

Módulo I

**CURSO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN EL PACIENTE NEONATAL**

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN PARTO Y PUERPERIO

EU Carolina Ramírez M.



Índice

Índice	2
Introducción.....	3
1.- CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DEL NEONATO:	4
1.1. PESO:	4
1.2. TALLA:	4
1.3. PERÍMETRO CEFÁLICO:.....	5
1.4. CABEZA Y FONTANELAS:	5
1.5. TÓRAX:	5
1.6. ABDOMEN:	5
1.7. EXTREMIDADES:.....	6
1.8. PIEL:	6
2.1 TERMORREGULACIÓN:	7
2.2 FUNCIÓN PULMONAR:	8
2.3 FUNCIÓN CARDIACA:	9
2.4 FUNCIÓN DIGESTIVA:.....	9
2.5 FUNCIÓN URINARIA:.....	10
2.6 FUNCIÓN INMUNOLÓGICA:	10
2.7 FUNCIÓN NEUROLÓGICA:.....	11
3.1 CIRCULACIÓN FETAL:.....	12
3.2 CAMBIOS TRAS EL NACIMIENTO:.....	12
3.3 TEST DE APGAR:	13
4. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO EN EL PUERPERIO INMEDIATO.....	15
BIBLIOGRAFÍA	16

Introducción

Los cuidados del recién nacido enfermo están determinados por los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, lo cual requiere de la puesta en marcha al nacer de complejos mecanismos de homeostasis, maduración de órganos y sistemas, indispensables para poder sobrevivir fuera del útero materno.

A todas estas complejas modificaciones que ocurren durante el período neonatal y que lo definen, las llamamos “adaptación” y esta se caracteriza por ser sumamente dinámica, a tal punto que situaciones clínicas o de laboratorio francamente patológicas a determinadas horas o días de vida, son normales en poco tiempo. Se trata de la etapa de mayor vulnerabilidad en la vida del ser humano y donde existen más probabilidades de enfermar y morir o de presentar secuelas graves, particularmente neurológicas.

Muchos de los problemas que aquejan al recién nacido están estrechamente relacionados con alguna “falla” en este mecanismo de adaptación, otorgándole al neonato características de gran labilidad y dependencia, por lo que es imaginable la gravedad que implica agregar a esto una patología congénita y más aún, si se trata de un niño prematuro, situaciones que se potencian entre sí sumando peligrosidad al complejo escenario.

1.- CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DEL NEONATO:

Si se compara el aspecto de un neonato con un niño mayor o un adulto veremos que varían sus proporciones corporales, en general cuanto más prematuro es y más pequeño tendrá mayor superficie corporal en su cabeza, extremidades pequeñas y tórax alargado.

La composición corporal también es muy diferente y la proporción de peso asignada a los órganos del neonato en relación al adulto tiene variaciones significativas.

Existen tres características morfológicas que definen a un recién nacido: macrocéfalo, braquítico y macroesplácnico. Es macrocéfalo porque el tamaño de su cabeza supone un $\frac{1}{4}$ de la parte total de la talla, mientras que en el adulto sólo representa $\frac{1}{8}$. Es braquítico porque las extremidades son pequeñas en relación con el resto del organismo, situándose su punto medio del cuerpo a nivel ombligo a diferencia del adulto que se haya a nivel del pubis. Y es macroesplácnico, es decir, tiene un abdomen grande y abombado, sobrepasando el nivel torácico, y que persiste hasta los 3 años edad.



1.1. PESO:

El peso medio al nacimiento se encuentra alrededor de 3.300 g, entre el intervalo de 2500 g y 4000 g.

Existe una pérdida fisiológica del peso en los primeros días de vida que puede llegar a ser de hasta un 10%, debido principalmente a una pérdida de líquidos (pulmonar, meconio, orina, etc.). Pero a partir del quinto día de vida se inicia una recuperación ponderal, y hacia el quinceavo, o incluso antes, alcanza el peso inicial

1.2. TALLA:

La talla media de un recién nacido es de 50cm, entre un intervalo de 48-52 cm.

