



Guía para consulta prenatal de embarazos de bajo riesgo

**Comité de Pediatría Ambulatoria y
Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN)**

Autores: Romina Andrea Valerio¹, Julia Carolina Aznar¹, Carolina Goldberg¹, Sergio Snieg¹, Alejandra Levy¹, Guadalupe Albornoz Crespo², Ariel Brezigar², María Jose Fattore², Etelvina Soria², Mariana Sorgetti²

¹ Comité de Pediatría Ambulatoria

² Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN)

Publicación: 15 de abril de 2025

Lenguaje con perspectiva de género: Dada la complejidad del lenguaje inclusivo en esta etapa de transición en la que vivimos, y entendiendo nuestra limitación para manejarlo con precisión, es que nos abstenemos de usarlo para evitar errores o abusos del mismo, en pos también de facilitar la lectura y comprensión de la Guía. Buscando la simplicidad en los contenidos y su interpretación, es que definiremos a los/las recién nacidos/as, denominándose, recién nacidos (RN), incluyendo todas las diversidades e identidades.

Así también se mencionará a la embarazada como toda persona gestante independientemente del género de identificación, asumiendo que se trata de la persona que cumple el rol de apego primordial ya que es la que brinda los primeros cuidados, la alimentación y el sostén. En esta denominación incluimos las diversas maternidades, paternidades y mapaternidades. Adherimos a la definición de familia como personas vinculares próximas que ejercen el cuidado primordial, acompañamiento y atención de los RN y lactantes.

En Argentina, la ley 26.743 de Identidad de Género reconoce la identidad de modo independiente al sexo que les fue asignado al nacer.

Introducción

La consulta prenatal representa un momento único para vincularse con la familia, orientar y sostener los temores y dudas que puedan tener los cuidadores sobre la atención y el manejo del recién nacido. Por otro lado, es una oportunidad para fomentar la lactancia y el sueño seguro, así como también para conocer los antecedentes familiares que puedan ser importantes para el seguimiento del bebé.

La labor del pediatra, centrada en el cuidado y acompañamiento de niñas, niños, adolescentes y sus familias comienza incluso, mucho antes del embarazo, con la prevención y promoción de su salud, y continúa durante el mismo con la consulta prenatal.

Se recomienda que la gestante realice la primera consulta al pediatra durante el último trimestre del embarazo. Si bien, esta no es una práctica habitual en nuestro medio, se considera fundamental para conocer y establecer una relación de confianza con la familia. Y aunque es importante en todos los casos, cobra especial importancia cuando se espera el primer bebé y en situaciones particulares como el caso de familias monoparentales, uniparentales, en embarazos complicados con riesgo de prematuridad o antecedentes de enfermedades congénitas en embarazos previos al actual, para quienes desean adoptar y también para las personas que eligieron las nuevas formas de concebir (como técnicas de reproducción asistida y subrogación uterina)¹.

La consulta prenatal es tan importante que debería ser fomentada por los especialistas (médico obstetra, licenciado obstétrico y equipo de salud) o por el entorno que acompañan durante el transcurso del embarazo. El objetivo es que la familia pueda llegar al nacimiento con los conocimientos y la información mínima, adecuada y con fundamento científico que les permita anticiparse a la llegada del nuevo integrante.

Los objetivos de la consulta prenatal son:

1. Establecer un vínculo positivo y de confianza con la embarazada y su familia.
2. Recabar datos sobre el embarazo actual y la salud fetal:
 - a. Antecedentes maternos de relevancia

- b. Factores biológicos: resultados de serologías maternas, HIV, toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, chagas, virus de la hepatitis B.
 - c. Factores emocionales: expectativas parentales, situación familiar, duelos, pérdidas, etc.
 - d. Factores socio ambientales (exposición a tabaco, humo de cigarrillo, consumo de drogas, alcohol).
3. Detectar riesgo de violencias y/o situaciones de vulnerabilidad.
 4. Informar sobre el momento del parto, fomentando la práctica del parto respetado.
 5. Informar sobre las prácticas a realizarse sobre el RN y pesquisas previo al egreso de la maternidad.
 6. Promover la lactancia y la importancia de la primera hora de vida.
 7. Orientar en temas de crianza, primeros cuidados, higiene y hábitos saludables (alimentación, prevención de lesiones no intencionales, sueño seguro, etc.), inmunizaciones y cualquier otro tema que pueda surgir en la consulta.
 8. Orientar sobre la legislación actual y los derechos a las licencias por parto y/o nacimiento para ambos progenitores, y por lactancia.

Para la familia, esta primera consulta implica encontrar un pediatra que los acompañe durante toda la etapa del crecimiento y desarrollo del niño, con el que se esperan sentirse cómodos, que les transmita tranquilidad, les brinde el espacio que necesitan con quien puedan evacuar dudas sin que les haga sentir que sus preguntas son inoportunas o banales.

La educación de la embarazada es fundamental para promover el cuidado de la salud. Este tipo de medidas aumenta y fortalece el conocimiento, sus aptitudes y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, el cuidado del bebé y la lactancia, respetando el bagaje cultural, creencias y deseos de cada familia.

En nuestro país desde el año 2021 contamos con la Ley 27611 de Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, más conocida como la ley de “Los primeros mil días”, que destaca la importancia de período en la vida que abarca desde

la gestación hasta los primeros 3 años de vida. Cada día la evidencia nos muestra que los primeros 1000 días son cruciales para alcanzar el óptimo desarrollo y salud a largo plazo, constituyendo un periodo estratégico en términos de prevención y salud pública². Es por todo esto que el pediatra debe ser consciente de que la consulta prenatal es el momento en el que debe fomentar y fortalecer el rol de los cuidados en esta etapa y programar un seguimiento adecuado sobre todo durante la primera infancia.

El objetivo de estas recomendaciones es ofrecer una guía para pediatras donde se desarrollen los principales puntos con sus correspondientes argumentos que deberían tratarse en la consulta prenatal con una familia que está esperando un hijo/a producto de un embarazo sin complicaciones. Los embarazos de riesgo exceden los objetivos generales de esta guía.

Construir un vínculo de confianza con la familia

La consulta debe transcurrir en un ambiente tranquilo, donde los tiempos no sean un límite, evitando el lenguaje médico con tecnicismos, dándole a la embarazada y su familia el espacio necesario para que pueda expresar dudas, expectativas y miedos³.

Es importante la escucha, sin juzgar los hábitos o prácticas de las familias, ya que en temas de crianza no hay verdades científicas. Entendiendo el contexto de cada familia y sus pautas culturales y costumbres. Promover buenas prácticas y hábitos saludables, mostrando empatía y respeto por las creencias de cada familia. Interviniendo con respeto y con evidencia científica ante situaciones o costumbres que impliquen situaciones de riesgo.

Se debe mantener una actitud con una mirada amplia e integral para reconocer la diversidad familiar ya que puede tener multiplicidad de conformaciones: monoparentales, ensambladas, adoptivas, de parejas homoparentales y co-parentales. El niño puede construir su identidad siempre que haya una o más personas que garanticen sus cuidados sin importar su género o identidad sexual.

A la consulta prenatal puede concurrir la gestante sola o acompañada de su pareja u otro miembro de la familia o familia ampliada. Aprovechar esta consulta para preguntar sobre el apoyo y la red de contención que tendrá la familia gestante. Indagar sobre quiénes van a ser los/as cuidadores disponibles, si los hay, para ser parte de la crianza. Si hay más niños en la familia, invitar a pensar cómo se van a organizar, quién va a estar con ellos en el momento del parto y los primeros días. Con quién o quienes cuenta la familia para brindar apoyo en este momento especial.

Se deben abordar temas como la guardería, el jardín maternal, la vuelta al trabajo. Hablar sobre el puerperio, los cambios físicos y emocionales que pueden suceder en este período.

En el caso que la embarazada cuente con una pareja, alentar a que esta no solo “ayude” sino que asuma el compromiso de ser parte activa en la crianza, no sólo como simple observador o ayudante sino como actor fundamental en dicho proceso⁴.

En el caso de detectar condiciones, vulnerabilidades o situaciones de riesgo para la familia y/o el futuro recién nacido, se debe comenzar a elaborar un plan de acción para abordarlas.

Referencias

1. Cohen GJ; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The prenatal visit. *Pediatrics*. 2009 Oct;124(4):1227-32
2. Boletín oficial. Presidencia de la Nación. Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. 2021. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239809/20210115>
3. Carpineta M, et al. Familias, crianzas y equipos de salud. Encuentros posibles. La historia previa al nacimiento. Transformaciones. Maternidades. Partos. 2021. Comité de Pediatría General Ambulatoria. SAP.

4. Snieg S. Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Módulo 3. Crianza. 1era edición. PRONAP 2020. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sociedad Argentina de Pediatría.

Momento de la consulta. Establecer una cronología

Es importante tener un orden a la hora de encarar la consulta con la familia, pero también hay que mostrarse abierto, dispuesto a la escucha y responder a todas las dudas que se puedan presentar.

Es probable que, en ciertas situaciones, se requiera más de un encuentro para tener el tiempo suficiente para abordar las diferentes temáticas de esta consulta prenatal.

Luego, proponemos continuar de forma cronológica desde el momento del nacimiento.

1. Antecedentes maternos y control de infecciones perinatales
2. Qué pasa en la sala de partos.
3. Transición del RN y ligadura de Cordón Umbilical
4. Primera hora de vida, Contacto Piel a Piel, Apgar y rutinas del nacimiento
5. Lactancia materna en las primeras horas de vida. Situaciones especiales.
6. Meconio. Heces de transición. Orina
7. Pesquisas al nacimiento.
8. RN Prematuros tardíos y términos tempranos.
9. Primeros cuidados en el hogar.
10. Alimentación: Promoción de la Lactancia Humana. Desafíos.
11. Inmunizaciones durante el embarazo, en las primeras horas de vida del recién nacido y el grupo familiar.
12. Prevención de lesiones no intencionales.
13. Prácticas Religiosas y/o culturales.
14. La frecuencia de los controles durante los primeros años de vida.

1. Antecedentes maternos y control de infecciones perinatales: Inicialmente, el pediatra debe averiguar sobre la edad de la madre, número de embarazos previos y/o pérdidas fetales, evolución del embarazo, número de controles obstétricos, cantidad de ecografías u otros estudios realizados, control de serologías actualizadas (HIV, toxoplasmosis, Chagas, VDRL y AgsHB), detección de infecciones intrauterinas, enfermedades previas y/o actuales y medicación recibida. También se debe conocer la fecha probable de parto, vía de nacimiento esperada y preguntar sobre las expectativas en relación al nacimiento.

