

Consenso

La primera hora de vida



días

cuidar para
transformar

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Bellone

Directora de Salud Perinatal y Niñez

Juliana Finkelstein

Se agradece la contribución técnica y financiera de UNICEF Argentina para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella no representan necesariamente los de UNICEF.

Destinatarios/as/es:

Este documento está dirigido especialmente, aunque no en forma exclusiva, a los integrantes de los equipos de Salud Perinatal:

- Pediatras, neonatólogos/as, obstetras, licenciadas/os en obstetricia, anestesiólogos/as, médicos/as generalistas y de familia, enfermeros y enfermeras.
- Actores de la gestión de servicios perinatales: directoras/es de hospitales, clínicas y sanatorios, jefas/es de servicios perinatales: jefas/es de obstetricia, de Tocoginecología, de Neonatología, de Pediatría.
- Agentes sanitarios y referentes locales.

–Este documento fue elaborado en un lenguaje claro, accesible y no sexista–

Consenso

La primera hora de vida

Participantes

Elaboración de contenidos

Constanza Soto Conti

Coordinación general

María Cristina Cipolla

Revisión externa

Unicef

Fundasamín

Fotografías

Marta López y Daniela Ventura

Revisión interna

Dirección de Salud Perinatal y Niñez:

Marcela Arimany, Ignacio Asprea, Aldana Ávila, Silvana Bermúdez, María Julia Cuetos, Ricardo Nieto, Carolina Nigri, Valeria Peralta, Josefina Pino, Ana Quiroga,

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Dirección de Géneros y Diversidad

Edición

María del Carmen Mosteiro

Consenso de expertas y expertos

Claudia Fabiana Aguirre, Guadalupe Alborno, Norma Anzani, Carola Capelli, Guillermina Chattás, Roxana Conti, Lucrecia Fiurli, Dévora Flores Sahagún, María Florencia Francisconi, Mirta Garategaray, Betina Gigena, Silvana Giorgio, Haydeé Herbes, Cintia Jacobi, Miguel Larguía, Nadia Lunge, Sandra Machado, Paula Martínez, Silvia Marzo, Maximiliano Medina Alarcón, Romina Molina, Lina D. Paileman, Ana Pedraza, Liliana Ramírez, Mónica Rinaldi, Gladys Saá, Verónica Sabio Paz, Lucrecia M. R. Fotia Perniciaro, Ana Alejandra Seimande, Silvia Graciela Zalazar, Verónica Zapata.

Provincias

Direcciones de Salud Perinatal y Niñez o de Maternidad e Infancia de las provincias de:

Buenos Aires

Chubut

Córdoba

Entre Ríos

Jujuy

La Pampa

La Rioja

Mendoza

Misiones

Neuquén

Río Negro

Salta

San Juan

Santa Fe

San Luis

Santiago del Estero

Instituciones

Federación Argentina de Enfermería

Federación Obstétricas de la República Argentina (FORA)

Matronas Fundación Neonatológica (FUN)

Fundasamín

Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante; Comité de lactancia; Comité de Pediatría Social; Área de Trabajo de Reanimación Neonatal; Comité de Estudios Feto Neonatales; Subcomisión de Calidad y Seguridad del Paciente.

Agradecemos la valiosa colaboración de las y los directores de Maternidad e Infancia/ Salud Perinatal de las provincias argentinas, así como el impulso inspirador de la Dra. Gabriela Bauer, ex Directora de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación, sin los cuales este documento no hubiera podido nacer.

Contenido

Presentación.....	3
Conceptos fundamentales	5
Introducción.....	6
Propósito y objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	7
Alcance.....	7
1. Antecedentes históricos y fundamentos legales.....	9
1.1. Una lectura histórica	9
1.2. Perspectiva de derechos y precedentes de política sanitaria	10
2. Fundamentos biológicos	13
2.1. Beneficios del CoPaP inmediato, directo, continuo e ininterrumpido (35)	13
2.2. Hábitat natural y entorno adecuado para la continuidad del desarrollo.....	13
2.3. Influencia hormonal de los eventos en la Primera Hora de Vida.....	15
2.3.1. Cuando el entorno es el adecuado	15
2.3.2. Cuando el entorno no es el adecuado	17
2.4. Actividad que la especie humana desarrolla en su Primera Hora de Vida cuando el hábitat es el CoPaP..	18
3. Prácticas del equipo de salud durante la Primera Hora de Vida.....	21
3.1. Acciones sensibles al tiempo	22
3.1.1. Ligadura oportuna del cordón umbilical.....	22
3.1.2. Contacto piel a piel	22
3.2. Acciones no sensibles al tiempo.....	24
3.2.1. Favorecer un ambiente propicio	25
3.2.2. Cuidados de la termorregulación de la persona recién nacida	25
3.2.3. Características del ambiente receptor	26
3.2.4. Anticipación del nacimiento para la seguridad de las personas recién nacidas	26
3.2.5. Información a las familias que ingresan al Centro Obstétrico	26
3.3. Garantizar la estabilidad clínica de la persona recién nacida	27
3.3.1. Monitoreo de la Primera Hora de Vida en el Centro Obstétrico.....	27
3.3.2. Monitoreo estandarizado. Pesquisa del CSIP.	28
3.3.3. Designación de un integrante del equipo de salud para el monitoreo de la persona recién nacida durante su Primera Hora de Vida posnatal	30
3.3.4. El papel del acompañante.....	31
3.4. Contraindicaciones del CoPaP en la Primera Hora de Vida	32
4. Información para las familias	34
Conclusiones.....	37
Trabajos citados.....	39
ANEXO 1 Hormonas involucradas en el proceso del nacimiento	44
ANEXO 2 Actividad motora en CoPaP.....	46
ANEXO 3 Imágenes ilustrativas de las nueve etapas de Windström	48