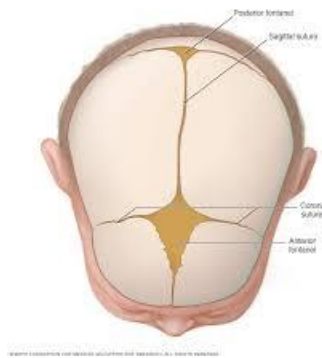
1.3. PERÍMETRO CEFÁLICO:

Es la medición de la circunferencia anteroposterior máxima del cráneo, y su tamaño depende, en gran parte, del desarrollo del contenido craneal.

El perímetro cefálico de un recién nacido a término es de 34 cm, con un intervalo de normalidad entre 32-36 cm.

1.4. CABEZA Y FONTANELAS:

Existen en la cabeza dos zonas no osificadas, de tejido membranoso, llamadas fontanelas: fontanela anterior o bregma, que tiene forma de rombo, se encuentra en la unión entre los dos huesos frontales y los dos parietales, mide 2,5 a 4 cm de longitud por 2 a 3 cm de anchura y se suele cerrar alrededor de los 12-18 meses, y la fontanela posterior que se encuentra entre el hueso occipital y los dos huesos parietales con forma triangular, con un tamaño menor de 0.5 a 1 cm y que se suele cerrar alrededor de los 3 meses.



1.5. TÓRAX:

El tórax del recién nacido tiene un diámetro anteroposterior igual al bilateral. Mide algo menos que la cabeza y el tejido muscular es escaso.

Otras características morfológicas normales pueden ser:

- Protrusión exagerada del xifoideos.
- El "pectus excavatum". Un hundimiento del esternón, que sólo en los casos de mayor envergadura puede estar indicado el tratamiento reparador.

1.6. ABDOMEN:

El abdomen del recién nacido es grande, blando y distendido y sobrepasa el nivel torácico debido al tamaño de las vísceras abdominales y la falta de tono muscular.

El hígado y el bazo se pueden llegar a palpar unos 2 cm por debajo de los bordes costales, y en ocasiones es posible palpar los riñones. Mediante la palpación abdominal es como se pueden detectar la presencia de alguna masa anómala intraabdominal.

En la inspección también se observa el cordón umbilical pinzado para verificar la presencia de dos arterias y una vena de calibre superior. Parte del ombligo empieza a secarse a las pocas horas del nacimiento y se desprende a los 6-10 días.

1.7. EXTREMIDADES:

Las extremidades del recién nacido son pequeñas en comparación con el resto del organismo. Las plantas de los pies son planas. Las manos y los pies suelen estar fríos al tacto y pueden tener un color azulado debido a la poca circulación periférica, siendo esto normal y se llama acrocianosis.

Siempre es importante la exploración de ambas caderas, mediante las maniobras de Barlow y Ortolani, para descartar la existencia de la luxación congénita de cadera.

1.8. PIEL:

La piel del recién nacido es fina y elástica. Durante las primeras horas de vida presenta una coloración rojiza e intensa debida a la inestabilidad vasomotora y al enlentecimiento de la circulación periférica. Es normal que, hacia el segundo o tercer día de vida, algunos recién nacidos presenten una ictericia fisiológica que alcanza su mayor intensidad antes del séptimo día y que suele desaparecer alrededor de las 2 semanas.

Otras características normales de la piel del recién nacido son las siguientes:

- Vértex caseoso: Es un unto sebáceo que cubre la piel del recién nacido. Es una sustancia blanquecina y espesa compuesta por células y secreciones de glándulas y sirve para proteger de infecciones cutáneas, nutrir la piel, evitar la descamación, favorece la curación de posibles lesiones cutáneas y para regular mejor la temperatura. Por todo ello, lo ideal es que no se le bañe al recién nacido hasta que no pase un mínimo de 24 horas, ya que a partir de las 24-48 horas se suele secar y desaparecer.
- Lanugo: Vello fino que recubre los hombros, espalda, frente y sienes del recién nacido y que suele desaparecer al final de la primera semana.
- Millium facial: punteado blanco minúsculo en cara, nariz, y en menor frecuencia, en el mentón y en las mejillas. Son obstrucciones de las glándulas sebáceas que desaparecen en unas semanas.