Interesa también indagar cómo fueron los embarazos anteriores si los hubiera. Conocer si los hijos previos llegaron a término o fueron prematuros, si tuvieron restricción de crecimiento o alto peso tiene que alertar sobre la posibilidad de que esta situación se vuelva a presentar.

Del embarazo actual, es importante conocer posibles complicaciones que pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos. De estas, las que se deben tener en cuenta al momento de la entrevista son la hipertensión materna previa o inducida por el embarazo, el riesgo de preeclampsia, la diabetes gestacional, las infecciones y el riesgo de parto prematuro por situaciones como restricción del crecimiento intrauterino, gemelaridad, o patología placentaria como placenta previa. Todas estas situaciones son resorte del especialista y simplemente las mencionaremos para alertar al pediatra sobre qué patologías debe interrogar y cuáles son las futuras complicaciones que puedan afectar la salud del futuro paciente.

1.1 Complicaciones comunes del embarazo

Hipertensión arterial: La hipertensión materna previa o inducida por el embarazo es una condición que no solo genera complicaciones en la embarazada como la preeclampsia, si no que puede comprometer el pasaje de la sangre hasta la placenta y afectar el crecimiento fetal. Un registro de presión arterial materna mayor o igual a 140/90 mm Hg en dos ocasiones antes de las 20 semanas de gestación se asume como

hipertensión crónica. La hipertensión que se produce durante la gestación se denomina hipertensión inducida por el embarazo y se suele manifestar a partir de la segunda mitad del embarazo. La indicación de tratamiento está en relación con los valores de presión arterial y es resorte del especialista¹.

Preeclampsia: se caracteriza por hipertensión que suele manifestarse antes de las 20 semanas de gestación y compromete órganos diana con la manifestación de proteinuria, lesión renal aguda, disfunción hepática, hemólisis, trombocitopenia y, con menor frecuencia, convulsiones (eclampsia), accidente cerebrovascular y muerte. Los antecedentes de preeclampsia en un embarazo previo, diabetes, hipertensión, obesidad y embarazo múltiple aumentan su riesgo de incidencia. La preeclampsia también se asocia a efectos adversos neonatales como el parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y desprendimiento placentario².

La expresión más grave de la preeclampsia es el síndrome HELLP cuyas siglas corresponden a hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia. Presenta alta tasa de morbilidad neonatal y materna³.

Diabetes gestacional: La diabetes gestacional se produce como consecuencia a la intolerancia a los carbohidratos durante el embarazo alrededor de las 24 semanas de gestación. Esta condición habitualmente es asintomática para la madre, pero se detecta por la prueba de tolerancia a la glucosa que se realiza entre las 24 y 28 semanas. El adecuado manejo de la diabetes condiciona el curso de un embarazo saludable. La mayoría de las veces se controla con una dieta adecuada, pero a veces las madres requieren tratamiento con insulina. Algunos factores como la resistencia a la insulina previa, el sobrepeso, la edad avanzada, el síndrome de ovario poliquístico, etc. predisponen a su presentación. Las complicaciones más frecuentes para el RN hijo de madre diabética son la macrosomía fetal, la hipertrofia del tabique interventricular, la prematuridad, el síndrome de dificultad respiratoria y la hipoglucemia neonatal⁴.

Colestasis materna: Es una enfermedad intrahepática exclusiva del embarazo de etiología poco conocida que se desarrolla durante el segundo o tercer trimestre de la

gestación. Se resuelve rápidamente tras el parto y raramente genera complicaciones a largo plazo en la madre. El síntoma principal es el prurito como consecuencia de la elevación de los ácidos biliares (AB) en el suero. Los AB tienden a agregarse y actuar como detergentes que se acumulan en los hepatocitos provocando hepatotoxicidad y la liberación de transaminasas, bilirrubina, gamma-glutamyl transpeptidasa y fosfatasa alcalina. El tratamiento con ácido ursodesoxicólico. Las complicaciones del RN por la colestasis materna pueden ser la prematuridad como consecuencia del mal manejo del prurito materno o por el valor elevado de los ácidos biliares, líquido amniótico teñido de meconio, dificultad respiratoria y raramente muerte fetal en el último trimestre. Los casos de malos resultados perinatales se asocian a valores de AB por encima de 40 $\mu\text{mol/L}$ ⁵.

1.2 Complicaciones fetales

El feto puede estar cursando con complicaciones intrauterinas que el pediatra debe conocer. El objetivo de esta guía es el manejo de la entrevista prenatal del embarazo sin complicaciones por lo que no ahondaremos en situaciones clínicas como cuadros sindrómicos o malformaciones congénitas que se escapan de este documento. Pero resumimos brevemente las complicaciones fetales que los profesionales deben conocer para interrogar durante el embarazo, estas son la prematuridad, el embarazo gemelar y la restricción de crecimiento, además de la macrosomía fetal ya mencionada previamente.

Prematuridad: Los prematuros por definición se refiere a todo RN menor a las 37 semanas de gestación, sin embargo, esta definición comprende un grupo muy heterogéneo de niños según la edad gestacional y peso de nacimiento siendo muy diferentes los riesgos y morbi-mortalidad de cada grupo⁶. Los prematuros más pequeños pueden presentar más complicaciones propias de su inmadurez y permanecer internados en neonatología por tiempo variable.

Es importante subrayar la importancia de los RN que nacen entre las 35 y 36,6 semanas y entre las 37 y 38,6. Estos pacientes suelen ser tratados si hubieran alcanzado la

madurez suficiente, se trasladan a internación conjunta y se dan de alta subestimando los riesgos que corren, porque clínicamente son inmaduros (mencionaremos dichos riesgos más adelante). Pero es importante tenerlos en cuenta para su seguimiento ambulatorio.

Repasando la clasificación del recién nacido según edad gestacional (figura 1):

- RN pretérmino tardíos (RNPTT) son los nacidos entre las semanas 34 0/7 y 36 0/7
- RN término precoces o tempranos (RNTT) son los nacidos entre las semanas 37 0/7 y 38 6/7
- RN de término (RNT) entre las semanas 37 y 42
- RN postérmino son los que nacen a partir de la semana 42



Figura 1. Clasificación del recién nacido según edad gestacional

(adaptado de Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. Clin Perinatol. 2008 Jun;35(2):325-41).

Restricción de crecimiento (RCIU): Se denomina al crecimiento fetal por debajo del percentil 10 por alguna condición por la cual no se expresa su potencial genético de crecimiento. Se debe hacer la distinción con los Pequeños para Edad Gestacional (PEG) que son constitucionalmente pequeños, pero acordes a su carril de crecimiento predeterminado, sin implicar crecimiento patológico.

Las causas para la presentación de una RCIU pueden ser placentarias, infecciones intrauterinas, genéticas, entre otras. Se distinguen en RCIU precoz y tardío dependiendo del momento de manifestación en el embarazo y las causas subyacentes que escapan a este documento. El entorno uterino desfavorable resulta en una programación que predispone a los neonatos con RCIU a problemas de salud en el futuro, como crecimiento físico deficiente, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, deterioro del neurodesarrollo y anomalías endocrinas. Estos pacientes requieren de un seguimiento muy cercano para lograr la mejor recuperación posible, alcanzando un desarrollo normal y previniendo trastornos cardiovasculares y metabólicos en la vida adulta. El pediatra debe acompañar este desarrollo junto con el especialista en seguimiento de alto riesgo si fuera necesario⁷.

Embarazo gemelar: Los embarazos gemelares conllevan riesgo para la madre de complicaciones como las mencionadas previamente, pero también implican un riesgo aumentado para los fetos. Se debe interrogar sobre el número de fetos, la corionicidad y crecimiento de cada uno de los fetos. Los embarazos gemelares son más propensos a sufrir complicaciones como la prematuridad, la presencia de RCIU de uno o ambos fetos e incluso la muerte de uno de los gemelos intraútero. Si los fetos comparten placenta (monocoriales) se agrega el riesgo de síndrome transfundido transfusor, secuencia anemia-policitemia (TAPS por la sigla en inglés) o discordancia en el crecimiento. En estos casos es de buena práctica la comunicación con el obstetra para interiorizarse las implicancias del caso⁸.

1.3 Serologías del embarazo

Dentro de los estudios que se le deben solicitar a la gestante que lleve a la consulta cuando se confirma el turno, están las serologías del embarazo. Las infecciones de transmisión vertical diagnosticadas oportunamente permiten establecer un tratamiento adecuado y, en muchos casos, prevenir el compromiso fetal o establecer un seguimiento adecuado. Si bien el control y el seguimiento de las enfermedades transmisibles durante el embarazo son entidad del obstetra y/o infectólogo, es importante que el pediatra esté al tanto para establecer un plan de seguimiento futuro del recién nacido. En caso de que la madre se encuentre en seguimiento por infectología, aconsejamos establecer contacto con el especialista.

¿Qué serologías se deben controlar? Desde el año 2016, en Argentina, con el objetivo de controlar la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual se estudian las siguientes serologías en todas la embarazadas: VIH, la sífilis congénita, la hepatitis B y el Chagas⁹. Por otro lado, también se controla la toxoplasmosis y la presencia de Estreptococo del grupo B en el tracto genital materno. Presentamos las principales características de cada una de estas patologías:

VIH: Durante la gestación, la embarazada debe contar con pruebas para VIH desde la primera consulta prenatal y en cada trimestre. Si hubiera un diagnóstico de HIV previo al embarazo es importante conocer si se encuentra en tratamiento antirretroviral (TARV) y cuál es la carga viral (CV). Si el diagnóstico de VIH se realiza durante el embarazo actual el TARV debe iniciarse lo más cercano posible al momento de la confirmación diagnóstica con el objetivo de mejorar la salud de la gestante y reducir el riesgo de transmisión vertical al feto. Preguntar por la serología de la pareja.

Si una gestante es HIV positivo hay que indagar sobre otras comorbilidades (TB, VHB, VHC, otras ITS) e informar de la disposición actual en relación a la lactancia materna en relación a los deseos de amamantar de la madre y la CV, tema que continúa siendo controvertido¹⁰. En este caso le recomendamos la asesoría con el especialista en infectología que siga a la madre.