Presentación

Todo nacimiento es un evento personal, único e íntimo en la vida de las personas, que involucra no solo a la persona que está naciendo sino a todo su entorno, su familia, su comunidad.

En la mayoría de los casos es un evento esperado, lleno de expectativas, magia, amor y también de dudas, ansiedades, miedos...

Atravesar los cambios entre la vida intrauterina a la vida extrauterina implica un sinfín de desafíos y riesgos que requieren el mayor de los respetos, el mejor de los cuidados y los más altos estándares de calidad y seguridad en la atención.

La primera hora de vida concentra los mayores riesgos y es, al mismo tiempo, una oportunidad única para fortalecer las posibilidades de desarrollo para la persona recién nacida, así como para su entorno familiar.

Garantizar el respeto de esta “hora de oro” es garantizar equidad desde el inicio de la vida. Cada gestación y cada nacimiento transcurren en condiciones desiguales –biológicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales. Al llegar este momento, el equipo de salud tiene una oportunidad única, durante esa primera hora, para reducir esas brechas a partir de un cuidado amoroso, integral, respetuoso y empático del proceso que las familias atraviesan.

Los servicios de salud deben incorporar estas prácticas que devuelven al centro de la escena a la persona gestante, a la persona recién nacida y a su acompañante.

Desde mediados del siglo XX, la institucionalización del parto ha sido en todos los países del mundo, la medida de salud pública con mayor impacto para lograr la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal. Las técnicas de asepsia, el desarrollo de la ginecología, la obstetricia y la neonatología, la incorporación de tecnología médica, la posibilidad de realizar una cesárea y, en general, la disponibilidad de procedimientos adecuados y seguros, traen aparejada la responsabilidad de respetar el protagonismo de la persona que está naciendo en el seno de su familia.

En Argentina, más del 99% de los nacimientos ocurren en instituciones de salud. Esta ventaja nos obliga entonces a redoblar los esfuerzos para alcanzar los más altos resultados en la atención de la salud perinatal. Esto implica garantizar el control temprano, oportuno y adecuado del embarazo, la conformación y el fortalecimiento de la Regionalización de la Atención Perinatal, la atención del parto en maternidades seguras y del nivel de complejidad que corresponda según el riesgo.

Desde hace décadas, la Organización Mundial de la Salud ha establecido los requisitos mínimos con los que deben contar las maternidades, denominados “condiciones obstétricas y neonatales esenciales” (CONE). Estas condiciones deben estar garantizadas en todo establecimiento de salud que asista partos en nuestro país, tanto en el subsector público como en el privado.

La Regionalización Perinatal, impulsada por el Ministerio de Salud de la Nación desde hace más de quince años, organiza los servicios para que las mujeres y otras personas gestantes y las personas recién nacidas sean atendidas en establecimientos provistos con la experiencia y la tecnología requeridas para asegurar que cada nacimiento se produzca en el lugar adecuado según sus necesidades de atención.

Esta política requiere de la coordinación de los establecimientos de salud sobre la base de acuerdos institucionales y entre los equipos profesionales, para optimizar los recursos disponibles, las tecnologías y los procedimientos, con el fin de mejorar la calidad de la atención y reducir las brechas e inequidades en cuanto a los resultados de salud en los distintos puntos de nuestro país.

Las Naciones Unidas, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), proponen una Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) centrada en tres objetivos integrales: 1) Sobrevivir: poner fin a las muertes evitables, 2) Prosperar: lograr la salud y el bienestar y 3) Transformar: ampliar los entornos propicios para una vida digna.

La Ley 27.611/2021, conocida como la «Ley 1000 días», refuerza la necesidad de la atención y el cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia, señalando que constituyen momentos críticos para el desarrollo de las personas y considerando que durante ese período ocurren la mayor aceleración de crecimiento y la más intensa adquisición de funciones progresivas e integradas en las personas. En el detalle de sus artículos, la ley señala la responsabilidad de Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación y su papel central en la aprobación de guías y protocolos sobre el cuidado de la salud integral, desarrollo y vínculos tempranos, así como en la definición de los servicios de salud, estableciendo el alcance de las redes de atención que deberán garantizar el acceso al cuidado integral y la atención especializada en los casos que sea necesario.

Dentro de este marco conceptual e institucional y en la búsqueda de garantizar el acceso a un nacimiento asistido en las condiciones óptimas, se inscribe este documento para la atención de la Primera Hora de Vida, que el Ministerio de Salud, con el apoyo técnico y financiero de UNICEF y el consenso de las jurisdicciones argentinas, las organizaciones científicas y los expertos nacionales en el tema, pone a disposición de todas las maternidades del país.