También son frecuentes en el recién nacido una serie de fenómenos relacionados con una inestabilidad circulatoria general, como:

- Acrocianosis, cianosis de manos y pies sin significado patológico.
- Cutis marmorata: Moteado de color violáceo en la piel del recién nacido cuando se les somete a bajas temperaturas.
- Síndrome de arlequín: Enrojecimiento de una mitad del cuerpo y palidez en la contralateral producido por un fenómeno vasomotor de tipo vagal.



2.- CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL NEONATO:

2.1 TERMORREGULACIÓN:

El recién nacido es homeotermo, pero mantiene su temperatura corporal dentro de un estrecho margen y pierde calor con facilidad.

El mecanismo que regula la temperatura del recién nacido no está plenamente desarrollado y la producción de calor se originan fundamentalmente a partir del metabolismo de la “grasa parda”. Son depósitos localizados en la región superior torácica y paravertebral, en el área interescapular, cuello, axila y alrededor de los grandes vasos.

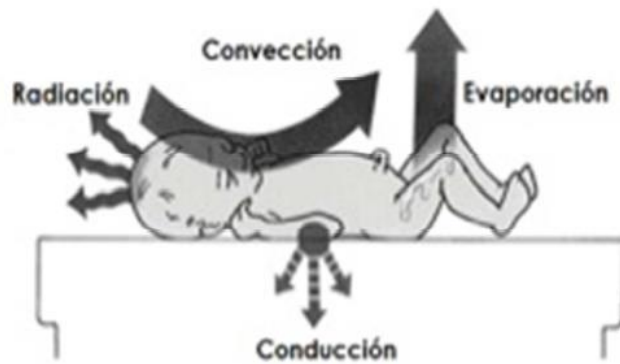
Al bajar la temperatura ambiente, se estimula la producción de noradrenalina lo que aumenta el metabolismo del tejido adiposo pardo, con el fin de producir calor, es lo denominado termogénesis química.

Además, la anatomía del recién nacido le predispone a la pérdida de calor, la pérdida de calor está en función directa de la superficie corporal y el peso, a mayor superficie en relación con la masa corporal mayor oportunidad de pérdida de calor. La hipotermia pues, afecta más a los recién nacidos que a los adultos y un recién nacido hipotérmico utiliza toda su energía para producir calor, y este gasto constante de energía puede ocasionarle trastornos en las demás funciones vitales, produciendo cuadros de apneas, hipoglucemias y retraso en el aumento de peso, e incluso, en casos extremos, un problema neurológico que comprometa su estado.

Los mecanismos de la pérdida de calor del niño son los siguientes:

- Conducción: Se produce por contacto directo de la piel del recién nacido con un objeto sólido frío. Un ejemplo sería el poner al recién nacido en el peso sin protección, o en una mesa de exploración fría.
- Evaporación: Se produce cuando el líquido se convierte en vapor, debido a la utilización de la energía térmica. El líquido amniótico que baña la piel del recién nacido, al entrar en contacto con una temperatura ambiente más baja facilita la pérdida de calor por esta vía.
- Irradiación: Transferencia de calor a objetos sólidos más fríos presentes en el medio ambiente, pero sin contacto directo con el recién nacido. La pérdida térmica aumenta a medida que los objetos están más fríos y próximos al niño, como puede ser una pared fría o cunas situadas cerca. El problema no se soluciona aumentando la temperatura ambiental, sino retirando al bebé de la pared o cunas frías.
- Convección: Pérdidas de calor por corrientes de aire. La cantidad de pérdida de calor depende de la temperatura ambiental, de la velocidad de la corriente de aire y de la humedad relativa. Por ejemplo, al explorar al recién nacido desnudo, transmite calor al ambiente.

Por todo ello resulta imprescindible ofrecer una neutralidad térmica, es decir, un ambiente térmico en el cual el recién nacido pueda mantener una temperatura corporal normal con el consumo de energía mínimo. Lo ideal es que la temperatura corporal del recién nacido se mantenga entre 36°C y 37°C.