En relación a la vía de nacimiento, también dependerá del TARV y la CV. Si la determinación de la CV en semanas 34/36 no se encuentra disponible y no hubiera documentada una supresión virológica sostenida durante el embarazo o una adherencia inadecuada al TARV, la indicación es la cesárea electiva. Pero que si la CV es < 50 copias, recibió TARV adecuadamente, la gestante debe recibir asesoría en la toma de decisión según su deseo. El RN de una madre HIV + con baja CV y adecuada adherencia al tratamiento ARV debe recibir tratamiento con AZT por 4 semanas. Si la madre no realizó adecuadamente el TARV o la CV es alta, el tratamiento del RN será adecuado a esas condiciones^{9,11}.

Sífilis: La embarazada debe contar con pruebas no treponémicas (VDRL) para estudiar la presencia de sífilis en la primera consulta prenatal con el obstetra y en cada trimestre de la gestación. Podemos informar que se le realizará una nueva determinación periparto si el último control de VDRL tuviera más de 30 días a la fecha del parto. En el caso de obtener un resultado positivo se continuará estudiando con pruebas treponémicas según algoritmo y, de confirmarse, la embarazada recibirá tratamiento según protocolo. El único tratamiento recomendado durante la gestación es la penicilina benzatínica. Para la sífilis primaria, secundaria y latente temprana se administra 1 dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 UI IM. Con una sífilis de duración desconocida, latente tardía y terciaria recibirá 3 dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 UI IM, con intervalos de una semana entre cada dosis y se considerará tratamiento adecuado si el mismo se completó 30 días antes del parto. Se debe estudiar y tratar a la pareja con 1 dosis de penicilina. El RN recibirá tratamiento en función del tratamiento materno y la presencia o no de síntomas^{9, 12}. (Figura 2)



Figura 2. Algoritmo para la evaluación y tratamiento de RN expuestos a sífilis gestacional.

(Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas Iniciativa ETMI-PLUS. MSAL 2024)

Hepatitis B: Se debe solicitar el resultado del antígeno de superficie (HBsAg) del primer trimestre y, de ser negativo, el cumplimiento de la vacunación contra la hepatitis B. Debe contar con una nueva determinación buscando la presencia de HBsAg en el último trimestre. La transmisión perinatal del virus de hepatitis B en RN de madres HBsAg + puede ser prevenida en el 95% de los casos mediante profilaxis activa-pasiva con el uso de gammaglobulina específica Ig HB (0,5 ml) y una dosis de vacuna antihepatitis B (0,5 ml) por vía IM en sitios diferentes de inyección en las primeras 12 horas de vida. Luego deberá continuar con el esquema habitual de vacunas.

Todos los RN de madres con diagnóstico de hepatitis B previa o diagnosticada durante el embarazo, deben ser controlados mediante la determinación de HBsAg y de Ac Anti HBs entre el mes y los 3 meses de haber completado el esquema de vacunación^{9,11}.

Toxoplasmosis: Se trata de una zoonosis parasitaria causada por un protozoo, el *Toxoplasma gondii*. Controlar que la gestante cuente con las serologías mediante la presencia de IgG e IgM para toxoplasmosis. La presencia de una IgG negativa durante el primer trimestre debe corroborarse en los siguientes trimestres. Reforzar la importancia de la prevención. El *Toxoplasma* se adquiere mediante la ingesta de verduras contaminadas por ooquistes eliminados por los felinos o de quistes presentes en la carne de consumo habitual (cerdo, cordero, vacuna). Por eso la importancia del lavado correcto de verduras, pelar las frutas, consumir carnes bien cocidas y el manejo cuidadoso de las excretas de gatos si los hubiera con guantes, así como con los trabajos de jardinería.

El hallazgo de una seroconversión, es indicativo de infección aguda (presencia de IgM, junto al aumento en los títulos de IgG). La IgM puede persistir reactiva 12 a 24 semanas y 7 meses, según la técnica empleada, por lo que su hallazgo en forma aislada debe interpretarse adecuadamente. Frente a un primer resultado de IgG reactiva, se solicitará el estudio de muestras pareadas con un intervalo de 15 a 20 días por dos técnicas. El incremento de los títulos en 4 veces hace la sospecha de infección reciente. Ante la duda, y por la dificultad en la interpretación, sugerimos la interconsulta con el especialista^{9, 13}.

Chagas: Enfermedad producida por el *Trypanosoma cruzi* (protozoo flagelado). Toda embarazada debe contar con la evaluación de chagas mediante 2 métodos que detecten anticuerpos diferentes con la misma muestra de suero (uno de los métodos debe ser ELISA o IFI). El resultado de ambas pruebas debe ser coincidente (ambas reactivas o ambas no reactivas). En caso de discordancia se deberá realizar una tercera prueba.

En el embarazo, el *T. cruzi* se reproduce en la placenta y la atraviesa como tripomastigote, infectando al embrión o feto. La confirmación diagnóstica de la infección

congénita puede realizarse mediante la identificación directa del parásito por medio del microhematocrito o por demostración serológica (a partir de los 10 meses de edad). La parasitemia inicialmente puede ser baja y no detectable por lo que la infección congénita sólo puede descartarse con un seguimiento adecuado y controlando que a partir de los 10 meses de vida no se desarrollan anticuerpos contra el parásito. Si se confirma la infección, el tratamiento indicado es con nifurtimox¹⁴.

***Streptococcus agalactiae* o estreptococo del grupo B (EGB):** Este germen forma parte de la flora habitual del aparato gastrointestinal y genitourinario y la colonización en embarazadas se encuentra entre el 5% y 35%. Es causa de infección grave en el RN con alta morbilidad. Su incidencia en nuestro país oscila entre un 0,6 a 1 por 1.000 RNV y aumenta con la prematuridad. Las formas de presentación clínica pueden ser la sepsis temprana (dentro de la semana de vida) y se manifiesta con grave cuadro respiratorio, neumonía y, menos frecuente con meningitis, y la sepsis tardía, los síntomas se presentan generalmente en la 3ra semana de vida y el 3er mes como bacteriemia oculta o meningitis. En Argentina, la Ley 26369/2008 establece que todas las embarazadas entre las semanas 35 y 37 de gestación deben realizarse la prueba de estreptococo del grupo B (EGB) mediante un hisopado vaginal y perianal. La colonización por este germen es indicación de recibir tratamiento antibiótico profiláctico intraparto (PAI) con ampicilina o penicilina endovenosa 4 horas previas al nacimiento. El tratamiento durante el embarazo previo al momento del nacimiento no disminuye el riesgo de infección porque la colonización de este germen es intermitente.

Deberán recibir tratamiento las embarazadas con cultivo positivo para EGB o con el antecedente de un hijo previo con sepsis por EGB. No está indicada la profilaxis si el EGB fuera negativo o en nacimientos por cesárea electiva sin ruptura de membranas ni trabajo de parto independientemente del resultado del hisopado. La PAI disminuye el riesgo de sepsis temprana, pero no modifica la incidencia de sepsis tardía^{12,15}.

Citomegalovirus: En Argentina no hay acuerdo sobre estudiar este virus de forma rutinaria durante el embarazo. La presencia de IgG positiva para CMV descarta

primoinfección, pero no descarta el riesgo de presentar reinfecciones o reactivaciones. Si es importante, como pediatra, tener en cuenta que el CMV es la principal causa de hipoacusia neurosensorial progresiva de origen no genético y que el pronóstico a largo plazo mejora con el tratamiento temprano con valganciclovir dentro del mes de vida. Por ese motivo, ante un paciente que presenta una pesquisa auditiva (otoemisiones acústica-OEAs) alteradas al nacimiento, se debe repetir la pesquisa dentro del primer mes de vida, con OEAs o, preferiblemente, con potenciales evocados automatizados que estudia la vía auditiva. En el caso de que la pesquisa vuelva a ser alterada debemos contar con el tiempo para estudiar el CMV en orina por PCR y descartar la infección para iniciar un tratamiento oportuno^{11,16}.

	Generalidades	Clínica	Diagnóstico
Sífilis	La tasa de transmisión es de un 80-90% durante la fase secundaria de la infección con un 40% de abortos o mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna. El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo.	Hepatomegalia (esplenomegalia en 50%) Ictericia Secreción nasal ("rinitis sifilítica") Erupción maculopapular que evoluciona con descamación y costras palmoplantares. Pénfigo sifilítico: erupción ampliamente diseminada y ser ampollosa Linfadenopatía generalizada Anomalías esqueléticas, periostitis, impotencia funcional "pseudoparálisis de Parrot" SNC: meningoencefalitis Neumonía alba Trastornos hematológicos: anemia, trombocitopenia, leucopenia o leucocitosis Las manifestaciones tardías clásicas se producen en niños no tratados con afectación de SNC, hueso, dientes, ojos y piel. Son muy raras en la actualidad.	Serología materna (VDRL y pruebas treponémicas) Pruebas no treponémicas al neonato cuantitativa (VDRL) pareadas RN/madre Examen patológico de la placenta o del cordón umbilical Examen clínico Rx de huesos largos Punción lumbar (citoquímico y serología) Hemograma y recuento de plaquetas Hepatograma Orina completa Rx tórax Valoración visual y auditiva
HIV	La transmisión del VIH en el RN puede producirse durante la gestación, el parto o durante la lactancia. Sin tratamiento de la madre o en el RN, el porcentaje de infección oscila entre el 15 y el 35%. Con intervención adecuada puede disminuir al 2%.	Restricción del crecimiento físico, hepatoesplenomegalia, adenitis, diarrea intermitente, neumonía, candidiasis bucal, infecciones oportunistas	Manejo del RN hijo de madre HIV+: - Control de hemograma inicial antes del inicio de la administración de AZT. - Administración de AZT 2 mg/kg cada 6 horas durante 6 semanas. - Evaluación de la 1ra prueba de PCR a las 48 horas de vida (si esto fuera posible). - Evaluación de la 2da prueba de PCR a las 2 semanas de vida (si esto fuera posible). - Independientemente de los resultados obtenidos en las pruebas de PCR iniciales, el niño deberá ser sometido a la secuencia diagnóstica recomendada para el estudio de la infección perinatal por HIV. - Profilaxis con TMS a partir de la 6ª semana de vida, al finalizar la administración de AZT. - Control de hemograma al finalizar AZT (lo común es encontrar anemia como manifestación de la toxicidad hematológica que habitualmente se corrige después). Nuevo control de hemograma en la 12 semana de vida para certificar que la anemia por AZT se ha revertido
Hepatitis B	La infección crónica aparece en el 70 a 90% de los hijos de madres HBs Ag+ y HBe Ag+ La condición de portador crónico (HBsAg+ 6 meses después de la infección) ocurre en el 90% de los casos de los niños infectados por transmisión perinatal. El riesgo de portación disminuye con la edad, siendo del 5 al 10% en adolescentes.		Profilaxis activa-pasiva con el uso de gammaglobulina específica Ig HB (0,5 ml) y una dosis de vacuna antihepatitis B (0,5 ml) por vía IM en sitios diferentes de inyección en las primeras 12 horas de vida. Luego, continuar el esquema habitual de vacunación. Todos los RN deben ser estudiados mediante la determinación de HBsAg y de Anti HBs 1 a 3 meses después de haber completado el esquema de vacunación.

