardíaca y la monitorización de la saturación de oxígeno con un oxímetro de pulso. Cuando se identifican signos de mayor gravedad, como cianosis generalizada, malformaciones congénitas mayores o alteraciones respiratorias valoradas con la escala de Silverman-Anderson, el recién

nacido debe ser referido de manera urgente a un hospital. Allí recibirá las medidas de estabilización y el tratamiento especializado que su condición requiera (Balest, 2025).

Clasificación de la Condición al Nacer

Característica	Condición Grave	Condición de Cuidado	Condición Buena
Peso	2,000 g	2,000-2,500 g, > 4,000 g	2,500 g y < 4,000 g
Edad Gestacional	35 semanas	35-37 semanas, > 41 semanas y 6 días	37 semanas y < 42 semanas
Respiración	Dificultad respiratoria moderada o severa	Dificultad respiratoria leve	Respiración regular
Color	Palidez, plétora o cianosis generalizada	N/A	Rosado
Actividad	N/A	N/A	Activo
Infección	Ruptura prematura de membranas > 18 horas, fiebre materna o corioamnionitis, flujo genital maloliente	Madre VIH positiva o con prueba indeterminada	N/A
Reanimación	Antecedente de reanimación neonatal	Reanimación sin presión positiva ni masaje cardiaco	N/A
Malformaciones	Malformaciones congénitas mayores	Anomalías congénitas menores	N/A
Lesiones	Lesiones severas debidas al parto	N/A	N/A
Temperatura	Temperatura axilar < 36.0 o >37.5°C	N/A	N/A
Llanto	N/A	N/A	Llanto fuerte

Figura 26. Clasificación de la condición al nacer.

Fuente. Elaboración propia

3.4 Reanimación Neonatal Básica

El manejo de la vía aérea del recién nacido, especialmente cuando requiere apoyo ventilatorio, debe garantizar una oxigenación adecuada y una ventilación efectiva. Durante la reanimación neonatal o la ventilación asistida, se debe mantener la vía aérea permeable y libre de secreciones que puedan dificultar el paso del aire. Cuando sea necesario, estas pueden retirarse mediante una aspiración suave, utilizando dispositivos apropiados, como una perilla o una sonda nasofaríngea. Si el neonato necesita ventilación a presión positiva, esta puede proporcionarse mediante un resucitador manual conectado a una máscara facial. La máscara debe colocarse y ajustarse correctamente sobre el rostro del recién nacido para conseguir un buen sellado y reducir las fugas de aire durante la ventilación. Además, se debe mantener la cabeza del recién nacido en una posición neutra que favorezca la apertura de la vía aérea y evite posibles obstrucciones durante la ventilación. El procedimiento debe realizarse a una frecuencia aproximada de 40 ventilaciones por minuto, utilizando aire ambiente u oxígeno a una concentración del 40 %, según corresponda. Después de un minuto de ventilación, se debe valorar nuevamente la frecuencia cardíaca. Si esta permanece por debajo de 100 latidos por minuto, se continúa con el soporte ventilatorio y se revisa la técnica empleada, realizando los ajustes necesarios para conseguir una ventilación efectiva (Dorling et al., 2025).



Figura 27. Guía de reanimación neonatal básica y evaluación respiratoria.

Fuente. Elaboración propia

El índice de Silverman-Anderson permite valorar la intensidad de la dificultad respiratoria en el recién nacido a partir de la observación de diferentes signos clínicos. Durante la evaluación se consideran manifestaciones como el aleteo nasal, las retracciones torácicas y el quejido espiratorio, cuya intensidad refleja el grado de compromiso respiratorio. La puntuación obtenida facilita la clasificación de la dificultad respiratoria según su gravedad y contribuye a orientar las medidas de soporte que requiere el neonato. De esta manera, la escala sirve como una herramienta clínica para identificar el deterioro respiratorio y determinar oportunamente la necesidad de intervención. En neonatos con puntajes altos en esta escala, se requiere un monitoreo estrecho y, en muchos casos, la ventilación asistida se hace necesaria para evitar complicaciones graves, como la hipoxia (Dorling et al., 2025).

3.5 Identificación de Signos de Alarma

3.5.1 Acciones y Cuidado Continuo

Durante las primeras 24 horas, también es fundamental mantener el contacto piel a piel con la madre, lo que no solo favorece la lactancia materna, sino que también regula la temperatura corporal del recién nacido y promueve la vinculación afectiva. Dentro de los cuidados preventivos del recién nacido se debe garantizar la administración de la vacuna BCG y de la primera dosis contra la hepatitis B. Cuando se disponga de un oxímetro de pulso, también se realizará el tamizaje para la detección de cardiopatías congénitas. Antes del alta, la madre debe recibir orientación clara sobre los signos de alarma que requieren atención inmediata y los cuidados que deberá mantener en el hogar. Entre ellos se encuentra conservar al recién nacido en un ambiente cálido, con una temperatura adecuada, y protegerlo de la exposición al frío para prevenir la pérdida de calor (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

3.6 Criterios para Alta del Recién Nacido

El recién nacido puede ser dado de alta cuando se cumplan los criterios de condición de cuidado al nacer, que incluyen la ausencia de dificultad respiratoria, la temperatura estable entre 36.5°C y 37.5°C, y la presencia de buenos signos de alimentación. Es fundamental que la madre reciba orientación sobre el cuidado del bebé, que incluye la lactancia materna exclusiva, el cuidado del cordón umbilical, y la vigilancia de la temperatura corporal. Además, se debe realizar una consulta de

seguimiento dentro de los tres días posteriores al alta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).



Figura 28. Guía esencial: primeras horas y alta del recién nacido.

Fuente. Elaboración propia

3.7 Tamizaje Metabólico Neonatal (TAMEN)

El tamizaje metabólico neonatal es una prueba esencial realizada a los recién nacidos, generalmente a partir de las 96 horas de vida, con el fin de identificar posibles errores congénitos del metabolismo (ECM). Estos trastornos, si no se detectan y tratan oportunamente, pueden provocar discapacidades intelectuales graves o incluso la muerte temprana del bebé. Gracias a esta prueba, se puede iniciar un tratamiento adecuado desde los primeros momentos, lo cual mejora significativamente las posibilidades de un desarrollo saludable y una mejor calidad de vida para los bebés afectados (Ministerio de Salud Pública, 2017; Odira et al., 2025).



Figura 29. Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal.

Fuente. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017)

3.7.1 Enfermedades que Diagnostica el Tamizaje Metabólico Neonatal

El principal objetivo del tamizaje metabólico neonatal es identificar de manera temprana los errores congénitos del metabolismo en los recién nacidos. Algunas de las enfermedades que puede detectar son:

- Hipotiroidismo congénito: Se refiere a la falta o deficiencia de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en los primeros días de vida. Cuando no se diagnostica y trata oportunamente, este trastorno puede ocasionar alteraciones graves en el sistema nervioso y esquelético del recién nacido, además de comprometer su desarrollo intelectual (Shapiro et al., 2022).

- Fenilcetonuria: es una enfermedad genética que altera la capacidad del organismo para metabolizar adecuadamente la fenilalanina, un aminoácido presente en numerosos alimentos. Su acumulación puede resultar tóxica para el sistema nervioso y, si la enfermedad no se identifica y trata de manera temprana, existe el riesgo de desarrollar daño cerebral irreversible (Shapiro et al., 2022).
- Hiperplasia suprarrenal congénita: comprende un grupo de trastornos genéticos que afectan el funcionamiento de las glándulas suprarrenales y alteran la producción normal de determinadas hormonas, lo que puede generar distintos grados de déficit hormonal.
- Galactosemia: Condición en la que el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar presente en la leche. Esto puede causar daños en el hígado, cataratas y retraso en el (Shapiro et al., 2022).

3.7.2 Consideraciones para la Toma de la Muestra

El tamizaje metabólico neonatal debe realizarse bajo condiciones específicas para asegurar la obtención de resultados confiables. Para realizar la toma de la muestra deben considerarse las condiciones clínicas y características del recién nacido:

- Estado de Salud del Recién Nacido: En el momento del procedimiento, el bebé debe encontrarse en un estado de salud adecuado para reducir el riesgo de obtener resultados alterados. Si ha presentado una enfermedad grave o ha recibido una transfusión

sanguínea, se deberá respetar el intervalo de tiempo correspondiente antes de efectuar la prueba.

- Semana de Gestación y Peso: También se deben considerar la edad gestacional, el peso al nacer y las horas de vida. La muestra se obtiene a partir de las 96 horas después del nacimiento, verificando que el recién nacido sea a término, es decir, que haya nacido después de las 37 semanas de gestación, y que presente un peso adecuado. Los bebés prematuros o con bajo peso pueden requerir seguimiento adicional.
- Tiempo de Ayuno: El bebé debe estar en ayuno de al menos 1 hora antes de la toma de la muestra para evitar alteraciones en los resultados.
- Tiempo Óptimo para Realizar el Tamizaje: Lo ideal es tomar la muestra entre las 96 horas y los 28 días de vida. Si se realiza fuera de este rango, los resultados podrían no ser precisos para un diagnóstico temprano (Gupta et al., 2023).

3.7.3 Técnica de Recolección de la Muestra

Para asegurar que la recolección de la muestra sea precisa, se deben seguir estos pasos:

- Preparación: La enfermera debe usar guantes estériles y descartar la primera gota de sangre para evitar cualquier tipo de contaminación. (Ver figura 15)



Figura 30. Forma correcta para tomar la muestra de TAMEN garantizando buen retorno, buena muestra y evitando errores.