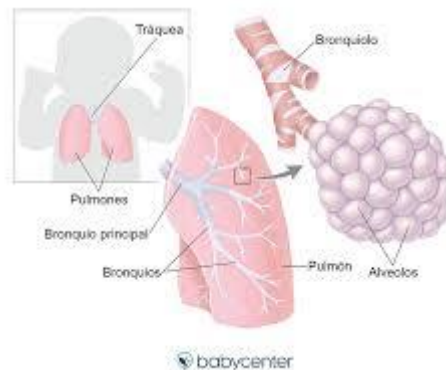


2.2 FUNCIÓN PULMONAR:

El recién nacido respira a través de la nariz, con una frecuencia de 35-60 respiraciones por minuto. Son respiraciones irregulares, abdominales (el abdomen sube y baja y el tórax se mantiene inmóvil prácticamente) y ocasiones presenta respiraciones periódicas fisiológicas, es decir, periodos de pausas respiratorias entre 10 y 15 segundos.

En el inicio de la respiración influyen varios factores químicos, térmicos, sensoriales y mecánicos:

- Estímulos químicos: El aumento de la cantidad de CO₂ en la circulación del recién nacido, como consecuencia de una disminución de O₂ originada al cortar el cordón, y una disminución del pH que origina acidosis, sirven de estímulo al centro respiratorio del bulbo raquídeo para iniciar la respiración.
- Estímulos térmicos: El cambio brusco de temperatura que sufre el recién nacido al salir al exterior (pasa de una temperatura de 37°C a una temperatura ambiente entre 22-24°C), estimula el centro respiratorio.
- Estímulos mecánicos: Relacionado con la expulsión del líquido amniótico de los pulmones tras el paso del feto a través del canal del parto. Al salir el líquido amniótico de los pulmones permite la inhalación de aire hacia los pulmones.
- Estímulos sensoriales: Como son los sensores de luz, ruido ambiental y sensores cutáneos al secar, abrazar y envolver al niño.



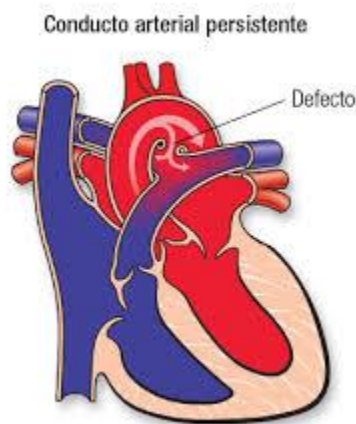
2.3 FUNCIÓN CARDIACA:

En el momento del nacimiento el recién nacido sufre grandes modificaciones en el aparato circulatorio, ya que se interrumpe la circulación placentaria y se instaura la circulación pulmonar, y esto lleva a importantes modificaciones anatómicas.

La frecuencia cardiaca durante los primeros 10 minutos de vida es de 160 latidos por minuto de media (entre 120-200 está la normalidad) y después oscila entre 90-170 latidos por minuto con una media entre 120-140 lpm.

En el neonato, el cierre del ductus arterioso se produce en dos estadios, uno funcional y otro anatómico y permanente. El primero ocurre por contracción de la musculatura lisa de la pared ductal estimulada por el aumento de la oxigenación y el permanente por destrucción endotelial, proliferación subíntima y formación de tejido conectivo.

En el prematuro es frecuente observar un retardo en el cierre de la estructura ductal impactando negativamente en la morbilidad (hemorragia intra-periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar) por el shunt de izquierda a derecha



2.4 FUNCIÓN DIGESTIVA:

La capacidad del recién nacido para digerir, absorber y metabolizar los alimentos está muy limitada. El aparato digestivo está preparado especialmente para la succión y la digestión de la leche.

El estómago tiene una capacidad reducida de unos 20-30 ml, y el tiempo de vaciamiento gástrico es entre 2 y 4 horas (más rápido si el alimento es leche materna que de fórmula), pero se inicia inmediatamente después de la ingestión. Por ello el recién nacido requiere de una alimentación frecuente y en pequeñas cantidades.

La mucosa gástrica es delicada y la musculatura está poco desarrollada.

Digiere con facilidad las proteínas y los hidratos de carbono, pero no las grasas, porque la lipasa es deficiente al principio y por ello el calostro es ideal los primeros días de vida, por su menor contenido en grasas que la leche de fórmula.