En la Primera hora de vida entran en juego muchas dimensiones que es preciso comprender para poder acompañar sin interferir, cuidar sin dañar, siempre reconociendo el papel protagónico de la familia y el rol de acompañamiento y cuidados de equipo de salud aprendiendo que, de alguna manera, las personas que están naciendo y las personas gestantes ya saben lo que tienen que hacer y a veces lo mejor es observar, acompañar, explicar, contener y no interferir.

Igual importancia cobra garantizar el cuidado minucioso de los procesos que implican un riesgo para la salud, tanto de la persona puerpera como de la recién nacida. Es importante identificar las señales de alerta e implementar la respuesta adecuada.

Para acompañar este proceso, este consenso para la Primera Hora de Vida se propone contribuir a la mejora de la calidad en la recepción de los nacimientos, estableciendo el ambiente propicio y seguro para la adaptación inicial de las personas recién nacidas a su entorno de nacimiento, para el inicio de la lactancia, la continuidad de su desarrollo y asegurando el Contacto Piel a Piel (CoPaP), a fin de potenciar los beneficios en términos vinculares, nutricionales, inmunológicos, del desarrollo, económicos y ambientales. Se promueve así el respeto por el cuidado de este momento sensible.

Con el deseo de que esta estrategia se consolide y enriquezca con las experiencias institucionales, locales, individuales y colectivas, transformando los modelos de atención, recuperando la centralidad de las familias y el rol de los equipos de salud, acompañando estos procesos con vocación, entrega y compromiso, les proponemos este consenso sobre la Primera Hora de Vida.



Dra. Juliana Finkelstein
Directora de Salud Perinatal y Niñez

Conceptos fundamentales

Primera Hora de Vida	Período (en promedio, de una hora de duración) durante cuyo transcurso se produce la adaptación de la persona recién nacida al medio extrauterino y se inicia el establecimiento de la lactancia.
Contacto Piel a Piel (CoPaP)	<p>Consiste en la colocación de la persona recién nacida, inmediatamente después del nacimiento, en posición de decúbito ventral, en contacto directo piel con piel, sobre el abdomen o el pecho desnudo de la persona puerpera y en situación longitudinal con respecto a ella.</p> <p>La espalda de la persona recién nacida se cubre con una compresa tibia que deja libre la cabeza. Al mantener esta posición, en promedio, una hora luego del nacimiento, la persona recién nacida se encuentra en la situación apropiada para iniciar la lactancia.</p>
Hábitat	Es el lugar o espacio que reúne las condiciones y características físicas y biológicas (temperatura, nutrición, oxigenación, protección) necesarias para la supervivencia y el desarrollo de una especie.
Ambiente	Es el conjunto de elementos o circunstancias que rodean un lugar o hábitat. A los componentes naturales del hábitat se suman, en el ambiente en el que está inmerso, las condiciones que son modificadas por acción de las personas.
Entorno	<p>Es el espacio físico que rodea al hábitat y lo complementa.</p> <p>A los fines del presente documento, <i>hábitat</i> hace referencia a la piel y el cuerpo de la persona puerpera; <i>entorno</i> al conjunto constituido por la persona puerpera y su acompañante; y <i>ambiente</i> a las características del espacio en el que ocurren los nacimientos</p>
Colapso súbito inesperado postnatal (CSIP)	Es un evento brusco, de descompensación cardiorrespiratoria, en una persona recién nacida aparentemente sana, durante los primeros 7 días de vida, que requiere una reanimación avanzada. Esta definición excluye a los niños y las niñas con una edad gestacional (EG) menor de 35 semanas o que presentan un puntaje de Apgar menor de 7, a los 5 minutos de vida.

Introducción

La Primera Hora de Vida es una etapa decisiva para el curso de vida de las personas. Está comprendida dentro de los primeros 1000 días, período durante el cual se asientan bases de la salud y el desarrollo de los niños y las niñas.

En efecto, la Primera Hora de Vida resulta clave para el inicio de la lactancia y el establecimiento del vínculo de apego entre los verdaderos protagonistas de cada nacimiento: quien nace y quienes constituyen el entorno que lo recibe. Incorporar una perspectiva de corresponsabilidad en las tareas de cuidado implica reconocer el protagonismo de quienes esperan y reciben a al niño o la niña que nace.

El nacimiento es un proceso que presenta múltiples y diversos aspectos: íntimos y sociales, emocionales y físicos, personales y culturales, que condicionan el desarrollo de la vida de las personas púerperas y la crianza de las personas recién nacidas.

Al nacer, los seres humanos buscan espontáneamente el contacto piel con piel, la proximidad, el olor, provocando así las sensaciones que les ayudarán a poner en marcha sus recursos para aprender a alimentarse, a vincularse y a vivir fuera del útero.

El concepto de **Primera Hora de Vida** alude al tiempo transcurrido entre el nacimiento y la finalización de la ingesta de calostro y que las personas recién nacidas alcanzan a completar, en promedio, en el plazo de una hora, si bien puede haber variaciones individuales.