Fuente. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017)

- Punción en el talón: La sangre debe ser extraída de manera suave con una punción en el talón del bebé y recogida en el papel filtro (Gupta et al., 2023).
- Secado de la muestra: Una vez obtenida la muestra, el papel filtro debe dejarse secar durante el tiempo establecido antes de continuar con su procesamiento. En la región Sierra se requiere un periodo mínimo de cuatro horas, mientras que en las regiones Litoral, Insular y Amazónica el tiempo de secado debe ser de seis horas.

Muestras Bien Tomadas vs. Muestras Mal Tomadas

Las muestras correctamente tomadas cumplen con todas las recomendaciones para asegurar resultados precisos (Ver figura 16). Las condiciones necesarias incluyen:

- Tomar la muestra dentro del tiempo recomendado (entre las 96 horas y los 28 días).
- Utilizar guantes estériles y papel filtro adecuado.
- Hay que asegurar que el bebé se encuentre en buen estado de salud.

En cambio, las muestras mal tomadas son aquellas que se realizan en condiciones inadecuadas, como:

- Tomar la muestra fuera del rango de tiempo recomendado.
- Si el bebé ha recibido una transfusión sanguínea reciente (se recomienda esperar al menos 8 días).
- Si el papel filtro se sobrecarga o se toma de manera incorrecta, por ejemplo, presionando el talón del bebé contra el filtro (Gupta et al., 2023).



Figura 31. Muestra adecuada e inadecuada de TAMEN.

Fuente. Ministerio de Salud Pública del Ecuador ()

3.8 El tamizaje auditivo neonatal

El tamizaje auditivo neonatal es una práctica fundamental en el diagnóstico temprano de la hipoacusia congénita. El tamizaje auditivo neonatal permite detectar de forma temprana posibles alteraciones de la audición en el recién nacido. Cuando estas deficiencias no se identifican

y tratan oportunamente, pueden interferir con la adquisición del lenguaje y afectar el desarrollo de las capacidades cognitivas durante la infancia. La evaluación suele realizarse durante las primeras 24 a 48 horas de vida mediante procedimientos rápidos y no invasivos. Entre las técnicas utilizadas se encuentran las emisiones otoacústicas (EOA) y los potenciales evocados del tronco cerebral (AABR), que permiten valorar la respuesta del sistema auditivo del recién nacido (Navarro, 2021).

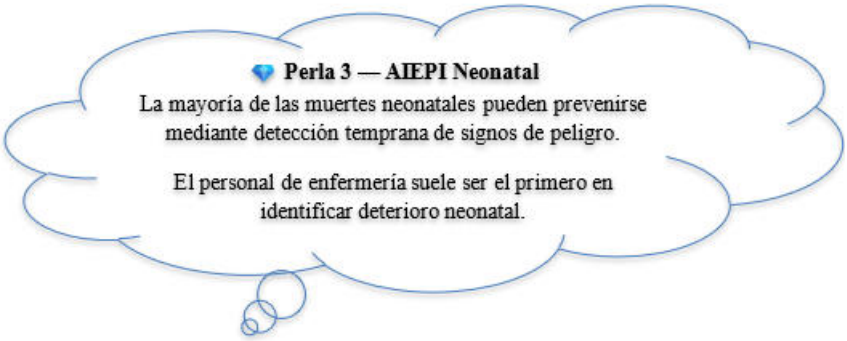
Estas pruebas permiten valorar el funcionamiento de las vías auditivas del recién nacido, especialmente de estructuras como la cóclea y el tronco cerebral, sin que el bebé tenga que emitir una respuesta voluntaria. Las emisiones otoacústicas (EOA) registran la respuesta generada por el oído interno ante determinados estímulos sonoros. Por otro lado, los potenciales evocados auditivos automatizados del tronco cerebral (AABR) miden la actividad eléctrica producida en la vía auditiva como respuesta a los sonidos (Ramsay et al., 2022).

Los resultados del tamizaje permiten establecer si la respuesta auditiva del recién nacido se encuentra dentro de los parámetros esperados o si requiere una valoración diagnóstica complementaria. Cuando el bebé no supera la prueba inicial, se debe realizar una evaluación audiológica más completa antes de los tres meses de edad para confirmar o descartar la presencia de una alteración auditiva.

La detección temprana facilita el inicio oportuno de las intervenciones necesarias. Dependiendo del grado y tipo de pérdida auditiva identificada, estas pueden incluir el uso de audífonos, implantes cocleares y programas de rehabilitación auditiva y del lenguaje,

procurando que la intervención comience antes de los seis meses de vida. La atención durante esta etapa favorece mejores resultados en el desarrollo de la comunicación y en la posterior adaptación social del niño. Si el recién nacido no presenta una respuesta adecuada en las pruebas iniciales, debe considerarse la posibilidad de hipoacusia. En estos casos, se requiere un seguimiento especializado que permita establecer el diagnóstico y definir las medidas terapéuticas más apropiadas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

l tamizaje auditivo debe aplicarse a todos los recién nacidos, independientemente de que presenten o no factores de riesgo asociados con pérdida auditiva. Su carácter universal permite evaluar oportunamente la audición de cada bebé y reducir la posibilidad de que una alteración pase inadvertida durante los primeros meses de vida. Durante la prueba se debe procurar que el recién nacido permanezca cómodo y tranquilo, evitando estímulos que puedan provocarle molestias o estrés y que, además, interfieran con la evaluación. (World Health Organization, 2022). La detección temprana de la pérdida auditiva constituye un componente esencial de la atención neonatal, ya que facilita el acceso oportuno al diagnóstico y a las intervenciones necesarias para favorecer el desarrollo auditivo, comunicativo, cognitivo y social del niño (Kemper et al., 2022).



3.9 Ejercicios de pensamiento crítico

1. Un Rn de 3 días es llevado por su madre al centro de salud. La madre refiere que el bebé no admite alimentarse y se encuentra somnoliento la mayor parte del tiempo. Según AIEPI neonatal, ¿cuál es la conducta inicial más adecuada?

a. Indicar control en una semana
b. Recomendar aumentar frecuencia de lactancia
c. Identificar signos de peligro y referir inmediatamente
d. Administrar vitaminas y alta domiciliaria

2. Durante la valoración comunitaria, la enfermera encuentra un recién nacido con temperatura de 35.6 °C. ¿Cómo se clasifica este hallazgo según AIEPI?

a. Temperatura normal
b. Hipertermia neonatal
c. Hipotermia neonatal, signo de alarma
d. Hallazgo sin relevancia clínica

3. Un recién nacido presenta dificultad respiratoria con aleteo nasal y retracciones intercostales. ¿Cuál debe ser la acción inmediata de enfermería?

a. Observación domiciliaria

b. Educación materna únicamente

c. Activar manejo urgente y referencia hospitalaria

d. Suspender alimentación

4. Durante la preparación del área de parto, la enfermera verifica temperatura ambiental adecuada, material de reanimación funcional y medidas de asepsia. ¿Qué principio AIEPI se está aplicando?

a. Tratamiento farmacológico neonatal

b. Preparación segura para el nacimiento

c. Control nutricional neonatal

d. Seguimiento postalta

5. Un recién nacido aparentemente sano es evaluado en consulta. La enfermera decide valorar respiración, temperatura, alimentación y actividad. ¿Qué objetivo del AIEPI neonatal se cumple?

e. Diagnóstico definitivo de enfermedad

1. Detección temprana de afecciones neonatales prevalentes

2. Evaluación exclusiva médica

3. Control administrativo del paciente

CAPÍTULO 4

4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

En los primeros minutos de vida, un recién nacido no puede expresar con palabras sus necesidades, sin embargo, su organismo ofrece señales que permiten valorar su condición, el llanto, la coloración de la piel, la succión, la temperatura, la postura y la respiración aportan información que el profesional de enfermería debe interpretar con criterio clínico y sensibilidad, debido que incluso un neonato aparentemente sano puede presentar cambios durante su adaptación al medio extrauterino, por lo cual, reconocer oportunamente estas manifestaciones resulta fundamental para brindar un cuidado individualizado, sustentado en la valoración continua y en la aplicación responsable del Proceso de Atención de Enfermería.

En este sentido, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) no debe entenderse únicamente como una serie de pasos, sino como un método científico que organiza el razonamiento clínico y orienta las decisiones del profesional, su aplicación cobra especial importancia en el recién nacido, debido a los cambios fisiológicos que acompañan su transición a la vida extrauterina por lo cual cada intervención debe responder a las necesidades identificadas y a los posibles riesgos. Asimismo valorar de manera integral, establecer diagnósticos de enfermería, plantear objetivos, intervenir oportunamente y evaluar los resultados contribuye a prevenir complicaciones y favorecer una adaptación neonatal adecuada.

A partir de lo anterior, comprender el PAE en el ámbito neonatal es reconocer que incluso el recién nacido sano necesita vigilancia especializada durante este periodo de adaptación. En efecto, aspectos como la función respiratoria, la regulación térmica, el equilibrio metabólico, la nutrición y las necesidades afectivas requieren una valoración permanente, por esta razón, el presente capítulo aborda el Proceso de Atención de Enfermería como una herramienta que vincula la observación con el juicio clínico y orienta una práctica sustentada en conocimientos científicos y evidencia.

La finalidad de este capítulo es proporcionar una base científica, metodológica y práctica para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el recién nacido, orientando al profesional y al estudiante de enfermería en la valoración integral, la identificación de necesidades básicas, la formulación de diagnósticos de enfermería, la planificación de resultados esperados, la ejecución de intervenciones oportunas y la evaluación sistemática del cuidado neonatal.