Toxoplasmosis	Aproximadamente el 70% de los recién nacidos infectados son asintomáticos. Estos neonatos pueden desarrollar manifestaciones clínicas tardías	Los pacientes sintomáticos pueden presentar afectación sistémica expresada por retardo de crecimiento intrauterino o un cuadro de sepsis. Alrededor de un 10% de los neonatos con infección severa fallecen y los que sobreviven sufren graves secuelas. Coriorretinitis, hidrocefalia, macrocefalia o microcefalia, calcificaciones cerebrales, hepatomegalia, esplenomegalia, hepatitis, anemia hemolítica, trombocitopenia, miocarditis, síndrome nefrótico.	Solicitar par serológico (IgG) madre-hijo. a) confeccionar una curva de anticuerpos de tipo IgG en los primeros meses de vida; b) demostrar la presencia de IgM o IgA específicas en las primeras semanas o meses de vida. Ante la duda diagnóstica se debe iniciar tratamiento en el RN hasta poder realizar una curva diagnóstica. Examen físico completo. Estudio serológico (IgG) madre-hijo por dos técnicas cuantitativas, IgM e IgA al niño. Examen ocular por oftalmólogo especializado. Hemograma, hepatograma. Ecografía cerebral. Evaluación neurológica. Evaluación auditiva.
Chagas	Se estima que la vía congénita de infección es la vía más frecuente en la generación de nuevos casos. El Chagas congénito es la forma aguda de infección más frecuente en Argentina. La mayoría de los niños con infección congénita, aproximadamente 90%, son asintomáticos.	Los casos con manifestaciones clínicas pueden presentar: Hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia, prematuridad, RCIU, anemia, taquicardia persistente.	Cultivo de sangre, orina y LCR.
EGB	Entre el 5% y 35% presentan colonización por este germen. La incidencia de infección congénita por EGB oscila entre un 0,6 a 1 por 1.000 RNV y aumenta con la prematuridad.	Sepsis temprana: (primera semana de vida) distrés respiratorio, apnea, shock, neumonía y, menos frecuente, meningitis. Alta mortalidad. Sepsis tardía: (entre la 3ª - 4ª semanas de vida y hasta los 3 meses) bacteriemia, septicemia, neumonía y meningitis. Otros: osteomielitis, artritis séptica y celulitis	
Citomegalovirus	El 90% de los niños con infección congénita son asintomáticos y su pronóstico a largo plazo es más favorable. Entre el 5% al 15% pueden presentar manifestaciones clínicas desde el nacimiento o pueden presentarse en el largo plazo	hepatomegalia, esplenomegalia, microcefalia, ictericia, petequias, hipoacusia sensorineural uno o bilateral, RCIU, alteraciones motoras, retraso mental, coriorretinitis y alteraciones dentales. Mortalidad del 30% en los niños con manifestaciones graves en el período neonatal o tardíamente	Aislamiento viral: el mejor método diagnóstico es el aislamiento del virus a partir del cultivo de orina mediante PCR. En la embarazada, la infección se diagnostica por la seroconversión de negativa a positiva junto a la presencia de anticuerpos IgM. Los anticuerpos positivos en el embarazo definen infección.

Referencias:

1. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician. 2008 Jul 1;78(1):93-100. PMID: 18649616. Ma'ayeh M, Costantine MM. Prevention of preeclampsia. Semin Fetal Neonatal Med. 2020 Oct;25(5):101123.
2. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician. 2008 Jul 1;78(1):93-100. PMID: 18649616.
3. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018 Feb;131(2):e49-e64.
4. Smith DD, Rood KM. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2020 Mar;63(1):134-151.
5. MSAL. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. 2019 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-09/atencion-prematuros-1.pdf>
6. Kesavan K, Devaskar SU. Intrauterine Growth Restriction: Postnatal Monitoring and Outcomes. Pediatr Clin North Am. 2019 Apr;66(2):403-423.
7. Meller C, Kleppe S, Aiello H, Otaño L. Monochorionic twin pregnancy from the perspective of the theory of complexity. Arch Argent Pediatr. 2024 Aug 1;122(4):e202310097.
8. MSAL. Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-PLUS. 2024. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/algoritmos_d_diag_y_trat_ip_vih_sifilis_vhb_y_chagas_2662024_0.pdf

9. Kahlert C, Aebi-Popp K, Bernasconi E, et al. Is breastfeeding an equipoise option in effectively treated HIV-infected mothers in a high-income setting? Swiss Med Wkly. 2018 Jul 24;148:w14648.
10. Bogdanowicz E, Marco del Pont J, et al. Consenso de Infecciones Perinatales. II. Infecciones perinatales virales(I) Arch. Arg de Ped.1999 97(3):154-165.
11. Ruvinsky RO, Bruno M, et al. Consenso de Infecciones Perinatales. I. Infecciones perinatales bacterianas. Arch. Arg de Ped.1999 97(3):147-154.
12. Altchek J, Moreno R, et al. Consenso de Infecciones Perinatales. IV. Infecciones perinatales parasitarias. Arch. Arg de Ped.1999 97(3):178-187.
13. MSAL. Guías para la atención al paciente infectado con Trypanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas). Buenos Aires, 2012. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/chagas.-guia-para-equipos-de-salud.pdf>
14. normativa/Ley 26369/2008. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26369-140274/texto>
15. Hilditch C, et al. Does screening for congenital cytomegalovirus at birth improve longer term hearing outcomes? Arch Dis Child. 2018 Oct;103(10):988-992.

2. Qué pasa en la sala de partos

Un dato no menor que se debe averiguar, es si se espera que el parto se desencadene espontáneamente o si por algún motivo se trata de un nacimiento programado.

Ante la situación de un parto programado por cesárea, además de conocer la causa (gemelaridad, macrosomía, electiva, etc), se debe alertar sobre la importancia de que el mismo, si se puede, se desarrolle cerca de las 39 semanas para evitar complicaciones asociadas a la falta de una adecuada adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. En cuanto a la información que debe ser ofrecida a los padres sobre lo que pasa en sala de partos, lo más relevante es hacer hincapié en el “Parto Respetado”, que hace referencia al derecho a un parto donde la embarazada, el RN y la familia sean los protagonistas en todo momento (abarca el embarazo, parto, nacimiento y puerperio). El parto respetado está sostenido en la Ley N 25.929, Decreto 2035/2015 o “Ley de Parto Humanizado”⁴.

Los puntos principales que se destacan en esta ley son:

- Derecho a decidir cómo se desea que transcurra el momento del parto, sin intervenciones innecesarias que impidan la participación activa y la toma de decisiones por parte de la gestante.
- Trato respetuoso y personalizado, con respeto por la intimidad y consideración sobre las costumbres, pautas culturales e identidad de género.
- En los partos vaginales respetar los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas, permitiendo libertad de movimiento.
- Recibir información sobre las opciones de diversos tratamientos para poder decidir libremente entre las alternativas disponibles. Y si no hay opciones por razones médicas debidamente justificadas, la embarazada y su familia deben estar informados adecuadamente.
- Derecho a elegir una persona acompañante durante la atención del embarazo, el trabajo de parto, parto y puerperio.

- Que se realice contacto piel con piel con el recién nacido y que se favorezca la lactancia desde el inicio destacando la importancia de la primera hora de vida.

Referencias

1. Anon (2019). Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51740>).
2. Rubio Muñoz, Sara; del Barrio Fernández, Pablo; López Martín, Ana Belén; Martín Fernández, et al. 2012. Neonatos pretérmino tardíos y a término precoces: una población de riesgo / Late preterm neonates and early term neonates: a population at risk. Prog. obstet. ginecol. (Ed. impr.) ; 55(2): 94-99, ene.-mar.
3. Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. Obstet Gynecol. 2011 Aug;118(2 Pt 1):323-333.
4. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf . LEY DE PARTO HUMANIZADO. Ley N 25.929. Decreto 2035/2015.

3. Transición del RN y ligadura de cordón umbilical

La “transición” es el proceso de cambio de la fisiología fetal a la fisiología neonatal y es el más complejo y extenso proceso de adaptación en el ciclo de la vida humana. Para lograr una transición exitosa, el feto se somete a una serie de procesos adaptativos a medida que avanza la edad gestacional y se acerca el momento del nacimiento. La transición es la secuencia de eventos que suceden para que el RN que le permiten adaptarse a la vida extrauterina y se manifiesta con cambios de la frecuencia cardíaca, en el color de la piel, la respiración, la actividad motora, la función gastrointestinal y la temperatura corporal. Este proceso se da durante las primeras 48 a 72 hs de vida del RN.

La adaptación extrauterina depende de la EG, el entorno intrauterino (riesgo materno), la ausencia o el progreso del trabajo de parto, el modo de nacimiento, el tiempo de ligadura del cordón umbilical, el contacto piel con piel y la necesidad de reanimación¹.

El tiempo aproximado de la adaptación normal:

1. Algunos aspectos tienen lugar **al nacer**, como la separación de la placenta, el inicio de la respiración y el cambio de la circulación fetal a la neonatal.
3. La adaptación cardiorrespiratoria, neurológica, de la glucémica y de la temperatura ocurren durante varios **minutos**, a medida que comienza la vida extrauterina.
4. Las adaptaciones del sistema endócrino, metabólicas e inmunológicas se desarrollan durante varias **horas y días**².