En tanto momento fisiológico significativo, la práctica de la Primera Hora de Vida se constituye en una estrategia sanitaria asociada al Cuidado Integral de la Salud y a los ejes **sobrevivir-prosperar-transformar** como objetivos a alcanzar colectivamente.

El consenso acerca de las prácticas es una de las piedras fundamentales del compromiso de los equipos de salud con todas las niñas y niños desde que nacen. Implica un modelo de cuidado con enfoque de derechos, que prioriza la calidad del trato respetuoso de las personas recién nacidas en el período posnatal inmediato y que incluye etapas de sensibilización, difusión y capacitación de los proveedores de salud y de la población en general.

Desde el comienzo de la vida, el acceso a un sistema de cuidado de la salud Integral de calidad es un derecho. Y este acceso puede establecer una diferencia en el desarrollo y la vida futura de cada persona que nace. Una sociedad que facilita el mejor desarrollo de quienes la integran no solo beneficia a cada individuo, sino también a las comunidades a las que pertenece, favoreciendo las posibilidades de transformar realidades y prosperar para lograr un mundo mejor.

Propósito y objetivo general

El Ministerio de Salud de la Nación se ha propuesto consensuar las prácticas a realizar durante la Primera Hora de Vida como estrategia sanitaria, en el marco del Plan Mil Días, establecido por la Ley N°27.611/2021 (1).

El objetivo general de estas prácticas es contribuir a la mejora de la calidad en la recepción de los nacimientos, estableciendo el ambiente propicio y seguro para la adaptación inicial de las personas recién nacidas a su entorno de nacimiento, para el inicio de la lactancia y la continuidad de su desarrollo.

Con ese fin se procura asegurar los beneficios del Contacto Piel a Piel (CoPaP) y el inicio de la lactancia para las niñas y niños durante su Primera Hora de Vida en la sala de partos; promover el respeto por el cuidado de este

momento sensible –aun en la diversidad de circunstancias que pueden suscitarse– y fortalecer las decisiones clínicas e institucionales para llevarla adelante de manera segura, adaptando los recursos disponibles.

En este documento se aborda el contenido de los objetivos específicos en el marco de este período que, como se ha dicho, dura una hora en promedio y transcurre entre el momento del nacimiento y la finalización de la ingesta de calostro de las personas recién nacidas, exclusivamente en el ámbito donde ocurren los nacimientos: el Centro Obstétrico.

No se abordarán, en consecuencia, los aspectos relacionados con el cuidado y monitoreo del binomio a partir de su traslado a otros sectores de la institución.

Todo nacimiento, en su diversidad y con sus peculiaridades, debe ser asistido en un Centro que cuente con su propio protocolo específico para la práctica de la Primera Hora de Vida, que adopte y adapte las sugerencias de este consenso a su nivel de complejidad y las integre a otras normas (como, por ejemplo, las Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad) (2).

Objetivos específicos

- Informar acerca de los fundamentos biológicos que sustentan la práctica del CoPaP.
- Informar acerca de los beneficios del CoPaP y del inicio de la lactancia inmediatamente luego del nacimiento
- Destacar el marco legal que ampara el momento del nacimiento de las personas.
- Definir qué acciones inmediatas al nacimiento son prioritarias y cuáles pueden ser diferidas.
- Proponer una herramienta para documentar los eventos que ocurren durante la Primera Hora de Vida y el monitoreo del bienestar de las personas recién nacidas
- Presentar indicadores para el registro de las prácticas en la historia clínica.

Alcance

El presente consenso busca beneficiar inmediatamente luego del nacimiento a:

- todas las personas recién nacidas de término, sanas y vigorosas;
- todas las personas nacidas de parto prematuro y con cualquier otra condición especial en tanto presenten estabilidad clínica, con las respectivas consideraciones de acuerdo a las características propias de cada caso;
- todas las personas puérperas que no requieren atención especial y hayan manifestado el deseo de realizar CoPaP durante la primera hora posterior al nacimiento.;
- todas las personas acompañantes de las personas gestantes –luego puérperas– y de las personas recién nacidas durante el proceso de nacimiento.

Este documento está dirigido especialmente, aunque no en forma exclusiva, a los integrantes de los equipos de Salud Perinatal:

- pediatras, neonatólogos/as, obstetras, licenciadas/os en obstetricia, anesthesiólogos/as, médicos/as generalistas y de familia, enfermeros y enfermeras;
- actores de la gestión de servicios perinatales: directoras/es de hospitales, clínicas y sanatorios, jefas/es de servicios perinatales: jefas/es de obstetricia, de Tocoginecología, de Neonatología, de Pediatría;
- agentes sanitarios y referentes locales.

1. Antecedentes históricos y fundamentos legales

1.1. Una lectura histórica

Hasta el siglo XIX, el nacimiento de una persona constituía un evento limitado al entorno familiar y a la comunidad. Tenía lugar en los hogares, a menudo con la asistencia de mujeres entrenadas y el acompañamiento de las redes afectivas y familiares de la persona gestante.