4.1 Valoración

En el recién nacido, el (PAE) constituye una metodología científica que permite organizar el cuidado de forma sistemática y a su vez, responder a las particularidades de cada neonato, mediante su aplicación, el profesional de enfermería puede reconocer respuestas humanas presentes o posibles riesgos, establecer prioridades y planificar cuidados acordes con las necesidades identificadas. Asimismo, facilita la evaluación objetiva de los resultados obtenidos durante la atención, por lo cual la valoración integral adquiere especial importancia durante el

periodo neonatal, debido a que el recién nacido atraviesa una etapa de particular vulnerabilidad biológica y es precisamente por ello que el profesional de enfermería debe fundamentar su actuación en una valoración exhaustiva, diagnósticos precisos y cuidados sustentados en taxonomías estandarizadas NANDA-I, NOC y NIC (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2021).

3.9.1 Valoración por necesidades básicas del recién nacido

1. Necesidad de oxigenación

Se valora la adaptación respiratoria inmediata, frecuencia respiratoria, permeabilidad de la vía aérea, patrón ventilatorio, presencia de aleteo nasal, tiraje intercostal, quejido espiratorio, cianosis y saturación de oxígeno. En condiciones normales en el recién nacido sano, la frecuencia respiratoria oscila entre 30 y 60 respiraciones por minuto, con respiración abdominal y regular.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

En cuanto a la nutrición e hidratación, es importante prestar atención a la manera en que el recién nacido inicia la lactancia materna y responde durante cada toma, por lo cual, se consideran los reflejos de búsqueda, succión y deglución, además de la tolerancia al alimento y las características del abdomen, también conviene observar la presencia de vómitos o regurgitación y valorar el estado de hidratación mediante las mucosas, la turgencia de la piel, la diuresis y los cambios en el peso corporal, esta vigilancia debe ser más cuidadosa cuando existe riesgo de

hipoglucemia, particularmente en neonatos prematuros o con peso pequeño o grande para su edad gestacional.

3. Necesidad de eliminación

Por otra parte, la eliminación urinaria y fecal aporta información relevante sobre la adaptación del recién nacido durante sus primeras horas de vida, en este caso, el personal de enfermería registra tanto la primera micción como la expulsión del meconio y observa sus principales características, entre ellas la frecuencia, cantidad, color y consistencia, estos datos, aunque pueden parecer sencillos, tienen valor dentro de la valoración neonatal. De hecho, cuando la eliminación no ocurre dentro del periodo esperado, es necesario mantener una vigilancia cuidadosa y considerar la posible presencia de alteraciones funcionales o anomalías congénitas.

4. Necesidad de termorregulación

Asimismo, mantener una temperatura corporal adecuada representa un aspecto esencial del cuidado neonatal, pues los mecanismos de termorregulación del recién nacido todavía son inmaduros, por esta razón, además de controlar la temperatura axilar, se observa la coloración de la piel, la perfusión y cualquier manifestación relacionada con hipotermia o hipertermia. También es necesario considerar las condiciones térmicas del entorno y medidas sencillas de protección, como el contacto piel con piel, el uso de ropa apropiada, gorro y abrigo, como referencia para la valoración, la temperatura axilar suele mantenerse aproximadamente entre 36,5 °C y 37,5 °C.

5. Necesidad de descanso y sueño

De igual manera, el descanso forma parte del proceso de adaptación del recién nacido y por tanto debe ser considerado durante la valoración, más allá de registrar cuánto duerme, resulta útil reconocer sus ciclos de sueño y vigilia, los momentos en que permanece alerta, su respuesta frente a los estímulos y la presencia de irritabilidad, observar estas manifestaciones permite conocer mejor su comportamiento y respuesta al entorno. Además, un descanso adecuado contribuye tanto a la adaptación neurológica como a los procesos de crecimiento propios de esta etapa.

6. Necesidad de seguridad y protección

En relación con la seguridad y protección, el cuidado comprende diferentes acciones destinadas a disminuir riesgos durante la permanencia del recién nacido en el establecimiento de salud, entre ellas se encuentran la vigilancia de posibles infecciones, la revisión de la piel y del cordón umbilical, así como el cumplimiento de medidas preventivas, entre ellas la profilaxis ocular y la administración de vitamina K. A esto se suma la correcta identificación del neonato y la prevención de caídas durante el alojamiento conjunto, del mismo modo, la observación continua permite reconocer oportunamente signos de ictericia, lesiones relacionadas con el parto u otras manifestaciones que requieran atención.

7. Necesidad de vínculo afectivo

Junto con los cuidados físicos, la relación que comienza a construirse entre el recién nacido y su familia ocupa un lugar importante durante esta etapa, en este sentido, se presta atención al contacto temprano, a la interacción entre la madre y el neonato y a la manera en que los padres responden emocionalmente ante su llegada, también resulta valioso conocer su disposición para aprender y participar activamente en los cuidados cotidianos. De esta manera, actividades como alimentar, higienizar o abrigar al recién nacido se convierten, además, en oportunidades para favorecer la cercanía y fortalecer progresivamente el vínculo familiar.

8. Necesidad de movilidad y postura

Se examina tono muscular, simetría de movimientos, postura en flexión, actividad espontánea, reflejos primitivos y respuesta motora. Alteraciones en el tono o asimetrías pueden orientar a compromiso neurológico o traumático (Caka et al., 2022).

Tabla 4. Valoración por necesidades básicas de Virginia Henderso

Necesidad básica	Aspectos para valorar	Hallazgos esperados en el recién nacido sano	Signos de alarma o alteraciones
Oxigenación	Frecuencia respiratoria, ritmo y esfuerzo respiratorio, permeabilidad de la vía aérea, coloración de piel y mucosas, saturación de oxígeno, presencia de aleteo nasal, tiraje o quejido espiratorio.	Frecuencia respiratoria de 30 a 60 rpm, con patrón regular y ausencia de retracciones; piel de tonalidad rosada, perfusión conservada y saturación correspondiente al proceso de adaptación neonatal.	Taquipnea, bradipnea o apnea; presencia de cianosis, aleteo nasal, tiraje intercostal o quejido, además de secreciones abundantes y signos de perfusión inadecuada.
Nutrición e hidratación	Inicio y evolución de la lactancia, presencia de los reflejos de búsqueda, succión y deglución; agarre al pecho, frecuencia y duración de las tomas, respuesta al alimento, control del peso,	Succión efectiva y agarre apropiado, con adecuada coordinación entre succión, deglución y respiración; mucosas húmedas, eliminación urinaria presente y buena respuesta a la alimentación..	Succión poco efectiva, dificultad o rechazo para alimentarse, vómitos recurrentes, pérdida de peso mayor a la esperada, mucosas secas, fontanelas deprimidas y manifestaciones

	estado de las mucosas, turgencia de la piel y diuresis.		relacionadas con deshidratación o hipogluccemia.
Eliminación	Se toma en cuenta cuándo ocurre la primera micción y la evacuación, además de la frecuencia urinaria, también se revisan las características del meconio y las heces, el estado del abdomen, la permeabilidad anal y cualquier cambio en el olor o color de la orina.	Durante las primeras horas de vida se espera que el recién nacido orine y elimine meconio, el abdomen se mantiene blando, sin distensión evidente, y se comprueba que el ano sea permeable.	Debe prestarse atención si el recién nacido no orina o no elimina meconio, la distensión del abdomen, el vómito bilioso, el estreñimiento o cambios poco habituales en la cantidad y color de la orina también requieren valoración.
Termorregulación	Además de controlar la temperatura axilar, conviene observar si el ambiente ofrece suficiente protección	Lo habitual es encontrar una temperatura entre 36,5 °C y 37,5 °C, acompañada de piel tibia y coloración adecuada. Una buena adaptación	Una temperatura fuera del rango esperado requiere atención, especialmente si se acompaña de piel fría, acrocianosis que

	térmica, se revisan el abrigo, el uso de gorro y el contacto piel con piel, sin dejar de observar la temperatura de la piel, su coloración y la perfusión.	térmica también se refleja en extremidades correctamente perfundidas.	persiste, letargia o irritabilidad, también deben considerarse la sudoración y los cambios que sugieran una perfusión inadecuada.
Descanso y sueño	Durante el cuidado se observa cómo alterna el recién nacido sus momentos de sueño, vigilia y alerta, también interesa conocer la calidad del descanso, si presenta irritabilidad, cómo responde a los estímulos y qué tan fácil logra tranquilizarse.	Se espera una alternancia adecuada entre sueño y vigilia, con periodos de descanso tranquilo. Al encontrarse despierto, el recién nacido responde de manera apropiada a los estímulos que recibe.	Llama la atención la presencia de irritabilidad intensa o un llanto que resulta difícil de consolar. De igual forma, la letargia, una somnolencia mayor de lo habitual o la dificultad para despertar al recién nacido requieren una valoración cuidadosa.
Seguridad y protección	Durante el cuidado se	Se espera encontrar la piel íntegra y un	Es importante prestar atención al

	revisa la integridad de la piel y las condiciones del cordón umbilical. También se comprueba la profilaxis neonatal, la correcta identificación del recién nacido y las medidas para evitar caídas, a esto se suma la vigilancia de posibles infecciones, signos de ictericia o lesiones relacionadas con el parto.	cordón umbilical limpio y seco, sin lesiones ni manifestaciones de infección. Asimismo, el recién nacido debe estar correctamente identificado y permanecer en un entorno seguro.	enrojecimiento o secreción del cordón, así como a lesiones en la piel, ictericia precoz o signos que hagan sospechar una infección. También deben considerarse las equimosis extensas, cualquier situación de riesgo de caída o errores en la identificación.
Vínculo afectivo	Se observa cómo se desarrolla el contacto piel con piel y la interacción entre la madre y el	Es favorable observar un apego que comienza a establecerse, acompañado de una interacción afectiva positiva, también se	Debe prestarse mayor atención cuando existe rechazo al contacto, dificultad para establecer el

	recién nacido, además, se considera la respuesta de los padres al llanto y a las necesidades del neonato, su participación en los cuidados cotidianos y la disposición que muestran para establecer la lactancia.	espera que la madre y la familia participen de manera cercana en el cuidado del recién nacido.	vínculo o ansiedad intensa en los padres, de igual manera, una participación familiar escasa en los cuidados puede indicar la necesidad de ofrecer mayor orientación y acompañamiento.
Movilidad y postura	Durante la valoración se observa el tono muscular, la postura que adopta el recién nacido y la forma en que mueve sus extremidades. También se presta atención a la simetría corporal, los reflejos primitivos y la respuesta	Se espera un tono muscular acorde con la edad neonatal, postura predominantemente flexionada y movimientos espontáneos y simétricos. Los reflejos propios del recién nacido deben estar presentes y responder de manera adecuada.	Llama la atención un tono muscular disminuido o excesivo, así como movimientos poco simétricos o ausencia de alguno de los reflejos esperados. Las posturas inusuales o una respuesta motora reducida también requieren una valoración más cuidadosa.