El déficit enzimático hepático, en particular el sistema glucuronil-transferasa que dificulta la conjugación de la bilirrubina y produce la ictericia fisiológica. Y, por otro lado, la dificultad en la síntesis de protrombina que influye en la carencia de vitamina K y que motiva la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

La primera deposición del recién nacido se llama meconio y se expulsa generalmente dentro de las primeras 24-48 horas. Es una deposición de un color verdoso negruzco y de consistencia alquitranosa, compuesta por bilis, restos epiteliales y líquido amniótico. Su producción dura de 2 a 4 días. Después de estos días, cuando el recién nacido ha iniciado la alimentación, las deposiciones son menos espesas y tienen un color verde amarillento, son las llamadas deposiciones de transición.



2.5 FUNCIÓN URINARIA:

La estructura del aparato urinario está completa al nacimiento y presenta las siguientes características:

Los riñones son grandes y lobulados, de posición baja y fácilmente palpables.

La vejiga tiene una capacidad, al nacer, de 40-50 ml llegando a una capacidad al final de la primera semana de 200 ml. El recién nacido orina en las primeras 12-24 horas de vida. Y la orina es de color amarillo claro e inodora.

2.6 FUNCIÓN INMUNOLÓGICA:

El sistema inmunitario del recién nacido es muy inmaduro y durante los primeros meses de vida no es capaz de formar sus propios anticuerpos. Por ello es tan importante la alimentación con leche materna, por su contenido en inmunoglobulinas.

Durante estos primeros meses, la protección procede de las inmunoglobulinas que le han llegado a través de la placenta, y las que obtiene a través del calostro y leche materna, entre ellas, destacamos:

La IgG: Muy abundante en el plasma de la mujer gestante. El niño inicia su síntesis en el primer año.

La IgA: Presente en la saliva, calostro y leche materna. Muy importante para la protección de infecciones que se desarrollan en la infancia, ya que el feto no las sintetiza intraútero.

La IgM: Casi toda la sintetiza el feto a partir de la semana 10-15 de gestación, ya que no atraviesa la placenta. Es muy importante para la protección frente a las infecciones bacterianas.

2.7 FUNCIÓN NEUROLÓGICA:

El último trimestre del embarazo es un período de rápida maduración del SNC (sistema nervioso central). Pero, aun así, el sistema nervioso del recién nacido, tanto el central como periférico, es inmaduro y presenta insuficiente mielinización. Por ello el periodo postnatal se considera un momento de riesgo para el cerebro y el sistema nervioso, ya que todavía tiene que experimentar grandes cambios bioquímicos e histológicos.

La valoración del nivel de alerta, el examen motor y sensorial y los reflejos arcaicos del recién nacido, ayudan a determinar la normalidad de la función neurológica del neonato.

3.- ADAPTABILIDAD A LA VIDA EXTRAUTERINA:

Todos los sistemas y aparatos del feto sufren modificaciones y adaptaciones en el paso de la vida intrauterina a la vida extrauterina, pero los cambios que se producen a nivel circulatorio y respiratorio son especialmente relevantes.

Por un lado, los alveolos del feto están llenos de líquido, de modo que estos no ejercen la función respiratoria en el periodo fetal. Cuando el bebé nace y empiece a respirar, sus alveolos sustituirán ese líquido por aire.

Mientras tanto, es la placenta la que funciona como los “pulmones” del feto y permite así que su sangre se oxigene y que obtenga nutrientes.

La sangre es conducida por los vasos del cordón umbilical (dos arterias y una vena):

- o Arterias: llevan la sangre desoxigenada del feto hacia la placenta.
- o Vena: lleva la sangre oxigenada de la placenta hacia el feto.

En el aparato circulatorio del feto, hay ciertos conductos o cortocircuitos que comunican cavidades cardíacas y vasos sanguíneos, los cuales se cierran cuando nace. Estos circuitos son:

- o Ductus arterioso: comunica dos arterias, la aorta y la pulmonar.
- o Foramen oval: comunica las dos aurículas.
- o Ductus venoso: comunica dos venas, la umbilical y la cava inferior.