Con el transcurso del tiempo y en virtud de la evolución científica y tecnológica que permite la atención de las complicaciones posibles, el nacimiento, en tanto acontecimiento, ha sufrido transformaciones en las prácticas y sentidos (3).

Entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, el parto comenzó a institucionalizarse con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales. Esto implicó el ingreso de las personas gestantes y de personas recién nacidas a hospitales organizados en torno al concepto de “persona enferma”. El parto se transformó así en un “acontecimiento médico” (4).

La rutina de separación entre la persona recién nacida y quien la gestó es una práctica propia del siglo XX (5). La introducción masiva de los sucedáneos de la leche humana en el mercado aportó practicidad a esta separación en detrimento de la lactancia (6).

A lo largo de la evolución de la especie humana, la supervivencia neonatal dependió ancestralmente del contacto íntimo, cercano y continuado. El CoPaP es la norma biológica para los mamíferos cuando nacen. No obstante, para muchas sociedades, la separación del binomio madre-hijo/hija poco después del nacimiento se ha convertido en una práctica habitual (7).

En el año 2018, la Organización Mundial de Salud (OMS) y UNICEF incorporaron al 4° de los «Diez pasos para el establecimiento de una lactancia exitosa», la recomendación de facilitar, inmediatamente luego del nacimiento, el CoPaP madre-hijo/hija ininterrumpido para favorecer el inicio de la lactancia (8).

Según informa UNICEF, en el año 2015 sólo el 45% de los 140 millones de personas recién nacidas vivas en el mundo experimentaron el inicio de la lactancia durante la Primera Hora de Vida. En 77 millones de nacimientos el inicio del amamantamiento fue demorado (9). A nivel global, más de la mitad de las personas no pudieron permanecer el tiempo suficiente en el hábitat y el entorno postnatal adecuados para ingerir tempranamente el calostro e iniciar la lactancia.

Algunas barreras que dificultan el CoPaP inmediato y el inicio temprano de la lactancia durante la primera hora de vida son: el nacimiento por cesárea, el bajo nivel de ingresos económicos, el difícil acceso al sistema de salud, la falta de control prenatal, y la prematurez (10).

Es necesario que cada Institución analice sus fortalezas y debilidades para la implementación del CoPaP y lo protocolice, a fin de que se convierta en una realidad para todas las niñas y niños.

Por lo tanto, a la luz de los conocimientos actuales acerca de:

- la fisiología hormonal de los humanos,
- la actividad motora que desarrollan inmediatamente luego de nacer para iniciar el amamantamiento,
- los efectos que genera el CoPaP inmediato, continuo e ininterrumpido entre la persona puerpera y su bebé inmediatamente después del nacimiento,

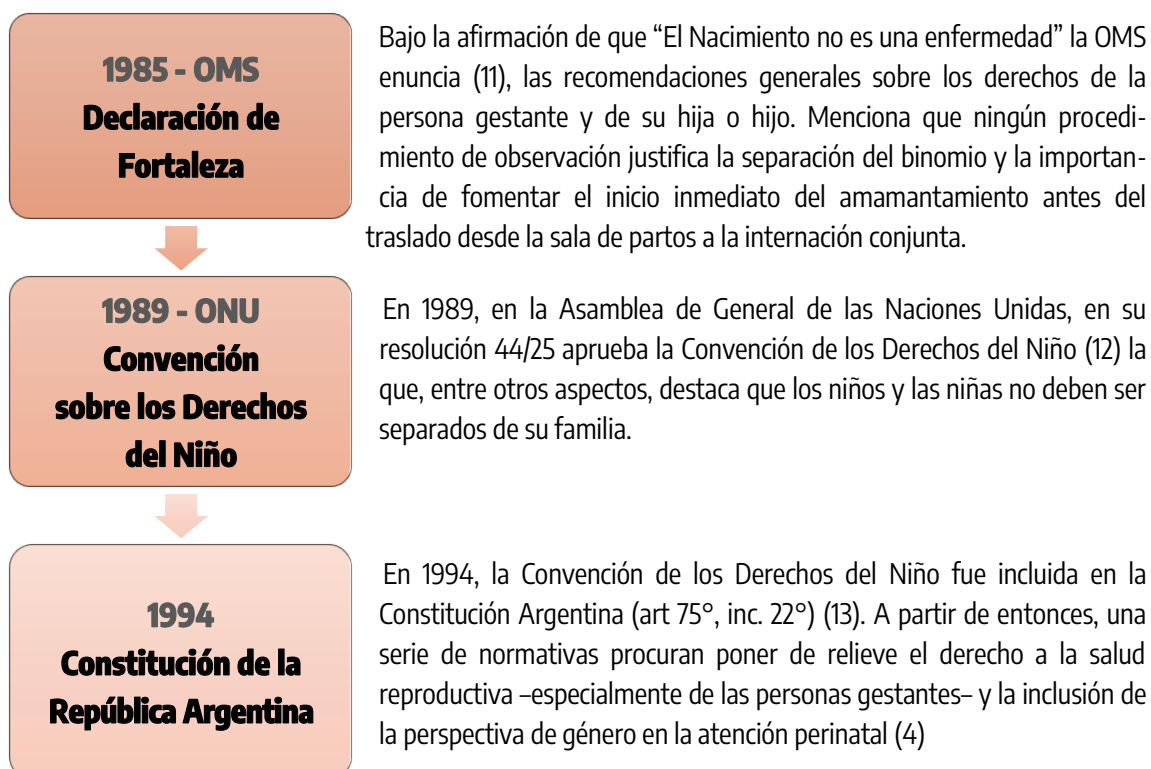
afirmamos que:

Quienes asisten este momento trascendente en la vida de las personas son convocados a trabajar en conjunto para su implementación, adaptando, con equidad, todos los recursos disponibles para su logro, en el contexto del nivel de complejidad de cada institución.