	motora que presenta ante diferentes estímulos.		
Integridad cutánea	Al observar la piel, se consideran su color, textura y grado de hidratación. Además, se revisa cuidadosamente si existen zonas enrojecidas, descamación, lesiones, petequias o equimosis. También conviene observar el área del pañal y la posible acumulación de humedad en los pliegues.	En condiciones favorables, la piel se aprecia suave, íntegra y con hidratación adecuada, sin lesiones importantes. Puede existir una descamación leve propia del periodo neonatal, mientras los pliegues permanecen limpios y secos	Requieren atención el eritema persistente, las excoriaciones, la maceración o la aparición de dermatitis, de igual manera, las lesiones producidas por fricción o humedad y cualquier manifestación que haga sospechar una infección de la piel deben vigilarse con cuidado.
Estimulación y desarrollo neurológico inicial	Nivel de alerta, respuesta a luz, sonido y tacto, reflejos primitivos,	Reacción adecuada a estímulos, reflejos presentes, buen estado de alerta en periodos de vigilia.	Ausencia o disminución de respuesta, convulsiones, irritabilidad

	capacidad de consuelo, conducta adaptativa.		extrema, letargia marcada, alteraciones neurológicas.

Nota. Elaboración propia basada en Almutairi et al., (2023), Iribarren et al., (2023).

3.9.2 Anamnesis del recién nacido

La anamnesis constituye un punto de partida importante para conocer las condiciones que rodearon el nacimiento y comprender mejor el estado actual del recién nacido, por esta razón, durante la recopilación de información conviene considerar no solo los antecedentes maternos, sino también aquellos relacionados con el embarazo, el parto y el periodo neonatal inmediato.

a) Datos maternos

En primer lugar, es necesario conocer algunos aspectos relacionados con la salud de la madre y la evolución de su embarazo, entre ellos se consideran la edad, el número de controles prenatales realizados, el grupo sanguíneo y el factor Rh. Asimismo, resulta importante indagar sobre enfermedades o infecciones presentadas durante la gestación, el uso de medicamentos y el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, a esta información se añaden el estado nutricional materno y la presencia de complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión o preeclampsia.

b) Antecedentes obstétricos

Por otra parte, la historia obstétrica aporta información que ayuda a comprender experiencias reproductivas anteriores que podrían guardar relación con el embarazo actual, en este apartado se registra el número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas previas. Del mismo modo, es importante conocer antecedentes de prematuridad, muertes neonatales, malformaciones congénitas o cualquier otra complicación ocurrida en embarazos anteriores, ya que estos datos pueden orientar la vigilancia y el cuidado que requiere el recién nacido.

c) Antecedentes del parto

En relación con el parto, conocer las circunstancias en las que ocurrió el nacimiento ayuda a comprender las primeras respuestas del recién nacido, para ello, se considera la edad gestacional, el tipo de parto y la duración del trabajo de parto, además del momento de la ruptura de membranas y las características del líquido amniótico, también se toma en cuenta la presentación fetal, el uso de instrumentación o anestesia y la presencia de algún episodio de compromiso fetal. Si el recién nacido necesitó reanimación neonatal, este antecedente debe registrarse, pues aporta información relevante para orientar su valoración y los cuidados posteriores.

d) Datos neonatales inmediatos

Sexo, peso, talla, perímetro cefálico, puntaje de Apgar al minuto y a los cinco minutos, necesidad de oxígeno, contacto precoz con la madre, inicio de lactancia y administración de profilaxis neonatal.

Tabla 5. Anamnesis del recién nacido.

Componente de la anamnesis	Aspectos a investigar	Importancia en la valoración neonatal	Hallazgos de alerta
Datos de identificación del recién nacido	Nombre de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo, edad gestacional, lugar de nacimiento, tipo de parto.	Estos datos permiten reconocer al recién nacido y ubicar su situación desde el nacimiento, facilitando una valoración acorde con sus características y condiciones iniciales.	Edad gestacional o peso fuera de los rangos esperados, nacimiento extrahospitalario, información incompleta o datos que no coinciden entre sí.
Antecedentes maternos generales	Edad de la madre, grupo sanguíneo y factor Rh, estado civil, nivel educativo, controles prenatales, situación nutricional, vacunas recibidas y enfermedades anteriores o presentes.	Conocer estos antecedentes ayuda a reconocer condiciones maternas que podrían influir en la salud y adaptación del recién nacido, además de orientar los cuidados que pueda necesitar.	Madre adolescente o de edad avanzada, controles prenatales insuficientes, desnutrición o presencia de enfermedades crónicas sin un control adecuado.
Antecedentes obstétricos	Número de embarazos y	La historia obstétrica permite	Abortos recurrentes,

	partos, abortos, cesáreas anteriores y antecedentes de prematuridad, pérdidas neonatales, malformaciones o complicaciones en gestaciones previas.	reconocer antecedentes que pueden relacionarse con el embarazo actual y aumentar la posibilidad de ciertas complicaciones en el recién nacido.	antecedente de muerte neonatal, prematuridad previa, malformaciones congénitas previas.
Antecedentes del embarazo actual	Enfermedades durante la gestación, hipertensión, diabetes gestacional, infecciones urinarias, infecciones de transmisión vertical, anemia, hemorragias, amenaza de parto pretérmino, consumo de medicamentos, alcohol, tabaco u otras sustancias.	Permite valorar condiciones maternas asociadas a compromiso fetal o neonatal.	Preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, infecciones maternas, consumo de sustancias, hemorragias en el embarazo.
Control prenatal	Número de controles prenatales, momento en que se	Estos antecedentes permiten conocer cómo evolucionó	Menos controles de los recomendados, inicio tardío del seguimiento

	iniciaron, ecografías realizadas, resultados de laboratorio, uso de suplementos como hierro y ácido fólico, y seguimiento de posibles riesgos obstétricos.	el embarazo y, a su vez, reconocer posibles situaciones que podrían relacionarse con la condición del recién nacido.	prenatal, exámenes pendientes o resultados alterados que no recibieron seguimiento.
Antecedentes infecciosos maternos	Antecedentes de infecciones como TORCH, VIH, hepatitis B, sífilis o vaginosis; además, presencia de corioamnionitis, fiebre durante el parto y colonización por estreptococo del grupo B.	Conocer estos antecedentes es importante, ya que algunas infecciones maternas pueden afectar al recién nacido y aumentar el riesgo de infección neonatal, prematuridad u otras complicaciones.	Sífilis o VIH positivos, hepatitis B, fiebre materna, ruptura prolongada de membranas o presencia de corioamnionitis.
Antecedentes familiares	Presencia de enfermedades hereditarias, malformaciones congénitas, trastornos metabólicos,	La historia familiar ayuda a reconocer posibles factores hereditarios y orienta la vigilancia ante	Malformaciones congénitas en la familia, enfermedades hereditarias, alteraciones metabólicas,

	consanguinidad o antecedentes familiares de muerte súbita neonatal o infantil.	condiciones que podrían presentarse en el recién nacido.	consanguinidad o antecedentes de muerte neonatal sin causa conocida.
Condiciones del trabajo de parto	Duración del trabajo de parto, ruptura de membranas, características del líquido amniótico, presentación fetal, sufrimiento fetal y uso de oxitócicos, analgesia o anestesia.	Conocer cómo transcurrió el trabajo de parto permite valorar posibles situaciones de asfixia, infección o traumatismo que podrían repercutir en el recién nacido.	Ruptura prolongada de membranas, líquido amniótico con meconio, signos de sufrimiento fetal o un parto prolongado o precipitado.
Datos del nacimiento	Tipo de parto, ya sea eutócico, distócico o cesárea; uso de fórceps o ventosa, circular de cordón y necesidad de reanimación. Además, se registra el Apgar al minuto y a los cinco minutos.	Estos datos ayudan a conocer cómo respondió el recién nacido al momento del nacimiento y permiten reconocer de manera temprana posibles dificultades en su adaptación.	Apgar bajo, reanimación avanzada, parto traumático, circular de cordón con compromiso neonatal.
Adaptación neonatal inmediata	Al nacer se observa el llanto y el esfuerzo respiratorio, junto	La observación de estas respuestas permite conocer cómo se adapta el	Ausencia de llanto, hipotonía, cianosis, dificultad respiratoria o

	con el tono muscular, la coloración y la frecuencia cardiaca. También se considera el contacto piel con piel y el inicio temprano de la lactancia.	recién nacido a la vida fuera del útero y reconocer oportunamente cualquier dificultad.	demora para iniciar la lactancia.
Medidas antropométricas al nacer	Peso, talla y perímetro cefálico al nacer; además, relación entre estas medidas y la edad gestacional.	Estas medidas ayudan a conocer el crecimiento del recién nacido y permiten relacionarlo con su edad gestacional y condición clínica.	Peso menor o mayor al esperado, medidas alejadas de los valores habituales o tamaño pequeño o grande para la edad gestacional.
Profilaxis y cuidados inmediatos	Administración de vitamina K, profilaxis ocular y cumplimiento de las medidas de identificación del recién nacido. También se revisan las vacunas indicadas y el inicio del alojamiento conjunto.	Estas acciones brindan protección durante las primeras horas de vida y ayudan a prevenir complicaciones que podrían afectar al recién nacido.	Cuidados preventivos incompletos, identificación incorrecta, retraso importante en las medidas indicadas o ausencia de alguna intervención necesaria.