La ligadura oportuna del cordón umbilical ayuda a la estabilización cardiovascular. Si la ligadura del cordón se realiza de forma temprana, hasta un 30% del volumen que le corresponde al RN permanece en la placenta lo que puede provocar hipovolemia, complicaciones en la adaptación y anemia a largo plazo por depósitos inadecuados de hierro. La mayor parte de este volumen se gana en el primer minuto después del nacimiento. Esto aumenta el flujo de sangre pulmonar favoreciendo también la adecuada adaptación respiratoria³.

Las primeras horas de vida del RN requieren de la supervisión especial mientras permanece con su madre en la internación conjunta, si no hay problemas clínicos que requieran atención. Esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre-bebé en un período especialmente sensible e importante para la salud del binomio, la continuidad del desarrollo del recién nacido y el inicio precoz de la lactancia⁴.

Referencias

1. Askin DF. Complications in the transition from fetal to neonatal life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 May-Jun;31(3):318-27.
2. Desmond MM, Rudolph AJ. Progressive evaluation of the newborn infant. Postgrad Med.1965 Feb; 37:207-12.
3. Mariani, GL. Transición Feto-Neonatal. Recepción y Reanimación del Recién Nacido. Curso Atención Diaria Neonatal. Módulo 1. Neo SAP (Curso virtual) 2018. CEFEN.
4. UNICEF/MSAL. Consenso la primera hora de vida. 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/16066/file/La%20primera%20hora%20de%20vida.pdf>

4. Primera hora de vida, contacto piel a piel, Apgar y rutinas del nacimiento

El contacto piel a piel (CoPAP) consiste en colocar al lactante desnudo, en decúbito ventral sobre el pecho también desnudo de su madre cubiertos con una manta. Si la madre no está disponible, podrá ser realizado por el padre. La OMS, Asociación Americana de Pediatría (AAP) y otras sociedades lo recomiendan para todas las madres y RN, independientemente de la vía de parto.

Es posible facilitar mayor o menor tiempo de permanencia en CoPAP de acuerdo a la edad gestacional y la estabilidad clínica del recién nacido. A menos que haya una razón médica para la separación, como la necesidad de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), el CoPAP debe proporcionarse a todos los recién nacidos.

La presencia de una acompañante mejora la vivencia del parto, el inicio de la lactancia y la realización de CoPAP y cumple un rol clave como parte del entorno que recibe a quien nace; sin embargo, el control de la estabilidad clínica de la diada no es su responsabilidad. El monitoreo clínico del RN durante el CoPAP es responsabilidad del equipo de salud. Como personal de salud debemos aunar esfuerzos para que el CoPAP se lleve a cabo en un escenario seguro para la diada minimizando el riesgo de colapso neonatal¹.

En el caso en que la madre no esté en condiciones, el CoPAP lo puede realizar otra persona como por ejemplo su pareja o quien la acompañe en ese momento.

Esta práctica otorga múltiples beneficios para el recién nacido, la madre y la familia².

Beneficios del CoPAP para el recién nacido:

- Disminuye los efectos negativos del estrés del nacimiento.
- Estabiliza la temperatura corporal y ayuda a prevenir la hipotermia.
- Disminuye el llanto y proporciona estabilidad cardiorrespiratoria especialmente en los prematuros tardíos.
- Favorece la iniciación de la lactancia y la lactancia exclusiva reduciendo la suplementación con fórmula durante la internación.
- Disminuye el dolor ante estímulos dolorosos.

Beneficios del CoPAP para la madre:

- Tienen menores tasas de hemorragia posparto.
- El aumento de oxitocina ayuda a promover el vínculo y el apego de una madre a su bebé.
- Favorece el sentimiento de seguridad y comodidad de las madres al cuidar a sus bebés.
- Puede tener impactos notables en la salud mental de la madre y en la respuesta al estrés durante el período posparto.
- Mejora de manera efectiva los estados de ansiedad y estrés entre las madres prematuras después del parto.

Beneficios para los padres y la familia:

- Mejora el vínculo y apego inicial y propicia una mayor participación en el cuidado de sus bebés.
- Mayor sensibilidad hacia señales y necesidades del recién nacido.
- Brinda mayor confianza como padre y una capacidad mejorada para proteger y brindar comodidad a su bebé.
- Facilita una paternidad más igualitaria^{3,4}.

Apgar: El Score de Apgar es una escala que evalúa la condición física de los bebés después del nacimiento. Este sistema de puntuación, valora cinco características fácilmente identificables (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color). A cada signo clínico se le asigna un valor de 0 a 2 y cuando la sumatoria de los resultados da 7 o más indica que la condición del bebé es buena o excelente. El Apgar se determina al minuto y a los cinco minutos después del parto y de estas dos mediciones, y proporciona un método aceptado y conveniente para informar el estado del recién nacido inmediatamente después del nacimiento y la respuesta a la reanimación si fuera necesaria, pero no predice resultados neurológicos adversos a largo plazo.⁵

Rutinas del nacimiento (baño, vitamina K, vacuna Hepatitis B): Las llamadas “acciones no sensibles al tiempo” pueden ser llevadas a cabo más tarde hasta las 4 horas post nacimiento sin comprometer al RN por lo que se pueden realizar más tarde sin interferir con el primer contacto de la díada.

Baño: Según la OMS es recomendable no bañar a los RN hasta por lo menos un día después del nacimiento, y no colocar ningún producto ni perfume sobre la piel. La piel de los bebés recién nacidos, el líquido amniótico y el vernix o unto sebáceo que los cubre contienen sustancias que los protegen contra infecciones. Sólo está indicado al nacimiento cuando las serologías de la gestante son positivas para VIH y/o Hepatitis B, o por temas religiosos o culturales. En estos casos se puede realizar al finalizar el CoPAP inmediato. Si al nacer el RN presenta meconio o restos de sangre, es posible retirarlos con una compresa húmeda y tibia durante el CoPAP. Luego, una vez en el hogar, el baño podrá realizarse diariamente o día por medio en los primeros meses de vida, aunque no se le haya caído aún el cordón umbilical. Este baño debe ser con agua tibia y jabón blanco o de glicerina de PH neutro, en bañera libre de materiales tóxicos, en un horario en que el bebé no esté cansado ni con hambre para ir pautando rutinas. Debe ser un momento de disfrute que promueva el contacto y la relajación^{5, 6}.

En las horas posteriores se realizará algunas rutinas de salud al RN: además del examen físico exhaustivo para descartar patologías visibles y la valoración del estado clínico del niño/a, peso, antropometría y el cálculo de la edad gestacional, se aplicarán gotas de antibiótico en los ojos para prevenir la infección oftálmica y una inyección de vitamina K. Todo esto debe hacerse en presencia de quien acompaña a la puérpera.

Vacuna de Hepatitis B: Se recomienda su aplicación dentro de las primeras 12 horas de vida durante la internación para prevenir la infección por este virus. Se la aplica en el músculo del muslo.

Vitamina K: Esta vitamina estimula el desarrollo de factores de coagulación por el hígado. El RN presenta niveles bajos de vitamina K porque su pasaje transplacentario es pobre. Para evitar el desarrollo de la enfermedad hemorrágica del RN se administra

1 mg de vitamina K intramuscular al nacimiento. Su administración vía oral es errática y no se recomienda como alternativa de tratamiento.

Colirio: son gotas de antibiótico en los ojos para prevenir la conjuntivitis del RN por infecciones contraídas por contacto con fluidos maternos del canal de parto.

Cuidados del cordón umbilical: La evidencia actual respalda el uso de la técnica de cuidado seco del cordón umbilical que consiste en mantener el muñón umbilical limpio y dejarlo expuesto al aire o cubierto de forma holgada con un paño limpio (la ropa del RN por fuera del pañal). Si se ensucia, el cordón se limpia con agua y jabón. La educación de los padres previo al alta sobre los signos y síntomas de la onfalitis puede prevenir el riesgo de complicaciones⁷.

Si bien estos procedimientos obligatorios suelen realizarse minutos después del nacimiento en la sala de parto, podrían realizarse luego (siempre dentro de las 4 hrs del nacimiento).

Huellas plantares: se sugiere tomarlas con el bebé aún en CoPAP.

Antropometría: se pesa al RN al nacimiento, idealmente cerca de la madre. La talla y el perímetro cefálico se pueden medir durante el examen físico minucioso.

Referencias:

1. Jenik A, Rocca Rivarola M, Grad E, Machado Rea ES, Rossato NE. Recomendación para disminuir el riesgo de colapso súbito e inesperado posnatal. Arch Argent Pediatr 2020;118(3):S107-S117.
2. UNICEF/MSAL. Consenso la primera hora de vida. 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/16066/file/La%20primera%20hora%20de%20vida.pdf>
3. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, AAP COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, AAP TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. Pediatrics. 2016.

4. Emma Olsson, Mats Eriksson, Agneta Anderzén-Carlsson .Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective. Journal of Pediatric Nursing 2017
5. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. Pediatrics. 2015 Oct;136(4):819-22.
6. Lund C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. Adv Neonatal Care. 2016 Oct;16 Suppl 5S:S13-S20.
7. Stewart D, Benitz W; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. Pediatrics. 2016 Sep;138(3):e20162149.

5. Lactancia materna en las primeras horas de vida. Situaciones especiales.

La lactancia debería comenzar en la sala de partos, cuando el RN es CoPAP con su madre. De esta manera, si se le permite permanecer el tiempo suficiente para alcanzar el pecho materno, el RN succiona instintivamente obteniendo así el calostro que tantos beneficios le ofrece. Si la situación lo permite, debería estimularse la prendida al pecho lo antes posible para promover el desarrollo de una lactancia exitosa y duradera¹.

En el caso de que, por diversos motivos el bebé no tenga la capacidad de succionar, podrá realizarse extracción de leche de la madre y administrársela al bebé con biberón o jeringa.

La leche de la propia madre es perfecta para los bebés y es superior a cualquier otro alimento. Además de proporcionar una fuente de nutrición desde el inicio, el calostro contiene una fuente de bacterias que determinan el microbioma intestinal y una variedad de componentes biológicamente activos (inmunoglobulinas, células, oligosacáridos, lactoferrina, etc.) que guían el desarrollo del sistema inmunológico del recién nacido. Este primer alimento que está presente durante los 3 primeros días de vida en promedio, provee beneficios que perduran a lo largo de la vida de las personas²⁻³.

Durante la consulta prenatal puede darse información sobre las ventajas de la lactancia para quien amamanta y para el bebé, además de asesorar sobre las diferentes posturas para dar el pecho y las herramientas para hacerlo en casos especiales o en caso de nacimiento por cesárea²⁻³.