1.2. Perspectiva de derechos y precedentes de política sanitaria

El derecho de las personas recién nacidas al acceso a la transición extrauterina en su primera hora de vida en condiciones de CoPaP directo, continuo e ininterrumpido está amparado por un marco de recomendaciones, leyes y normativas:

1.2.1 Marco legal internacional



Desde 2016 la lactancia es reconocida como un Derecho Humano tanto de quienes amamantan como de las personas amamantadas (14).

1.2.2 Legislación nacional

1995 <u>Ley N° 24.540</u>	<p>Régimen de identificación de recién nacidos. Destaca la importancia de la identificación antes de la ligadura del cordón umbilical. Cada provincia cuenta su propio marco normativo con respecto al método para la identificación (15).</p>
2003 <u>Res. N° 348</u> <u>SALUD</u>	<p>Aprueba las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Normatiza la disponibilidad de recursos humanos de acuerdo a los niveles de complejidad –entre otras características– de las que deben disponer los servicios que atienden nacimientos (16).</p>
2003 <u>Res. N° 647</u> <u>SALUD</u>	<p>Aprueba la Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia y la incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (17).</p>
2004 <u>Ley N° 25.929</u>	<p>Protección del embarazo y del recién nacido. Establece los derechos de toda mujer en relación con la gestación, el trabajo de parto y el postparto, y el derecho de toda persona recién nacida (18).</p>
2005 <u>Ley N° 26.061</u>	<p>Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes (19). Sentó las bases para el diseño de sistemas integrados de protección y promoción que, de manera federal, garanticen y promuevan los derechos de niños, niñas y adolescentes.</p>
2009 <u>Ley N° 26.529</u>	<p>Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (20). Enmarca los derechos acerca de la asistencia sin discriminación, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, la información sanitaria.</p>
2013 <u>Ley N° 26.873</u>	<p>Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública (21). En su artículo 4° dispone: “Promover la adhesión de los hospitales y centros de atención primaria de salud al programa «Hospital Amigo de la Madre y el Niño» (hoy «Hospital Amigo de la Lactancia»), propuesto por la OMS y UNICEF, cuyo objetivo es proteger, promover y apoyar la lactancia natural. Y en el Paso 4 recomienda: “Favorecer el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido entre el recién nacido y la madre, y ayudar a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible tras el parto” (22) (23) (8).</p>
2014 <u>Res. N° 495</u> <u>SALUD</u>	<p>Categoriza a los servicios según nivel de resolución. Define qué instituciones atienden nacimientos (24).</p>

2015 <u>Decreto</u> <u>N° 2035</u>	Reglamentación de la Ley N° 25.929/2004 (25). Destaca un claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el/la recién nacido/a, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo.
2019 <u>Res. N° 670</u> <u>SALUD</u>	Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) (26). Aprueba los requisitos esenciales para el funcionamiento todos los establecimientos de salud de nivel II y III, públicos o privados donde se atienden partos.
2021 <u>Res. N° 736</u> <u>SALUD</u>	Procedimientos Hospital Amigo de la Lactancia (27). Establece las condiciones, requisitos y procedimientos para la certificación como Hospital Amigo de la Lactancia.
2021 <u>Ley N° 27.611</u>	Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia (28). Dispone fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia. En el marco de esta ley se inscribe el derecho a transcurrir la primera hora de vida en el hábitat esperado por las personas recién nacidas, para su transición al medio extrauterino y el acceso a todos sus beneficios.

La política de atención de los nacimientos en las instituciones donde estos ocurren debe contemplar el marco legal y amparar los derechos que éste establece. Los equipos perinatales, con sus prácticas acordes a la política de la institución en la que se desempeñan, deben velar por tales derechos. Disponer de un protocolo local de implementación del CoPaP en la Primera Hora de Vida facilita la tarea de los equipos.

2. Fundamentos biológicos

El tiempo comprendido entre la concepción y los primeros años de vida constituye una ventana de oportunidades, un período sensible conocido como “los 1000 días” (29) (30) (31). El nacimiento es uno de los procesos críticos y complejos que ocurren durante esta ventana de tiempo. Hacia el final de la gestación se desencadena una cascada hormonal, tanto en la persona gestante como en el feto. Los efectos hormonales convierten este momento en un período sensible a los estímulos, sean éstos beneficiosos o negativos.