Alimentación inicial	Inicio de la lactancia materna, calidad del agarre y eficacia de la succión; además, tolerancia al alimento, uso de fórmula o suplementos cuando corresponda.	Observar las primeras tomas permite reconocer tempranamente dificultades para alimentarse y valorar posibles riesgos relacionados con la nutrición.	Succión débil, agarre inadecuado, rechazo del alimento, vómitos o dificultad persistente para mantener una alimentación adecuada.
Eliminación inicial	Momento en que ocurre la primera micción y la expulsión del meconio.	El registro de estas primeras eliminaciones orienta sobre la adaptación y el funcionamiento urinario e intestinal del recién nacido.	Ausencia de micción o de eliminación de meconio dentro del tiempo esperado, distensión abdominal, vómitos u otros cambios llamativos.
Entorno familiar y social	Composición familiar, apoyo disponible para la madre y conocimientos básicos sobre el cuidado del recién nacido. También se consideran las condiciones del hogar y el acceso a	Conocer el entorno permite identificar el apoyo con el que cuenta la familia y las condiciones disponibles para continuar los cuidados en casa.	Escaso apoyo familiar, desconocimiento severo sobre cuidados del recién nacido, condiciones inadecuadas del hogar.

	los servicios de salud.		

Nota. Elaboración propia basada en Canadian Paediatric Society (2024); McKinlay et al., (2024); Zanardo et al., (2024).

3.9.3 Examen físico del recién nacido

El examen físico debe ser céfalo-caudal, sistemático y respetando el confort térmico del neonato.

Tabla 6. Examen físico del recién nacido.

Región / sistema	Aspectos que evaluar	Hallazgos normales en el recién nacido sano	Hallazgos de alerta o alteraciones
Aspecto general	Estado de alerta, postura y actividad espontánea; además, se observa el llanto, los movimientos, la coloración general y la respuesta al entorno.	Recién nacido activo, con buen tono muscular y llanto vigoroso; mantiene postura en flexión y responde adecuadamente al contacto.	Letargia o hipotonía, irritabilidad marcada, llanto débil o ausente, palidez, cianosis generalizada o escasa respuesta a estímulos.
Signos vitales	Frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno, considerando siempre las condiciones	Frecuencia cardiaca entre 120–160 lpm, respiratoria de 30–60 rpm y temperatura axilar entre 36,5–37,5 °C.	Taquicardia o bradicardia, taquipnea, apnea o hipotermia; asimismo, hipertermia y disminución de la

	clínicas del neonato.		saturación de oxígeno.
Piel	Se observa el color y la textura de la piel, así como su hidratación. También se revisa la presencia de vérnix caseosa, lanugo, manchas, descamación, lesiones, petequias, equimosis o ictericia.	Piel rosada, tibia y bien hidratada; puede presentar vérnix, lanugo o una descamación leve propia de esta etapa.	Ictericia precoz, cianosis, palidez o petequias extensas; además, lesiones, vesículas, perfusión deficiente o cambios persistentes en la coloración.
Cabeza	Forma y tamaño de la cabeza, suturas craneales y fontanelas; además, se revisan cabalgamiento, caput succedaneum, cefalohematoma u otros cambios visibles.	Cráneo simétrico, suturas palpables y fontanelas de tamaño y tensión esperados; puede existir un leve cabalgamiento fisiológico después del parto.	Fontanelas abombadas o deprimidas, macrocefalia o microcefalia; también asimetrías marcadas, cefalohematoma extenso u otras alteraciones evidentes.
Cara	Se observa la simetría facial y la presencia de movimientos espontáneos; además, se revisan posibles lesiones o	Rostro simétrico, con movimientos faciales espontáneos y expresión acorde con los estímulos.	Asimetría facial, parálisis, rasgos dismórficos o movimientos poco habituales.

	alteraciones en la estructura.		
Ojos	Se revisan el tamaño y la simetría ocular, la apertura de los párpados y la presencia de secreciones; asimismo, se comprueba el reflejo rojo..	Ojos simétricos, sin secreciones; reflejo rojo presente y respuesta ocular esperada.	Secreción purulenta, ausencia del reflejo rojo, hemorragia extensa, opacidad corneal o dificultad para abrir los ojos.
Oídos	Se considera la implantación y forma de los pabellones auriculares, junto con la permeabilidad del conducto auditivo y la respuesta frente a sonidos.	Pabellones bien implantados y simétricos, con estructura habitual y respuesta ante estímulos sonoros.	Implantación baja, malformaciones visibles, ausencia de respuesta al sonido u otras alteraciones del pabellón auricular.
Nariz	Se observa la forma y permeabilidad de las fosas nasales; además, se verifica la presencia de secreciones, aleteo nasal o retracciones.	Fosas nasales permeables, sin secreciones importantes y con respiración nasal sin dificultad.	Obstrucción nasal, aleteo persistente, secreciones abundantes, dificultad respiratoria o deformidades evidentes.
Boca y cavidad oral	Se revisan labios, mucosas, lengua y	Mucosa rosada y húmeda, paladar	Fisura labial o palatina, cianosis

	paladar; asimismo, se observa el frenillo y se comprueba el reflejo de succión.	íntegro, frenillo sin alteraciones y succión presente.	peribucal, lesiones, presencia de dientes natales o dificultad para succionar.
Cuello	Se observa la movilidad y simetría del cuello, además de comprobar la presencia de masas, pliegues o alguna limitación del movimiento.	Cuello móvil y simétrico, sin masas visibles y con piel íntegra.	Masas cervicales, movilidad limitada, asimetría marcada o alteraciones visibles en la región cervical.
Tórax	Se observa la forma y simetría del tórax, junto con los movimientos respiratorios. También se presta atención a posibles retracciones o cambios durante la respiración.	Tórax simétrico, con movimientos respiratorios regulares y expansión adecuada en ambos lados.	Asimetría torácica, deformidades, retracciones visibles o dificultad para respirar.
Aparato respiratorio	Se controla la frecuencia y el esfuerzo respiratorio; además, se auscultan los pulmones y se observa la	Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados ni signos de dificultad respiratoria.	Estertores, sibilancias o ausencia de murmullo vesicular; asimismo, quejido, apnea u otros signos de

	presencia de ruidos agregados, quejido o respiración dificultosa.		dificultad respiratoria.
Sistema cardiovascular	Se revisan la frecuencia y el ritmo cardiaco, los pulsos y el llenado capilar. A su vez, se observa la coloración de la piel y se ausculta la posible presencia de soplos.	Ritmo cardiaco regular, pulsos palpables y simétricos, llenado capilar menor de tres segundos y perfusión adecuada.	Soplos persistentes, palidez o cianosis, llenado capilar prolongado, pulsos débiles o alteraciones de la perfusión.
Abdomen	Se observa la forma y simetría del abdomen; además, se valora su consistencia, los movimientos intestinales y la presencia de dolor, masas o visceromegalias.	Abdomen blando, de aspecto globoso y sin distensión importante; no se identifican masas ni aumento del tamaño de los órganos.	Distensión marcada, abdomen doloroso o rígido, masas palpables, cambios de coloración o visceromegalias.
Cordón umbilical	Se revisa el número de vasos, el aspecto general del muñón y su olor. También se observa si existe sangrado, secreción o algún cambio	Cordón limpio, sin mal olor ni secreciones, que inicia progresivamente su proceso habitual de secado.	Secreción purulenta, olor desagradable, sangrado persistente, enrojecimiento alrededor del ombligo o signos

	alrededor del ombligo.		compatibles con infección.
Genitales	Se observa la conformación anatómica y permeabilidad, junto con las características sexuales. En el niño se revisa el descenso testicular y, en la niña, la presencia de secreciones fisiológicas.	Genitales acordes con el sexo y la edad gestacional, con meato urinario permeable. Testículos descendidos en el recién nacido a término y labios mayores cubriendo los menores en la niña a término.	Ambigüedad genital, criptorquidia, hipospadias, secreciones fuera de lo habitual o edema excesivo.
Ano y eliminación	Se comprueba la permeabilidad del ano y la expulsión de meconio; además, se observa si existen lesiones o alguna malformación visible.	Ano permeable y expulsión de meconio dentro del tiempo esperado.	Ano imperforado, ausencia de meconio, presencia de fisuras u otras malformaciones.
Extremidades	Se revisan la simetría, movilidad y tono de las extremidades. También se observa el número de dedos, la forma de manos y pies y cualquier	Extremidades simétricas y con movilidad activa; tono adecuado y cinco dedos en cada extremidad.	Polidactilia, sindactilia, pie equinovaro, movimientos asimétricos o disminución evidente de la movilidad.

	deformidad evidente.		
Cadera	Se valora la estabilidad de las caderas y la simetría de los pliegues. Además, se realizan las maniobras de Barlow y Ortolani según corresponda.	Caderas estables, pliegues simétricos y ausencia de hallazgos anormales durante las maniobras clínicas.	Chasquido, limitación durante la abducción, asimetría de pliegues o sospecha de displasia del desarrollo de la cadera.
Columna vertebral	Se observa la alineación e integridad de la columna, prestando atención a la presencia de masas, hoyuelos, lesiones o alteraciones en el cierre neural.	Columna recta e íntegra, sin masas, lesiones ni defectos visibles.	Espina bífida visible, hoyuelo profundo, masas o tumoraciones y desviaciones marcadas de la columna.
Sistema neurológico	Se observa el nivel de alerta y el tono muscular; además, se exploran los reflejos propios del recién nacido, como Moro, búsqueda, succión, prensión y Babinski, junto con sus movimientos espontáneos.	Reflejos primitivos presentes y acordes con la etapa neonatal, tono muscular adecuado y respuesta conservada frente a los estímulos.	Ausencia o disminución de los reflejos, hipotonía o hipertonía; también pueden presentarse convulsiones, letargia o una respuesta escasa a los estímulos.