3.1 CIRCULACIÓN FETAL:

La sangre oxigenada procedente de la placenta llega al feto a través de la vena umbilical a la vena porta, gracias al ductus venoso (o conducto venoso de Arancio).

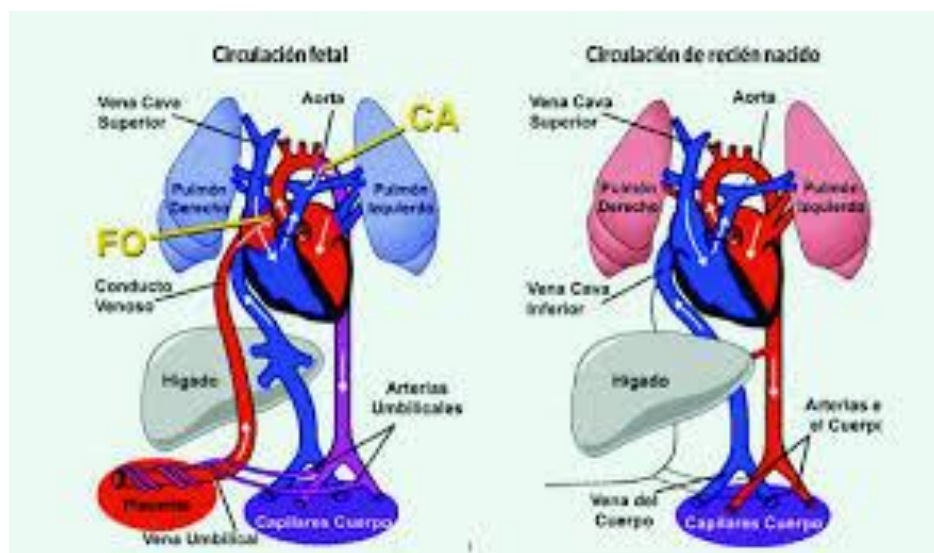
Después se dirige por la vena cava inferior hasta desembocar en la aurícula derecha.

Una parte de la sangre procedente de la aurícula derecha pasa a la aurícula izquierda a través del foramen oval (o agujero de Botal), de aquí al ventrículo izquierdo, y desde allí se dirigirá a las coronarias, el cerebro y las extremidades superiores.

Otra parte de la sangre procedente de la aurícula derecha irá al ventrículo derecho; de aquí, el 8 % pasará, por la arteria pulmonar, a la circulación pulmonar, donde no hay intercambio gaseoso y este pequeño volumen de sangre que llega simplemente tiene la función de nutrir los pulmones.

El 92 % restante pasa de la arteria pulmonar a la aorta, por medio del ductus arterioso (o conducto arterioso de Botal), y desde la aorta a las extremidades inferiores, las vísceras abdominales y la pelvis.

Las arterias umbilicales recogen la sangre de retorno y la transportan a la placenta.



3.2 CAMBIOS TRAS EL NACIMIENTO:

Cuando el neonato nace y se pinza el cordón umbilical, el sistema vascular se modifica y, como consecuencia, se producen los siguientes cambios:

- Aumento de las resistencias vasculares sistémicas.
- Disminución de las resistencias vasculares pulmonares.
- Aumento del flujo sanguíneo pulmonar.
- Cierre progresivo de los conductos (o cortocircuitos).

Estructura fetal	Estructura posnatal	Cierre funcional	Cierre morfológico
Foramen oval	Fosa oval	1-2 h	Varias semanas
Ductus arterioso	Ligamento arterioso	15 h	Varias semanas
Ductus venoso	Ligamento venoso del hígado	Unos días	2 meses
Arterias umbilicales	Ligamentos umbilicales laterales	Inmediato	3 meses
Vena umbilical	Ligamento redondo del hígado	Inmediato	3 meses

3.3 TEST DE APGAR:

Para saber en pocos segundos si el RN está estable tras el nacimiento, se utiliza el test de Apgar. Valora 5 parámetros en el primer y quinto minuto de vida, y otorga a cada uno una puntuación de 0, 1 o 2.