Si luego de su nacimiento la persona recién nacida es colocada en CoPaP con la persona puérpera, desarrollará un patrón de actividad motora, impulsada por los efectos hormonales, cuya finalidad es iniciar la lactancia en un lapso de aproximadamente una hora. Esto, junto a otros múltiples beneficios, tiene impacto sobre su vida futura, en particular en el sistema nervioso central, donde las experiencias son almacenadas (32) (33) (34).

2.1. Beneficios del CoPaP inmediato, directo, continuo e ininterrumpido (35)

- Posibilita el inicio de la lactancia en la primera hora de vida, que aumenta las probabilidades de amamantamiento exitoso y prolongado.
- Empodera a la persona puérpera con confianza en sí misma para sostener el amamantamiento y la crianza.
- Brinda a la persona recién nacida la oportunidad de almacenar la experiencia de ser protagonista del logro de iniciar la lactancia por sí misma.
- Reduce en el binomio el estrés luego del nacimiento.
- Facilita la posibilidad del establecimiento de circuitos hormonales (oxitocina/dopamina) y neuronales (amígdala-lóbulo prefrontal), los que permiten desarrollar la capacidad de mantener un funcionamiento emocional saludable
- Estimula el apego seguro.
- Potencia en las personas puérperas los comportamientos de cuidado hacia su bebé, lo que puede redundar en la disminución del maltrato, del abandono y de la violencia.

2.2. Hábitat natural y entorno adecuado para la continuidad del desarrollo

En la especie humana, el desarrollo se produce de manera continuada desde la gestación hacia la vida extrauterina, durante la cual prosigue sin pausas.

En los mamíferos, el hábitat para el desarrollo es aquel que provee calidez, alimento y protección. Durante la gestación el hábitat natural es el útero. Luego del nacimiento, **el hábitat natural inmediato es la piel del cuerpo en el que ocurrió la gestación**, que a su vez está comprendido en una dimensión mayor: **el entorno** (6) (7).

La persona puérpera y su acompañante materializan **el entorno adecuado** que recibe a la persona recién nacida.

El equipo de salud es el que acoge a la familia, al propiciar con empatía un **ambiente propicio**, cuidado, adaptado a las necesidades de la persona que nace la cual, hacia el término de la gestación, tiene los cinco sentidos desarrollados (7) (34).

Las siguientes son características de un **ambiente de bienvenida** al mundo extrauterino:

- la mínima luz necesaria, para no agredir la retina;
- silencio respetuoso, para que el oído perciba la voz y el sonido del corazón, ya conocidos;
- la temperatura ambiental adecuada para evitar los efectos que genera en el cuerpo húmedo la brusca diferencia entre el medio intrauterino y el extrauterino;
- manipulación suave para favorecer la adaptación a un medio completamente diferente;
- el tiempo necesario para que el olfato oriente la ruta hacia la recompensa final: el calostro.

Desde la perspectiva de las sensaciones de la persona recién nacida, luego del *hábitat uterino*, el *hábitat esperado* por los humanos al nacer es aquel capaz de ofrecerle un retorno a las sensaciones conocidas el cual, a su vez, se encuentra inmerso en un **entorno acogedor y familiar**.

Al nacer, la piel de la persona puerpera es, para su bebé, el *hábitat* biológicamente adecuado la continuidad del desarrollo y la transición al medio extrauterino porque:

- **Favorece el sostén de la temperatura.** Langercrantz (36) estudió el estrés en las personas recién nacidas. Sus resultados demostraron que el nivel de catecolaminas de las personas al nacer (momento en que se produce un brusco cambio de temperatura y comienza la evaporación del líquido amniótico) es superior al de un adulto que pasa de una inmersión en agua caliente a una en agua helada (37). Una persona recién nacida desnuda, en un ambiente con 23°C de temperatura, sufre la misma pérdida de calor que un adulto desnudo a 0°C (38). Cuando una persona recién nacida tiene la piel seca, el ambiente está a la temperatura adecuada y no hay corrientes de aire, el contacto directo entre los cuerpos del binomio genera, por el principio físico de conducción, la homogeneización de la temperatura entre ambos. Por acción de las hormonas aumenta la circulación sanguínea y la temperatura en el pecho de la persona puerpera (35).
- **Estabiliza los niveles de glucemia.** El CoPaP aumenta la disponibilidad de glucosa y reduce su consumo, al reducir el estrés generado por el nacimiento y mantener la termorregulación de la persona recién nacida (39) (40).
- **Favorece la constitución de un microbioma saludable.** El conjunto de bacterias que habitan el organismo y los genes de éstas, constituyen el microbioma. El microbioma más favorable para la salud en la especie humana se adquiere a través del pasaje por el canal parto y, luego, en el contacto con la piel de la gestante, al succionar el pezón e ingerir el calostro, aunque también podría tener sus orígenes durante la gestación. El microbioma se relaciona con diferentes aspectos de la salud a lo largo de la vida, relacionados a la inmunidad y con las enfermedades crónicas no transmisibles (27).
- **Favorece la selección de la expresión de los genes.** El conjunto de genes heredados es sensible a los estímulos del medio ambiente que, según describe la epigenética, selecciona su expresión o su supresión. Cuando existe la posibilidad de iniciar el desarrollo en el hábitat natural y el entorno adecuado, pueden ser expresados genes relacionados a conductas y capacidad de

adaptación diferentes de los que pueden ser seleccionados en entornos adversos si se produjo una separación (41) (42).