Valoración antropométrica	Se registran el peso y la talla, junto con los perímetros cefálico y torácico, considerando además la proporcionalidad corporal del recién nacido.	Medidas corporales acordes con la edad gestacional y el sexo, manteniendo una proporción adecuada entre ellas.	Bajo peso al nacer, macrosomía, microcefalia o medidas corporales que muestran una desproporción evidente.

Nota. Elaboración propia basada en Zhang et al., (2024); Odira et al., (2025) e Ibrahim et al. (2025)

4.2 Diagnósticos de Enfermería

En el recién nacido sano, los diagnósticos de enfermería parten de una valoración continua que permita acompañar su adaptación y reconocer de manera temprana cualquier cambio, en este sentido, uno de los aspectos que requiere atención es el riesgo de infección, considerando la inmadurez del sistema inmunológico y el cuidado que demanda el cordón umbilical, a su vez, la limitada capacidad del neonato para conservar una temperatura estable hace necesario contemplar el riesgo de temperatura corporal ineficaz, estas condiciones muestran que, aun cuando el recién nacido se encuentre sano, necesita cuidados preventivos durante sus primeras horas y días de vida.

Por otra parte, los cambios metabólicos propios de esta etapa pueden favorecer variaciones en los niveles de glucosa, razón por la cual se considera el riesgo de glucemia inestable, la piel también merece especial cuidado debido a su fragilidad y sensibilidad frente a la humedad, el roce y otros factores externos, de ahí puede identificarse el

riesgo de deterioro de la integridad cutánea, enfermería acompaña aquellos procesos que favorecen el bienestar, por ello, la disposición para mejorar la lactancia materna permite orientar el apoyo a la madre y al recién nacido para favorecer el inicio y continuidad de una alimentación al seno materno adecuada.

Tabla 7. Diagnóstico de Enfermería NANDA en el recién nacido.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	[00479] Disposición para mejorar la lactancia
Código: 00479	
Definición: Patrón de suministro de leche a un lactante o un niño(a) directamente de los pechos, que puede fortalecerse.	
Dominio: 2 Nutrición	
Clase: 1 Ingestión	
Necesidad: 2 Comer y beber	
Patrón: 2 Nutricional-metabólico	
Evidenciado por	• Deseos de mejorar la capacidad de alimentación exclusiva al pecho • Deseos de aumentar la capacidad de dar leche materna para las necesidades nutricionales del niño(a) • Deseos de mejorar la autoeficacia de la lactancia • Deseos de aumentar la producción de leche humana

Nota. Elaboración propia basada en Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026. Edición hispanoamericana, Decimotercera edición.

Tabla 8. Diagnóstico de Enfermería NANDA en el recién nacido.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	[00004] Riesgo de infección
Código: 00004	
Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos.	
Dominio: 11 Seguridad/protección	
Clase: 1 Infección	
Necesidad: 9 Evitar peligros/seguridad	
Patrón: 1 Percepción-manejo de la salud	
Relacionado con	• Respuesta inmunitaria deficiente • Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública • Higiene inadecuada del entorno • Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a los agentes patógenos • Inmunización inadecuada • Bebés que no reciben lactancia exclusive • Anemia • Ruptura prematura de las membranas amnióticas • Ruptura prolongada de las membranas amnióticas

Nota. Elaboración propia basada en Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026. Edición hispanoamericana, Decimotercera edición.

Tabla 9. Diagnóstico de Enfermería NANDA en el recién nacido.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	[00008] Termorregulación ineficaz
Código: 00008	
Definición: Incapacidad para mantener o regular la temperatura corporal dentro de un rango normal.	
Dominio: 11 Seguridad/protección	
Clase: 6 Termorregulación	
Necesidad: 7 Temperatura	
Patrón: 2 Nutricional-metabólico	
Relacionado con	• Deterioro del estado de salud • Incremento de la demanda de oxígeno • Inactividad
Evidenciado por	• Cianosis de los lechos ungueales • Incremento de la temperatura corporal por encima del rango normal • Convulsiones • Taquicardia • Taquipnea

Nota. Elaboración propia basada en Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026. Edición hispanoamericana, Decimotercera edición.

4.3 Planificación

Tabla 10. Resultados de enfermería en el recién nacido.

Clasificación de resultados de Enfermería NOC	[1000] Establecimiento de la lactancia materna: lactante
Código: 01000	
Definición: Unión y succión del lactante del complejo areola-pezón de la madre para su alimentación durante las primeras semanas de lactancia.	
Dominio: 2 Salud fisiológica	
Clase: K Digestión y nutrición	
Indicadores	**Escala**
[100016] Agarre correcto	1. Nunca demostrado
[100017] Compresión adecuada de la areola	2. Raramente demostrado
[100018] Colocación correcta de la lengua	3. A veces demostrado
[100019] Reflejo de succión	4. Frecuentemente demostrado
[100020] Deglución perceptible o audible	5. Siempre demostrado

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta edición.

Tabla 11. Resultados de enfermería en el recién nacido.

Clasificación de resultados de Enfermería NOC	[0708] Severidad de la infección: recién nacido
Código: 00708	
Definición: Gravedad de los signos y síntomas de la infección durante los primeros 28 días de vida.	
Dominio: 2 Salud fisiológica	
Clase: H Respuesta inmune	
Indicadores	**Escala**
[070801] Inestabilidad térmica	1. Grave
[070802] Hipotermia	2. Sustancial
[070803] Taquipnea	3. Moderado
[070804] Taquicardia	4. Leve
[070811] Cianosis	5. Ninguno
[070818] Irritabilidad	
[070821] Llanto agudo	
[070827] Onfalitis	

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta edición

Tabla 12. Resultados de enfermería en el recién nacido.

Clasificación de resultados de Enfermería NOC	[0801] Termorregulación: neonato
Código: 00801	
Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida.	
Dominio: 2 Salud fisiológica	
Clase: I Regulación metabólica	
Indicadores	**Escala**
[080116] Inestabilidad térmica	1. Grave
[080117] Hipertermia	2. Sustancial
[080119] Respiraciones irregulares	3. Moderado
[080122] Irritabilidad	4. Leve
[080104] Letargia	5. Ninguno
[080105] Cambios en el color de la piel	
[080110] Paso de la incubadora a la cuna	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta edición

4.4 Implementación

Tabla 13. Intervenciones de enfermería en el recién nacido.

Clasificación de intervención de Enfermería	[6820] Cuidados del lactante
Código: 06820 **Definición:** Provisión de cuidados a lactantes menores de 1 año de edad, adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia. **Dominio:** 5 Familia **Clase:** Z Cuidados de crianza	
Actividades	• Favorecer, siempre que sea posible, que el cuidado del lactante permanezca a cargo de los mismos profesionales. • Llevar un seguimiento periódico del peso y la talla del lactante, observando su evolución. • Mantener un registro de los ingresos y las pérdidas para reconocer oportunamente cualquier cambio. • Al momento del baño, considerar las preferencias de los progenitores siempre que las condiciones permitan hacerlo. • Realizar el cambio de pañal cuando sea necesario, procurando mantener al lactante limpio y cómodo. • Ofrecer alimentos apropiados para la etapa de desarrollo en la que se encuentra el lactante. • Brindar momentos que favorezcan la succión no nutritiva cuando las necesidades del lactante así lo requieran.

	• Mientras el lactante permanezca en la cuna sin supervisión directa, conservar levantadas las barras laterales como medida de seguridad. • Retirar los objetos pequeños de la cuna (p. ej., tapones de jeringa y torundas para el alcohol).

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición

Tabla 14. Intervenciones de enfermería en el recién nacido.

Clasificación de intervención de Enfermería	[6540] Control de infecciones
Código: 06540 **Definición:** Minimizar el contagio y la transmisión de agentes infecciosos. **Dominio:** 4 Seguridad **Clase:** V Manejo del riesgo	
Actividades	• Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales. • Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial. • Facilitar el acceso a los desinfectantes antimicrobianos para manos (p. ej., colgar el dispensador en la pared o colocarlo junto a las puertas de todas las áreas asistenciales). • Utilizar EPI siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso. • Garantizar el fácil acceso al EPI adecuado para atender a personas con material o

	enfermedad infecciosos conocidos (p. ej., guantes, mascarillas, gafas, batas de aislamiento).

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición.

Tabla 15. Intervenciones de enfermería en el recién nacido.