Referencia:

1. UNICEF/MSAL. Consenso la primera hora de vida. 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/16066/file/La%20primera%20hora%20de%20vida.pdf>
2. Le Doare K, Holder B, Bassett A, Pannaraj PS. Mother's Milk: A Purposeful Contribution to the Development of the Infant Microbiota and Immunity. *Front Immunol.* 2018 Feb 28;9:361.

3. Pannaraj PS, Li F, Cerini C, Bender JM, Yang S, Rollie A, Adisetiyo H, et al, Aldrovandi GM. Association Between Breast Milk Bacterial Communities and Establishment and Development of the Infant Gut Microbiome. JAMA Pediatr. 2017 Jul 1;171(7):647-654.

6. Meconio. Heces de transición. Orina

El meconio es la primera defecación fetal compuesta por líquido amniótico deglutido, material de descamación (intestinal y piel intrauterina), lanugo, secreciones intestinales, componentes proinflamatorios y biliverdina.

Usualmente se elimina tras el nacimiento, generalmente en las primeras 12 a 24 hs de vida luego del parto en un RNT, pero puede ocurrir su emisión intrauterina siempre que exista un estímulo del peristaltismo intestinal previo al nacimiento. Es de color verdoso o negro, parecida al alquitrán, y muy pegajoso.

La causa de eliminación tardía de meconio puede deberse a una inmadurez en la peristalsis intestinal. Se recomienda no otorgar el alta al RN si no ha eliminado meconio, y comenzar estudios para descartar obstrucción intestinal y causas¹.

Entre el 4°-5° día de vida aparecen las heces de “transición”, que son de consistencia menos viscosa que el meconio de color gris-verdoso con algunas manchas de color mostaza, y, antes de finalizar la primera semana son de color mostaza- anaranjado, de consistencia más líquida debido a la bajada de leche materna y a cambios en la flora intestinal del RN. En el RN alimentado con lactancia humana (LH) exclusiva puede confundirse con diarrea.

La frecuencia de deposiciones varía desde 1 ó 2 por día, a una deposición luego de cada alimentación.

La orina del recién nacido es inicialmente concentrada y pueden visualizarse en el pañal manchas color ladrillo que denotan la presencia de uratos. Esta situación es normal en las primeras 48-72 h de vida y mejora espontáneamente con la bajada de leche de la madre, cuando el neonato comienza a incorporar mayor volumen de líquido, a partir de esa instancia la orina se observa diluida.

El cambio de pañal es recomendable realizarlo frecuentemente de manera de proteger y preservar la integridad de la piel ². La higiene de los genitales se realiza con algodón, por arrastre. Enfatizar a los padres que en el caso de las niñas se debe realizar la higiene genital de arriba hacia abajo para evitar la contaminación de la vagina y la uretra con

gérmenes del tracto genital. En el caso de los varones, realizar la higiene sin movilizar el prepucio, pero limpiando cuidadosamente la zona del meato uretral. Al cerrar el pañal se debe dejar fuera el muñón umbilical y evitar ajustar en exceso las cintas adhesivas para no comprimir el abdomen.

Recordar que para la higiene de la zona del pañal no deben usarse productos perfumados, puede realizarse con aceites naturales (como los aptos para cocina) o con óleo calcáreo o agua que no contenga parabenos ni alcoholes ni perfumes.

7. Pesquisas al nacimiento

En esta primera consulta sugerimos brindar información concreta y resumida sobre las pesquisas que se realizan en el RN. Se debe aclarar que no son pruebas diagnósticas sino de screening y que en el caso de que alguno de los resultados de alterado, deberá ser estudiado con pruebas específicas. Esta información será ampliada en el caso de que los padres/cuidadores lo deseen.

Pesquisa neonatal o test del talón: El Programa Nacional de Pesquisas (Obligatorio, Ley Nacional 26279), tiene como objetivo prevenir mediante el diagnóstico y el tratamiento temprano diferentes patologías neonatales inaparentes para de esta manera poder instaurar tratamientos oportunos, disminuir daños y mejorar la calidad de vida.

Se realiza a partir de sangre extraída del talón a partir de las 36 horas de vida y previo al egreso (siempre que haya iniciado la alimentación oral). Permite la detección de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, galactosemia, y déficit de biotinidasa.

Informar que en ocasiones los resultados demoran varios días, que pueden dar alterados sin necesariamente implicar enfermedad, y en ese caso deberán ser repetidos. Y que, en caso de persistir alterados y ser detectados tempranamente, permiten comenzar un tratamiento que impide el progreso de la enfermedad¹.

Screening de cardiopatías congénitas o test de oximetría de pulso: El objetivo es realizar una detección oportuna de pacientes con malformaciones cardíacas cianotizantes sin diagnóstico prenatal, estabilizarlos y decidir su derivación a un centro especializado, de ser necesario. Se realiza durante la internación conjunta luego de las 24 horas de vida y lo más próximo al egreso que sea posible para evitar los errores de interpretación dados por la presencia del ductus.

Consiste en el examen físico incluida la auscultación cardíaca y la oximetría de pulso en mano derecha y en pie izquierdo ó derecho. En caso de ser la saturación de oxígeno entre 90% y 94% ó una diferencia mayor a 3 puntos entre la saturación en mano y la tomada en pie, repetida 3 veces o una sola prueba con saturación menor a igual a 89%

en mano derecha o pie la prueba se considera positiva para sospecha de cardiopatía congénita. En este caso el/la cardiólogo/a pediatra definirá la conducta a seguir².

Pesquisa neonatal auditiva: (obligatoria, Ley Nacional N° 25.415/2001) puede realizarse antes del alta, después de las 24 hrs de vida, o luego del alta pero siempre durante el primer mes de vida. Se lleva a cabo a través del estudio otoemisiones acústicas (OEA). En el caso de que el resultado sea alterado deberá repetirse al mes, y de seguir alterado deberá remitirse al especialista para continuar con la evaluación.

En el caso de tratarse de un bebé prematuro o con factores de riesgo como infecciones neonatales, Síndromes genéticos, historia familiar de hipoacusia, y otros, se solicitará además de las otoemisiones acústicas, potenciales evocados auditivos automáticos y se continuará su estudio según los resultados. En el caso de que se llegue al diagnóstico de hipoacusia, su detección precoz permitirá que el bebé sea equipado (idealmente antes de los 6 meses de vida) y lograr un desarrollo pleno³.

Examen oftalmológico - reflejo Rojo: se observa que los ojos tengan un tamaño adecuado y similar entre sí; la simetría de los párpados y la presencia de opacidades corneales que puedan ser consecuencia de problemas visuales, como por ejemplo, la presencia de cataratas congénitas. Esta prueba se realiza iluminando la pupila del recién nacido con una fuente de luz. Es de buena práctica que el pediatra derive al especialista a bebés Nacidos a Término para realizar un examen oftalmológico profundo mediante un fondo de ojos, aunque no es obligatorio³.

Pesquisa de displasia del desarrollo de la cadera: consiste en el examen físico de las caderas RN desde el período neonatal y en cada control mensual hasta el año de edad a través de las maniobras Ortolani y Barlow. La solicitud de estudios complementarios NO es obligatoria en todos los RN. Se recomienda en pacientes con factores de riesgo (antecedentes familiares de displasia de caderas, oligoamnios, síndromes de hiperlaxitud articular, presentación podálica, embarazo gemelar, malformaciones esqueléticas o posicionales) o que presenten un examen físico anormal.

Los estudios a solicitar son: ecografía de ambas caderas (entre las 4-16 semanas de vida) y radiografía de caderas (a partir de las 16 semanas)⁴.

Referencias

1. MSAL. PESQUISA NEONATAL Normativa de vigilancia e Instructivo de Notificación al SNVS 2.0. 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_en_pesquisa_neonatal_snvs_2_0_1642024.pdf
2. MSAL. Detección de Cardiopatías Congénitas por Oximetría de Pulso en recién nacidos asintomáticos. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000726cnt-deteccion-cardiopatias.pdf>
3. MSAL. Los cuidados durante el primer mes de vida. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/corresponsabilidad-en-la-crianza-y-los-cuidados/los-cuidados-durante-el-primer-mes-de>
4. Nelly P, Galeano MA. 2021. Recomendaciones en la pesquisa y diagnóstico de la displasia del desarrollo de caderas. Arch Arg Pediatría. SAP.

8. Recién nacidos prematuros tardíos y de término tempranos

Si el pediatra conoce que un paciente va a nacer antes de las 39 semanas, debe alertar sobre los riesgos asociados a los recién nacidos prematuros tardíos (incluyen los recién nacidos entre las 34,0 y 36,6 semanas), y los RN de término temprano (de 37,0 y 38,6 semanas).

En muchas ocasiones son considerados y tratados como RN de término por su peso y su aparente madurez en relación a aquellos prematuros más pequeños. Sin embargo, estos bebés tienen una inmadurez estructural y fisiológica que los convierte en un grupo vulnerable.

Durante muchos años han sido manejados como recién nacidos a término, lo que ha llevado al desconocimiento de su evolución a medio y largo plazo. A la morbilidad neonatal se añade una mayor incidencia de infección posnatal, con una tasa de reingresos hospitalarios por malnutrición, hiperbilirrubinemia y problemas respiratorios superior a los nacidos a término¹.

Estadísticamente, este es un grupo numeroso, ya que representan, según las series, entre un 70 y 80% de los nacidos antes de las 37 semanas. La etiología del nacimiento prematuro tardío es multifactorial, el trabajo de parto espontáneo y la ruptura prematuras en membranas son responsables 50 al 65% de los mismos, le siguen: el embarazo gemelar, la edad mayor edad materna, los embarazos por fertilización asistida, entre otros².

En estos pacientes, es fundamental hacer hincapié en la importancia de la ligadura oportuna del cordón umbilical y en el CoPAP para facilitar su adaptación a la vida extrauterina y para fomentar la lactancia materna lo más precozmente posible.

Se debe tener en cuenta que tienen incrementado el riesgo de hipotermia debido a su menor panículo adiposo e inmadurez de la función hipotalámica, por lo tanto, es fundamental evitarla, para que no se produzca injuria por frío con sus consecuencias sobre el aparato cardiovascular.