- Se realiza en el primer minuto de vida para valorar la tolerancia del RN al parto.
- Se realiza a los 5 minutos para valorar la adaptación del RN a la vida extrauterina.
- Si a los 5 minutos la puntuación se mantiene inferior a 3, se recomienda realizarlo a los 10, 15 y 30 minutos.

Parámetro	0	1	2
Apariencia (coloración)	Azul, pálido	Acrocianosis	Sonrosado
Pulso (FC)	Ausente	<100	>100
Gestos (respuesta a estímulos)	Sin respuesta	Mueca	Tos, estornudos
Actividad (tono muscular)	Débil	Ligera flexión de extremidades	Activo
Respiración (esfuerzo respiratorio)	Ausente	Llanto irregular	Llanto enérgico

0-3 puntos	4-6 puntos	7-10 puntos
Dificultad marcada	Dificultad moderada	Ausencia de dificultades

4.- CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL PUERPERIO INMEDIATO:

Los cuidados inmediatos que se deben dar al recién nacido son:

- Ligadura del cordón: el retraso del clampeo de cordón umbilical tiene como beneficios la reducción del número de transfusiones de sangre y de la incidencia de hemorragia intraventricular en recién nacidos prematuros, además de la prevención de la anemia infantil.
- Prevención de la hipotermia.
- Facilitar el contacto piel con piel.
- Fomentar el inicio de la lactancia materna.
- Test de Apgar.
- Identificación del RN (huella y pulsera identificativa).
- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica neonatal: Una dosis única de vitamina K por vía intramuscular, administrada después del nacimiento, es efectiva en la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K de presentación clásica, especialmente si el niño es alimentado con lactancia materna exclusiva.
- Profilaxis de la oftalmia neonatal: La Conjuntivitis neonatal también es una infección aguda mucopurulenta de la conjuntiva. Se presenta dentro de las 4 primeras semanas de vida, afectando entre el 1.6% al 12% de los recién nacidos. En nuestro país por muchos años se ha utilizado colirio de cloranfenicol o gentamicina como profilaxis gonocócica. En 2008 el Ministerio de Salud (MINSAL), al determinar que la incidencia de oftalmía gonocócica era baja, no justificó el uso de profilaxis ocular. Sin embargo, si la determinación local es mantener la profilaxis, recomiendan colirio oftálmico o ungüento de eritromicina al 0,5% o tetraciclina al 1% en cada ojo, siendo efectivas tanto para Gonococo como para Chlamydia.
- Pesar, tallar y medir perímetro cefálico.
- Glicemia capilar: en recién nacidos prematuros, de bajo peso, macrosómicos, posmaduros e hijos de madre diabética.

Inicio de la LM:

El mejor momento para establecer la lactancia materna es durante el momento piel con piel que se establece tras el nacimiento.

El recién nacido tiene un primer periodo de reactividad en los primeros 15-30 minutos de vida, que se caracteriza por el predominio de la actividad del sistema nervioso simpático (taquicardia, llanto, succión, etc.), por lo que este momento resulta el ideal para el inicio de la LM.

Después aparece un intervalo de reposo o de sueño en el que el ritmo cardiaco y el respiratorio descienden. Ocurre entre la hora y las 4 horas posparto.

Hay un segundo periodo de reactividad, entre la 2.ª y 6.ª hora de vida, en el que vuelven a aparecer las manifestaciones del primer periodo, pero de forma menos intensa, y suele ocurrir la emisión del meconio.

Primer periodo de reactividad	Intervalo de reposo	Segundo periodo de reactividad
Primeros 15-30 minutos	1. ^a 4. ^a hora posparto	2. ^a 6. ^a hora posparto
Piel con piel y LM	Descanso	Eliminación del meconio

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro A, García F. Características fisiológicas del recién nacido. En: Hernández A, Gómez J. Enfermería del recién nacido. Madrid: Enfo ediciones; 2012. p. 287-305.
- Ladewig PW, Lodon ML, Moberly S, Olds SB. Enfermería maternal y del Recién nacido. 5ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill.Interamericana; 2006.
- Orientación técnica para la atención del recién nacido en la unidad de puerperio. Programa Nacional Salud de la Mujer; 2016.



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del autor. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.