Clasificación de intervención de Enfermería	[3900] Regulación de la temperatura
Código: 03900 **Definición:** Consecución o mantenimiento de la normotermia. **Dominio:** 2 Fisiológico: complejo **Clase:** M Termorregulación	
Actividades	• Determinar la causa de la alteración de la temperatura (p. ej., exposición excesiva al calor, pérdida de volumen, esfuerzo, inducida por fármacos, radiación, evaporación, conducción, convección, infección). • Monitorizar los valores de laboratorio de los electrólitos séricos, el análisis de orina, los hemocultivos y el hemograma completo. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. • Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos dos veces y luego según

	el protocolo, hipotermia e hipertermia tratadas mediante monitorización continua con dispositivo de monitorización de la temperatura central), según corresponda. • Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. • Monitorizar el color y la temperatura de la piel. • Informar de los signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición

4.5 Evaluación

En este sentido, la evaluación permite conocer cómo ha respondido el recién nacido a los cuidados brindados y comprobar si las necesidades identificadas fueron atendidas adecuadamente, a partir de estos resultados, es posible valorar si las intervenciones realizadas permitieron alcanzar los objetivos planteados o si, por el contrario, es necesario realizar ajustes en el cuidado.

Evaluación del diagnóstico: Lactancia materna ineficaz

NANDA: Lactancia materna ineficaz.
NOC evaluado: Establecimiento de la lactancia materna: neonato.
NIC aplicado: Apoyo a la lactancia materna.

Criterios de evaluación:

- El recién nacido consiguió agarre correcto y succión efectiva.
- Se observó coordinación adecuada entre succión, deglución y respiración.
- Aumentó la eficacia de las tomas y disminuyó la irritabilidad posterior.
- La madre mostró mayor seguridad en la técnica de amamantamiento.

Juicio evaluativo:

Se considera que el objetivo ha sido alcanzado cuando el recién nacido logra alimentarse eficazmente al pecho y la madre demuestra seguridad y capacidad para mantener la lactancia. En cambio, si todavía se presentan algunas dificultades menores durante este proceso, el resultado puede considerarse parcialmente alcanzado, por el contrario, cuando la alimentación continúa siendo ineficaz o aparecen manifestaciones relacionadas con una ingesta insuficiente, se entiende que el objetivo aún no se ha alcanzado.

Evaluación del diagnóstico: Riesgo de infección

NANDA: Riesgo de infección.
NOC evaluado: Control del riesgo: infección.
NIC aplicado: Control de infecciones.

Criterios de evaluación:

- El recién nacido permaneció afebril y clínicamente estable.
- El cordón umbilical se mantuvo limpio, seco y sin signos flogóticos.
- No aparecieron secreciones, mal olor, letargia ni rechazo al alimento por proceso infeccioso.
- Los cuidadores demostraron comprensión de las medidas higiénicas.

Juicio evaluativo:

El objetivo se considera alcanzado cuando, durante la estancia hospitalaria o en el seguimiento inicial, el recién nacido permanece sin manifestaciones de infección. Sin embargo, si aún existen factores de riesgo que requieren vigilancia, pero no se observan signos clínicos, puede considerarse parcialmente alcanzado, en cambio, si aparecen manifestaciones que hagan sospechar un proceso infeccioso, se determina que el objetivo no ha sido alcanzado.

Evaluación del diagnóstico: Riesgo de temperatura corporal ineficaz

NANDA: Riesgo de temperatura corporal ineficaz.
NOC evaluado: Termorregulación.
NIC aplicado: Regulación de la temperatura.

Criterios de evaluación:

- El recién nacido mantuvo temperatura axilar entre 36,5 °C y 37,5 °C.
- No presentó extremidades frías, palidez, letargia ni irritabilidad por alteración térmica.
- Permaneció en ambiente térmico seguro.
- Respondió favorablemente a medidas de abrigo y contacto piel con piel.

Juicio evaluativo:

El objetivo se considera alcanzado cuando el recién nacido logra mantener una temperatura corporal estable de manera continua, en cambio, si necesita cuidados o intervenciones frecuentes para conservarla dentro de los valores esperados, el resultado se considera parcialmente alcanzado. Por el contrario, si presenta episodios de hipotermia o hipertermia, se determina que el objetivo aún no ha sido alcanzado.

RESPUESTAS CORRECTAS DE PREGUNTAS DE RAZONAMIENTO

Capítulo 1

1. B
2. C
3. C
4. B
5. C

Capítulo 2

6. B
7. B
8. B
9. C
10. B

Capítulo 3

11. C
12. C
13. C
14. B
15. B

BIBIOGRAFIA

Capítulo 1

1. Bienboire-Frosini, C., Wang, D., Marcet-Rius, M., Villanueva-García, D., Gazzano, A., Domínguez-Oliva, A., et al. (2023). The role of brown adipose tissue and energy metabolism in mammalian thermoregulation during the perinatal period. *Animals, 13*. https://consensus.app/papers/the-role-of-brown-adipose-tissue-and-energy-metabolism-in-bienboire-frosini-wang/0c1fbe879ad351d3aee60964e1b97314/
2. Blumberg, M., & Adolph, K. (2023). Protracted development of motor cortex constrains rich interpretations of infant cognition. *Trends in Cognitive Sciences, 27*, 233–245.
3. Camargo, C. C. D. S., Anjos, D., de Carvalho, E. F. T., Suda, E., & de Freitas Dantas Gomes, E. L. (2025). Effect of muscle mass on neuropsychomotor development in newborns: A comparative analysis between preterm and full-term infants. *Early Human Development, 205*, 106267.
4. Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Qué es un neonato*. https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neonato
5. Guamán Castillo, A. B., Jiménez, G. Y., Peláez, M. A., Guamán Romero, Y. K., & Alvarez Sarango, K. K. (2023). Guía de práctica clínica de enfermería manejo del recién nacido sano. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(1), 5904–5921.
6. Lattari, A., & Pekarsky, A. (2025, febrero). *Edad gestacional*. MSD Manuals. https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional

7. Más, M., Casuriaga, A., Giachetto, G., Giacoia, C., Centena, L., López, M., et al. (2021). Características de las consultas de los recién nacidos en un servicio de emergencia pediátrica. *Revista Médica del Uruguay, 37*(4). https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/763
8. Moiseeva, K., Ivanov, D., Yuryev, V., Berezkina, E., Alekseeva, A., Kharbediya, S., et al. (2024). Characteristics of individual parameters of physical development of newborns. *Voprosy Detskoj Dietologii*. https://consensus.app/papers/characteristics-of-individual-parameters-of-physical-moiseeva-ivanov/2d6bc5ebcbc658dba8a0759cd1c505e4/
9. Navarro, P. (2021, enero 28). *Clasificación del recién nacido: Facilitar el diagnóstico y prevenir complicaciones*. Campus Vygon.
10. Obladen, M. (2025). Tabula rasa? A history of fetal learning and neonatal perception. *Neonatology*, 1–17.
11. Odira, C. C. H., Onyeje, B., Udeogalanya, E. A., Olabisi, O., & Esan, D. (2025). Predictors of mothers' home cord care, breastfeeding, and thermoregulation practices for newborns in a South-Eastern State, Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*. https://consensus.app/papers/predictors-of-mothers-%E2%80%99-home-cord-care-breastfeeding-and-odira-onyeje/62a9cc5c08b356149f99e0dd335137f2/
12. Roy, S., Shrivastava, A., & Choudhary, P. (2021). The physical characteristics and anthropometric measurements among different

gestational age of newborn infants. *International Journal of Contemporary Pediatrics, 8*, 528.

13. Sampson, L., Luther, M., Rolnitsky, A., & Ng, E. (2025). Enhancing neurodevelopmental outcomes in preterm infants through the sensory development care map. *Children, 12*. https://consensus.app/papers/enhancing-neurodevelopmental-outcomes-in-preterm-sampson-luther/57342c8f45a35fbe93693a47abd85a9a/
14. Tanrıverdi, M., & Yılmaz, G. G. (2025). Early neuromotor and sensory development in premature infants: An 18-month longitudinal follow-up study. *Infant Behavior and Development, 80*, 102089.
15. Yu, Y., Koyama, Y., & Shimada, S. (2025). Development of the thermoregulatory mechanism – Raising the possibility that it is acquired at birth. *Neuroscience, 577*, 123–131.
16. Zhang, Y., & Zeng, H. H. (2023). Placental morphological features of small for gestational age preterm neonates born to mothers with pregnancy-induced hypertension. *Frontiers in Pediatrics, 11*. https://consensus.app/papers/placental-morphological-features-of-small-for-zhang-zeng/659d943630be5842b0d7b07b6ca971e8/

Capítulo 2

1. Arias, J., González, M., Rodríguez, M., et al. (2023). Neonatal care and its impact on health outcomes: A review of evidence from 2023. *Journal of Pediatric Nursing, 45*, 112–120.