Su menor reserva de glucógeno es sensible a la hipoglucemia, la cual debe prevenirse para evitar posibles complicaciones neurológicas, no solo en el momento del nacimiento sino durante los primeros días de vida. Suelen tener problemas de alimentación por su mayor tendencia a la somnolencia, menor fuerza muscular y dificultades en la coordinación succión-deglución-respiración, con una ingesta inadecuada requiriendo apoyo y monitorización nutricional. Estos factores pueden contribuir al riesgo de reingreso hospitalario por deshidratación, pobre ganancia ponderal, hipoglucemia e ictericia y abandono precoz de la lactancia materna³⁻⁴.

Referencia:

1. Reymundo M et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío, *An Pediatr* 2019; 90(5):318.
2. Karnati S, Kollikonda S, Abu-Shaweesh J. Late preterm infants - Changing trends and continuing challenges. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2020;7(1):36-44..
3. Woythaler M. Neurodevelopmental outcomes of the late preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019; 24(1):54-9.
4. Bossi L, Giúdici L, Bertani G, Fernández P, et al. Prematuridad tardía: recomendaciones para el seguimiento a largo plazo. *Arch Argent Pediatr* 2022; 120(6): S88-S94.

9. Primeros cuidados del recién nacido en el hogar.

Si bien en los días posteriores al nacimiento, y durante la internación conjunta, las familias recibirán información sobre los primeros cuidados, este es un tema que puede ser tratado en la consulta prenatal en forma breve y concisa, dando mínimas pautas de cuidado general:

- a) Ropa: La ropa en contacto con la piel del bebé deberá ser preferentemente de algodón, color blanco o de colores claros y ligeramente holgada. No se recomienda usar perfumes, están fuertemente desaconsejados por el riesgo de dermatitis atópica y la confusión con el olor de la leche materna. Las ropas de cuna (sábanas, mantas, almohadas, etc) deben ser suaves y sin costuras.
- b) Evitar el sobreabrigo: El RN no necesita más ropa de la que pueda necesitar un adulto. El recién nacido suele tener las manos y los pies fríos por la inmadurez de la circulación periférica. El pediatra debe alentar sobre el riesgo de sobreabrigar a los bebés. Las manos no se deben cubrir con mitones ni guantes para permitir que el RN explore su propio cuerpo a través de la succión.
- c) Las visitas: la consulta prenatal es el momento ideal para conversar sobre la importancia de los primeros días del bebé en relación a la construcción del vínculo temprano con su cuidador/a primordial, y el descanso de los padres. Es importante respetar el deseo de ambos cuidadores primordiales en la decisión que tomen respecto a las visitas.

Los primeros días se recomienda limitar el número de visitas a las personas más allegadas, o a aquellas que brinden ayuda. Todas las personas que visiten a un recién nacido deberán tener previamente una correcta higiene de manos. Evitar la visita si la persona presenta síntomas de enfermedad contagiosa, por ejemplo, gripe, gastroenteritis, etc.¹

Por último, es importante informar a las familias sobre las recomendaciones para un sueño seguro. La cohabitación sin colecho durante los primeros 6 meses de vida es el escenario más seguro para el bebé según las últimas recomendaciones.

Sin embargo, el colecho, práctica llevada a cabo en muchísimas familias en nuestro medio, facilita la lactancia, la cual es un factor protector relevante para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Debemos enfatizar que el colecho es especialmente peligroso en las siguientes circunstancias y se debe evitar siempre:

- Cuando existen almohadas y/o ropa de cama mullida en el lecho donde duerme el bebé junto a sus padres.
- Cuando el colecho se realiza con alguna persona que no sea su padre o madre.
- Situaciones de colecho con múltiples personas.
- Cuando el niño/a es prematuro o presenta restricción del crecimiento intrauterino.
- Cuando el padre y/o la madre fuman, aunque no lo hagan en la cama.
- Cuando alguno de los padres consume alcohol y/o drogas ilícitas.
- Cuando la madre fumó durante el embarazo.

Asimismo se desaconseja que el niño se quede durmiendo solo en la cama de un adulto, ó que el adulto se duerma junto al bebé ´ en una silla, sillón o mecedora.²

Informar a las familias cuáles son las medidas de sueño seguro acostarlo a dormir siempre boca arriba, en una superficie firme, sin almohadas, chichoneras o nidos contendores y sin otros elementos en la cama (frazadas, peluches, etc). El uso de un chupete una vez establecida la lactancia, tamaño pequeño, “anatómico”, de silicona, es otro factor protector del SMSL y se puede ofrecer luego de que la lactancia esté adecuadamente establecida (después de las 2 semanas de vida) para que no interfiera con la misma.

Los cuidadores tienen derecho a saber cuáles son los factores de riesgo y cuáles los protectores de SMSL según la última evidencia científica publicada, y en base a esta poder tomar decisiones².

Con respecto al mobiliario, existen diferentes recomendaciones a la hora de elegir la cuna para el RN. El colchón debe ser firme, sin inclinaciones, no deben quedar espacios entre el lugar de contacto entre el colchón y los barrotes de la cuna. No colocar objetos

dentro de la misma como peluches, almohadas, chichoneras, etc. Tapar al niño hasta las axilas con los brazos por fuera de la ropa de cama y sujetar con firmeza la ropa de cama sobre el colchón y no enrollando al RN. Evitar el sobreabrigo³.

Referencias

1. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva. World Health Organization. 2022. Disponible en: https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=N3RyEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=Who+recommendations+on+maternal+and+newborn&ots=RXh_x-F8hn&sig=sPrImTBAkaZT4GgzGOudFkimShw#v=onepage&q=Who+recommendations+on+maternal+and+newborn+&f=false
2. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. Arch.Argent.Pediatr 2017;115 Supl 5:S105-S110.
3. Jenik A, Grad E, Orazi V, Sapoznicoff L, Fasola L, Rocca Rivarola M, Jacobi N, Rossato N. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. 2011.

10. Alimentación. Promoción de la Lactancia Humana. Desafíos.

Es primordial que durante la consulta prenatal se le informe a la familia que la mejor forma de alimentación durante los primeros 6 meses de vida es la lactancia humana exclusiva. A partir de esta edad se incorporará la alimentación complementaria (si el bebe está preparado), pudiendo mantenerse la lactancia hasta los 2 años o más, dependiendo de los deseos y posibilidades de cada familia (OMS).

Entre los beneficios que deben mencionarse se encuentran los económicos, los ambientales y los que están en relación directa con la salud y el desarrollo sensorial y cognitivo del niño. Dentro de estos últimos, la protección que brinda contra enfermedades infecciosas, enfermedades alérgicas e intolerancias alimentarias, y el síndrome de muerte súbita del lactante¹. A largo plazo disminuye el riesgo de obesidad, maloclusión dentaria, diabetes, enfermedades autoinmunes, alérgicas y algunas neoplasias².

Sin dejar de lado los beneficios que proporciona a la madre: reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios, y además genera bienestar a través del contacto estrecho, el intercambio sensorial y la secreción de oxitocina.

Si bien la lactancia es un acto natural, requiere de ciertos conocimientos, y debe aprenderse. Y desearse. El rol del pediatra es fundamental para su promoción a partir de información prenatal y después del parto ya sea a través de entrevistas, y estimulando la participación de talleres, charlas u ofreciendo folletos con la información que la familia necesita ,etc. Todas estas son medidas que favorecen la duración de la lactancia exclusiva.

Es importante durante esta primera entrevista preguntarle a la embarazada si desea amamantar. En el caso de que no lo desee o que se presenten contraindicaciones para la lactancia, o, por algún motivo esta no es posible, la función de el/la pediatra es informar, ampliar la escucha, y acompañar sin juzgar.

En el caso de que la madre que amamanta trabaje fuera de la casa, debemos conocer que en Argentina la licencia por maternidad/paternidad es solo de 45 días anteriores al

parto y 45 días posteriores, aunque la madre puede optar por tomarse 30 días antes y 60 días posteriores al parto. La licencia por paternidad es de solo 2 días (Ley 21824 de contrato de trabajo, artículos 177 y 172).

Al volver a su trabajo, quien está en periodo de amamantar tiene derecho a dos descansos por jornada laboral de 30 minutos cada uno, pudiendo también unirlos y retirarse una hora antes, hasta el año. (Ley 20744 de contrato de trabajo, art.179). Este es uno de los obstáculos más importantes para lograr lo que la OMS y muchas sociedades científicas en el mundo promueven: “lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses”. Sin embargo, existe la posibilidad de alimentar al bebé con leche materna extraída y conservada en la heladera/freezer. Los lugares de trabajo deben proporcionar un espacio adecuado y limpio con heladera, para la extracción de leche. Definir junto a la familia, quién/quienes van a cuidar del bebé mientras los/as cuidadores/as primarios están en sus trabajos. Por ej: el jardín maternal.

Bibliografía:

1. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011 Jul;128(1):103-10.
2. Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGHNPAEP. 2010.

11. Inmunizaciones durante el embarazo, las primeras horas de vida del recién nacido y el grupo familiar.

Esta consulta es una oportunidad para destacar la importancia de la vacunación en concepto de prevención de enfermedades y protección de la salud integral.¹ Se aconseja informar durante esta primera consulta prenatal sobre las vacunas que corresponden al embarazo y a los primeros días de vida. En el caso de corresponder la indicación de alguna vacuna a la embarazada, debe ser indicada en esta consulta.^{2,3}

Es una oportunidad para aclarar posibles dudas en relación a las vacunas que recibirá el bebé, y también de detectar y abordar posibles reticencias a la vacunación.

Las vacunas administradas en el embarazo pueden brindar protección a la gestante, al recién nacido o a ambos contra enfermedades infecciosas potencialmente graves.

Cambios fisiológicos durante el embarazo, pueden hacer que las embarazadas sean más susceptibles o se vean más gravemente afectadas por ciertos patógenos virales, como la gripe o el coronavirus.

La inmunización durante el embarazo aumenta la concentración de anticuerpos maternos que pueden transferirse a través de la placenta para proteger directamente a los bebés que son demasiado pequeños para ser inmunizados (inmunización primaria). Además, mediante la inmunización materna, puede lograrse la protección indirecta de los lactantes a través de la prevención de la infección materna y por el pasaje de anticuerpos por la leche materna (inmunización secundaria).^{2,3,6}

Los recién nacidos y los prematuros son especialmente vulnerables a las infecciones, ya que su sistema inmune inmaduro es incapaz de generar respuestas inmunitarias protectoras frente a los antígenos específicos de las distintas vacunas hasta varias semanas o meses después del nacimiento. Las vacunas indicadas en el embarazo son seguras, efectivas y se encuentran en el calendario nacional de inmunizaciones. Son obligatorias y gratuitas.