2. Brimdyr, K., et al. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and implementation agenda. *Pediatrics, 152*(6), e2023062335.
3. COMEPA. (2021). *Recepción del recién nacido*. Servicio de Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud. https://www.comepa.org.uy/recepcion-del-recien-nacido
4. Gupta, R., Sharma, U., Pandita, A., et al. (2023). Evidence-based neonatal skin care practices and protocols. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, 14*, 249–265.
5. Hernández, M., González, M., et al. (2024). *Cuidados de enfermería en el recién nacido y primeros meses de vida* (1.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
6. Huang, C., et al. (2022). Effectiveness of early essential newborn care on newborn health and breastfeeding outcomes. *Journal of Pediatric Nursing, 45*, 112–120.
7. Jullien, S. (2021). Vitamin K prophylaxis in newborns. *BMC Pediatrics, 21*. https://consensus.app/papers/vitamin-k-prophylaxis-in-newborns-jullien/32e84798b94958718ae9dcf45286066e/
8. Jurgelėnė, V., et al. (2024). The role of skin-to-skin contact and breastfeeding in newborn care. *PMC*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10887814/
9. Navarro, P. (2021). *Valoración de los reflejos arcaicos en el recién nacido*. Vygon España. https://campusvygon.com/es/valoracion-reflejos-arcaicos/

10. Ramsay, M., Lefebvre, M., Kline, A., et al. (2022). Reflejos arcaicos en el recién nacido: Evaluación y diagnóstico temprano. *Revista de Neurología Infantil, 31*(6), 505–512.
11. Smith-Norowitz, T., Ukaegbu, C., Kohlhoff, S., & Hammerschlag, M. (2021). Neonatal prophylaxis with antibiotic containing ointments does not reduce incidence of chlamydial conjunctivitis in newborns. *BMC Infectious Diseases, 21*. https://consensus.app/papers/neonatal-prophylaxis-with-antibiotic-containing-smith%E2%80%90norowitz-ukaegbu/c137875a8d5951469abd18d10862f75c/
12. Sze, J., Smith, T., & Walker, A. (2023). Antihemorrhagic control with vitamin K administration. *Neonatal Nursing Journal, 29*(4), 123–130.
13. Vasquez, M., Hernandez, L., & Torres, E. (2022). Prophylaxis and neonatal care practices. *Journal of Neonatal Care, 18*(2), 105–112.
14. Win, M., Beckett, R., Thomson, L., Thankamony, A., & Beardsall, K. (2021). Continuous glucose monitoring in the management of neonates with persistent hypoglycemia and congenital hyperinsulinism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 107*. https://consensus.app/papers/continuous-glucose-monitoring-in-the-management-of-win-beckett/0f9e1934bd9d51c0b681bc057c64ead4/
15. World Health Organization. (2022). *Neonatal care: A comprehensive guide for nurses*. https://www.who.int/tools/your-life-your-health/life-phase/newborns-and-children-under-5-years/caring-for-newborns

Capítulo 3

1. Balest, A. L., et al. (1979). A simplified score for assessment of fetal maturity of newborn infants. *Journal of Pediatrics, 95*(5), 768–773.
2. Ballard, J. L., et al. (1979). A simplified score for assessment of fetal maturity of newborn infants. *Journal of Pediatrics, 95*(5), 768–773.
3. Dorling, J. S., Roehr, C. C., Katheria, A. C., & Mitchell, E. J. (2025). Umbilical cord management in newborn resuscitation. *Pediatric Research, 97*, 1428–1429.
4. Gupta, R., Sharma, U., Pandita, A., et al. (2023). Evidence-based neonatal skin care practices and protocols. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, 14*, 249–265.
5. Kemper, A. R., Newman, T. B., Slaughter, J. L., Maisels, M. J., Watchko, J. F., Downs, S. M., et al. (2022). Clinical practice guideline revision: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics, 150*(3), e2022058859.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Norma de atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia*. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/15064/1/norma_atencion_integralde_enfermedades_prevalentes_de_lainfancia.pdf
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Gestión de atención integral en salud en establecimientos de primer nivel*.

8. Navarro, P. (2021). *Valoración de los reflejos arcaicos en el recién nacido*. Vygon España. https://campusvygon.com/es/valoracion-reflejos-arcaicos/
9. Odira, C. C. H., Onyeje, B. T., Udeogalanya, E. A., Olabisi, O. I., & Esan, D. T. (2025). Predictors of mothers' home cord care, breastfeeding, and thermoregulation practices for newborns in a Southeastern State, Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*, 602.
10. Ramsay, M., Lefebvre, M., Kline, A., et al. (2022). Reflejos arcaicos en el recién nacido: Evaluación y diagnóstico temprano. *Revista de Neurología Infantil, 31*(6), 505–512.
11. Shapiro, S., Bedi, S., Mgbemena, I., & Sarda, P. (2022). Management of umbilical cord care in newborns. *Pediatrics Journal, 148*(5), e2023053568.
12. World Health Organization. (2022). *Early detection of hearing loss in newborns*. https://www.who.int/publications/early-detection-of-hearing-loss
13. World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

Capítulo 4

1. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2021). Immediate and sustained skin-to-skin contact for healthy late preterm and term newborns after birth: AWHONN practice brief number 14. Nursing for Women's Health, 25(5), e9–e11. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.07.003

2. Almutairi, W. M., & Ludington-Hoe, S. M. (2023). Assessment of nurses' knowledge, attitude and implementation of skin-to-skin care within the perinatal setting in Saudi Arabia: Survey study. Nursing Open, 10(4), 2165–2171. https://doi.org/10.1002/nop2.1464
3. Canadian Paediatric Society. (2024). Skin-to-skin care (SSC) for term and preterm infants. Paediatrics & Child Health, 29(4), 238–254. https://doi.org/10.1093/pch/pxae015
4. Çaka, S. Y., Topal, S., & Gözen, D. (2022). Determination of neonatal unit nurses' practices for newborn skin care: A cross-sectional study. Journal of Neonatal Nursing. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.09.004
5. Ibrahim, A., Boateng, D., & colaboradores. (2025). Determinants of essential newborn care practices among mothers: A descriptive cross-sectional study in a peri-urban community, Ghana. Reproductive Health, 22, Article 27. https://doi.org/10.1186/s12978-025-01968-5
6. Iribarren, M., González-Mesa, E., & colaboradores. (2023). The effect of kangaroo mother care or skin-to-skin contact on infant vital signs: A systematic review and meta-analysis. Midwifery, 123, 103694. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103694
7. McKinlay, C. J. D., Alsweiler, J. M., & Ansell, J. M. (2024). Neonatal hypoglycaemia. BMJ Medicine, 3(1), e000544. https://doi.org/10.1136/bmjmed-2023-000544
8. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud* (7.ª ed.). Elsevier

9. NANDA International. (2024). *Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024–2026* (13th ed.). Wiley-Blackwell
10. Odira, C. C. H., Okafor, I. P., & colaboradores. (2025). Predictors of mothers' home cord care, breastfeeding, and thermoregulation practices for newborns in a South-Eastern State, Nigeria. BMC Pregnancy and Childbirth, 25, Article 602. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07705-x
11. Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (2024). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.
12. Zanardo, V., Parotto, M., & colaboradores. (2024). The role of skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour post delivery in reducing excessive weight loss. Children, 11(2), 232. https://doi.org/10.3390/children11020232
13. Zhang, Y., Liu, X., & colaboradores. (2024). Effect of early essential newborn care on breastfeeding and outcomes of mothers/newborns post-cesarean section: A randomized controlled trial in China. Reproductive Health, 21, Article 183. https://doi.org/10.1186/s12978-024-01932-9

Enfermería neonatal y pediátrica: Cuidado integral del recién nacido, se publicó en el mes de noviembre de 2026.

ISBN: 978-9907-802-76-4

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

BIOGRAFÍA DE AUTORES

Laura Geanella Román Relica:
Licenciada en Enfermería y Magíster en Salud Pública, con trayectoria académica y formativa en la Universidad Técnica de Machala (UTMACH), donde se desempeña como técnica docente, docente universitaria y capacitadora en el curso de formación de auxiliares de enfermería. En el ámbito investigativo, cuenta con una activa participación como ponente en eventos científicos de carácter nacional e internacional, además de ser autora de libros y diversos artículos especializados en el área de la salud.

Néxar Darío Zambrano Pinargote:
Es Licenciado en Enfermería, con formación de posgrado como Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria en Salud y Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Salud Comunitaria. Cuenta con experiencia clínica como Enfermero 3 en el Hospital de Especialidades Portoviejo y ejerce como técnico docente en la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH). En el ámbito investigativo, cuenta con una activa participación como ponente en conferencias científicas y es autor de artículos especializados en el campo de la salud y la enfermería (contacto: nzambrano@utmachala.edu.ec).

Kevin Adrián Ramírez Sarango:
A su formación superior se le suma su experiencia como docente y coordinador de la carrera de Enfermería en el Instituto Superior Tecnológico Sudamericano. Tiene experiencia en investigación científica, participando como autor de artículos académicos, libros y par revisor de proyectos de titulación. Actualmente se desempeña como docente en la Universidad Técnica de Machala.

ENFERMERÍA NEONATAL Y PEDIÁTRICA: CUIDADO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO

Estimado lector, esta obra académica de Enfermería Pediátrica sitúa la atención neonatal como uno de los campos de mayor exigencia técnica y deontológica dentro del ejercicio profesional, fundamentada en la alta vulnerabilidad biológica, fisiológica y adaptativa que caracteriza los primeros 28 días de vida extrauterina. El texto sostiene que la supervivencia y el desarrollo óptimo del neonato dependen de una vigilancia clínica continua, procedimientos basados en evidencia científica y un modelo asistencial que priorice la seguridad del paciente y la calidez del trato humano.

Diseñado específicamente para la formación de grado en Enfermería, el volumen articula los fundamentos biológicos de la transición extrauterina con la adquisición de competencias en valoración física, razonamiento crítico y manejo de patologías prevalentes en la infancia temprana. Su enfoque metodológico trasciende la esfera estrictamente biomédica al concebir al recién nacido como parte indisociable de un entorno familiar y comunitario; de este modo, integra de forma transversal ejes estratégicos como la promoción de la lactancia materna exclusiva, la consejería y educación parental, la mitigación de riesgos perinatales y el monitoreo longitudinal del neurodesarrollo.

En su conjunto, el libro se consolida como un manual formativo y una guía metodológica indispensable para estudiantes y profesionales de enfermería, dotándolos de las herramientas científicas, éticas y operativas necesarias para desempeñarse con solvencia y empatía tanto en áreas hospitalarias de cuidados intermedios e intensivos como en redes de atención primaria de salud.

GRUPO BLR

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

ISBN: 978-9907-802-76-4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA 1969