- Vacuna antigripal: Se puede administrar en cualquier trimestre del embarazo. En el caso de no haber sido aplicada durante el embarazo, debe aplicarse a la madre dentro de los 10 días posteriores al parto.
- Vacuna Pertussis acelular, tétanos y difteria (dTpa): Se debe administrar a partir de las 20 semanas de gestación, independientemente del estado de vacunación previo con dTpa u otro componente antitetánico, e independientemente del tiempo transcurrido desde embarazo anterior.
- Vacunas Covid-19: Se recomienda la vacunación en cualquier trimestre de embarazo. Priorizar la vacunación con vacunas ARN (Pfizer o Moderna) o Sinopharm, dado que son las que tienen mayor evidencia de seguridad.
- Vacuna hepatitis B: Se debe iniciar o continuar esquema de vacunación durante el embarazo, en cualquier trimestre.
- Virus Sincicial Respiratorio (VSR): Se indica una dosis única entre las semanas 32.0 y 36.6 del embarazo, determinada por vigilancia epidemiológica. Comenzando la vacunación 1-2 meses antes del inicio de la circulación de VSR y el final de la vacunación 1-2 meses antes del fin de la circulación. Aproximadamente de marzo a septiembre.

La consulta prenatal es un momento oportuno para revisar y completar esquemas de vacunación del resto de los miembros del grupo familiar de acuerdo al calendario nacional de vacunación. Haciendo especial énfasis contra enfermedades de transmisión respiratoria como Gripe, Tos convulsa y Covid.

En las primeras horas de vida, todos los recién nacidos deben recibir:

- Vacuna anti- Hepatitis B: debe administrarse dentro de las primeras 12 hs de vida, como estrategia esencial para prevenir la transmisión vertical del virus de la Hepatitis B.
- BCG: debe aplicarse en el recién nacido, antes del egreso de la maternidad, o en su defecto durante la primera semana de vida. Si el peso del RN es menor a 2kg debe esperarse a alcanzar este peso para ser aplicada.

- En situaciones especiales se utiliza el Palivizumab: Anticuerpo monoclonal contra Virus Sincicial Respiratorio, indicado en pacientes con alto riesgo de infección respiratoria severa (Recien nacidos pretermino, pacientes con displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas, y otras poblaciones de riesgo). Se administra mensualmente en temporada de alta circulación viral (en Argentina de mediados de abril a septiembre). ^{4,5,6,7.}
- Optativo: Nirsevimab: Anticuerpo monoclonal contra Virus Sincicial Respiratorio, recientemente aprobado. Se administra en una única dosis, y puede aplicarse desde el nacimiento hasta los dos años de vida. Recomendado a aquellos niños nacidos en temporada de alta circulación viral cuyas madres no hayan recibido vacuna VSR en el embarazo, o que el nacimiento se haya desencadenado antes de los 15 días de aplicada la vacuna. Actualmente disponible en Argentina solo en el ámbito privado.

Pensar a la vacunación como una estrategia que no sólo protege al bebé o al niño por nacer y a la madre sino a toda una población.

Referencias

- 1- Comité de Infectología. SAP. Actualización en vacunas 2023, Recomendaciones y desafíos.
- 2- OMS. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34149> .
- 3- MSAL. Lineamientos Técnicos de Vacunación. Virus sincicial respiratorio en personas gestantes. 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamientos_vsr.pdf
- 4- Aplicación de palivizumab para la prevención de IRAB en población vulnerable. Ministerio de Salud 2017. Disponible en

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-03/lineamientos-palivizumab-2017.pdf>

- 5- Recomendaciones sobre el uso de palivizumab: actualización 2023. Arch Argent Pediatr. 2025.

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2025/v123n1a02.pdf>

- 6- Estrategias de Prevención de la Infección por VSR en Pediatría, Recomendaciones SADIP. Agosto 2024. <https://sadip.org.ar/wp-content/uploads/2024/08/Recomendaciones-SADIP-Estrategias-de-Prevencion-de-la-Infeccion-por-VSR-en-Pediatria-19-Agosto-2024.pdf>

- 7- Documento de posición para la prevención de infecciones respiratorias por virus sincicial respiratorio (VSR) Comité Nacional de Infectología Subcomisión de Epidemiología. Sociedad Argentina de Pediatría, Agosto 2024. https://www.sap.org.ar/storage/app/media/pdf/consensos_documento-de-posicion-para-la-prevencion-de-infecciones-respiratorias-por-virus-sincicial-respiratorio-vsr-134.pdf pediatria-19-Agosto-20.

12. Prevención de lesiones no intencionales

Siendo los incidentes en la vía pública una de las principales causas de morbilidad en niños/as y adolescentes en nuestro país, no podemos olvidar mencionar durante la consulta prenatal, las medidas de prevención que los/as cuidadores/as deberán tener en cuenta a la hora de viajar con su hijo/a en un vehículo particular o taxi¹.

El uso de un sistema de retención infantil (SRI) es obligatorio en nuestro país hasta los 10 años de edad, y hasta los 12 años ó con una estatura menor a 1,50mts, deben viajar en el asiento trasero (ley nacional de tránsito nº24449). El SRI que se utilice debe estar homologado, es decir, debe cumplir los requisitos establecidos en las normas de nuestro país y de otros países en el mundo y además, se debe revisar su fecha de expiración.

Existen diferentes tipos de SRI según la edad del niño/a, y se encuentran clasificados en distintos grupos. Es importante asesorar a las familias con respecto a esto ya que deberán tenerlo al momento de dejar la maternidad. El grupo que corresponde a bebés recién nacidos es el 0 ó 0+, también llamado “huevo” que debe colocarse siempre en el asiento trasero en el sentido contrario a la marcha, siguiendo estrictamente las instrucciones de cada modelo².

También es importante conversar sobre las diferentes modalidades de transporte del bebé (porteo) como mochilas, bandoleras, arneses, fulares. Y advertir a las familias sobre los riesgos que presentan estas formas de cargar al bebé como la compresión de la nariz y boca del bebé contra el cuerpo del adulto o la tela del dispositivo, postura en flexión de la cabeza que obstruye la entrada de aire. Estos son contraindicados sobre todo en niños menores de 4 meses de edad ó con mayor riesgo de SMSL³.

Prácticas religiosas y/o culturales: Durante esta primera entrevista podrían surgir dudas con respecto a ciertas prácticas como la circuncisión del recién nacido género masculino, esta puede ser elegida por la familia por tradición histórico-religiosa o cuestiones sanitarias (podría prevenir infecciones de transmisión sexual como el HIV). También la colocación de aros en ambos lóbulos auriculares en las recién nacidas

género femenino. Se sugiere que ambas prácticas sean realizadas en ámbitos hospitalarios una vez dado/a de alta el bebé de la maternidad⁴.

Bibliografía

1. Ministerio de Desarrollo Social Argentina. Indicadores de niñez y adolescencia. Mortalidad de 0 a 19 años. Argentina. 2021.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-mortalidad_de_0_a_19_anos-arg2019_25_abr_2022.pdf
2. Ministerio de Transporte Argentina. Seguridad Vial. Centro de Formación en Políticas y Gestión de la Seguridad Vial. 2020.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_modulo_5_educacion_vial.pdf
3. Jenik A, Grad E. La práctica del Porteo y sus peligros inadvertidos. Arch Argent Pediatr 2021;119(1):6-9.
4. Callabed J. Circuncisión no médica ¿Beneficio o tortura?. Anales de Pediatría Continuada 2010; 8 (2):108-111.

13. Frecuencia de los controles durante los primeros años de vida

Los controles de salud son necesarios para brindar cuidados integrales. Comienzan con una visita programada. Se realizarán controles de crecimiento y desarrollo, prevención y promoción de la salud, vigilancia, pesquisa y diagnóstico de enfermedades emergentes, así como desafíos y vulnerabilidades¹.

Se recomienda realizar el primer control pre alta, seguido por el 2° control a las 48-72 hs del alta (4-5 días de vida), 3° control 7-14 días de vida, 4° control al mes de vida. En total se sugieren 4 controles en el primer mes de vida siendo el primero el que se realiza para otorgar el alta institucional, evitando dar altas precoces, detectar situaciones de riesgo².

A partir del primer mes hasta los 12 meses los controles serán mensuales, y luego del año, entre 1 año a 2 años trimestrales, 2 a 4 años cuatrimestrales, 4 a 5 años semestrales, 5 años a pubertad anual.

Se sugiere favorecer el apego madre-hijo, fortalecer factores protectores como la lactancia materna, lectura de cuentos, reducir el tiempo de exposición a las pantallas, promover el juego, facilitar la progresiva autonomía, promover habilidades de crianza en los cuidadores, recomendar el acceso del niño a la educación preescolar y escolar.

Bibliografía:

1. Comité de Crecimiento y Desarrollo. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Arch Argent Pediatr* 2017;115 Supl 3:s53-s62.
2. MSAL. Actualización del cronograma de controles en salud para niñas y niños desde el nacimiento hasta la pubertad. 2023. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_actualizacion-del-cronograma-de-controles-en-salud-para-ninas-y-ninos-desde-el-nacimiento-hasta-la-pubertad--349.pdf

Conclusión

El momento del nacimiento de un bebé, es trascendental y de enorme sensibilidad para los padres y/o para quienes brindarán su cuidado primario. El acompañamiento de las familias por parte del personal de salud en los momentos previos al nacimiento y durante el mismo promueve la comunicación fluida entre ambos, orienta y aclara las dudas y temores. A partir de recomendaciones basadas en las últimas evidencias científicas, la consulta prenatal brinda herramientas, no sólo para la prevención de enfermedades, sino también para facilitar el vínculo amoroso entre el bebé y sus cuidadores primarios. A través de la consulta prenatal se podrán adoptar medidas de promoción de la salud y cuidados saludables, acciones preventivas, la detección oportuna de riesgos, se reducirán complicaciones y se acortarán brechas de desigualdad en salud.

Esta primera consulta favorecerá un mejor comienzo, que sin dudas impactará en la trayectoria de vida de ese futuro recién nacido, en los diferentes ciclos de su vida.