Cuando el hábitat y el entorno son los adecuados para la continuidad del desarrollo, facilitan el establecimiento de procesos hormonales y neuronales, así como el establecimiento de procesos emocionales y afectivos clave para la vida. Además, favorecen el patrón de actividades instintivas que se despliegan en el transcurso de la Primera Hora de Vida para iniciar la lactancia. Es por ello que resulta necesario generar un ambiente propicio, que acompañe el inicio de la vida y la adaptación a ésta, y que estimule la continuidad del hábitat natural y la recepción en el entorno adecuado.

2.3. Influencia hormonal de los eventos en la Primera Hora de Vida

La resiliencia o resistencia al estrés es la capacidad para mantener un funcionamiento emocional saludable luego de experiencias estresantes. Las personas recién nacidas necesitan desarrollar resiliencia al enfrentar el ambiente extrauterino. Para el logro de la resiliencia resulta clave la homeostasis hormonal (principalmente como resultado de la acción de la oxitocina y la dopamina).

El estrés del nacimiento requiere de la compensación inmediata y continua que el CoPaP le brinda para su regulación. Es muy importante que el circuito oxitocina-dopamina prevalezca sobre el de la respuesta hormonal al estrés (cortisol).

2.3.1. Cuando el entorno es el adecuado

Tal como se ha expuesto más arriba, luego del nacimiento tanto la persona puerpera como la persona recién nacida viven un momento especial y único, un período sensible (23), biológicamente predeterminado y estimulado por la cascada hormonal que se activa con el inicio del trabajo de parto (6) (7).

Con el inicio de las contracciones la placenta, el cordón umbilical, la cabeza y el cuerpo del feto deben soportar intensas compresiones durante varias horas. Finalmente el feto es empujado a través del estrecho canal de parto, desde la calidez, la oscuridad y la ingravidez del útero gestante que le daba contención, hacia el ambiente extrauterino –frío, súbitamente luminoso y ruidoso– en el que repentinamente aparecen la gravedad y la ausencia de las paredes uterinas que, con sus límites, proveían la sensación de completitud (43).

Esta situación estimula en el feto la descarga de un pico de catecolaminas. En este momento –y también más tarde en la vida– estas hormonas, secretadas ante situaciones de peligro, son necesarias para la homeostasis y para la preparación de las conductas de huida o defensa. El nivel de catecolaminas circulante en las personas recién nacidas es aproximadamente 20 veces superior al de un adulto en reposo (36).

En el proceso de nacer, el pico de catecolaminas será muy beneficioso para la adaptación a los cambios. Si el ambiente en el que continúa el desarrollo luego de nacer es el adecuado, el estrés generado en el trabajo de parto y el nacimiento será de menor magnitud y de menor duración y habrá facilitado la transición fisiológica, la secreción de hormonas que neutralizan los efectos de las catecolaminas, la activación de circuitos neuronales y el inicio del apego del binomio (6).

Las catecolaminas facilitan la eliminación del líquido intrapulmonar, la elevación de los niveles de glucemia y de la presión arterial, así como la estimulación un centro neuronal llamado *locus caeruleus*, relacionado más tarde en la vida con la adaptación al despertar, la activación de la memoria y la capacidad de aprendizaje. Por otra parte, el elevado nivel de catecolaminas disminuye la sensibilidad al dolor, efecto que podría

facilitar el período de relajación luego del llanto inmediato, si al nacer es facilitado el CoPaP de la puérpera con su hijo o hija (44).

Las catecolaminas activan el bulbo olfatorio y refuerzan en la memoria esta percepción (45) (46). Durante la gestación aumenta la superficie de la areola mamaria y la secreción de las glándulas de Montgomery. El olfato orienta la dirección que el niño o la niña debe seguir para alcanzar el pecho materno cuando está en CoPaP (47). Asimismo, la persona puérpera siente atracción por el olor de su hijo o hija; se genera así una comunicación química o relación biológica temprana dentro del binomio (48) (49).

Esto destaca la importancia de que la puérpera tenga acceso a la cabeza desnuda de la persona recién nacida.

Si el entorno es el adecuado, la adaptación a los cambios ocurrirá de manera gradual y dará lugar a los efectos de hormonas que regulan el estrés.

El nivel de *oxitocina* se eleva en la persona gestante cuando comienza el trabajo de parto; favorece las contracciones uterinas durante el mismo y sus efectos neuromoduladores están relacionados con comportamientos sociales, sentimentales, sexuales e incluso con la conducta parental. Es la hormona que los seres humanos segregan en los momentos de placer y felicidad.

El/la acompañante de la persona gestante y la persona recién nacida también presentan elevados niveles sanguíneos de oxitocina durante el trabajo de parto.

Esto tendrá, en la persona puérpera, múltiples efectos beneficiosos: contrae el útero, disminuye el sangrado postparto, facilita el desprendimiento de la placenta, produce relajación y disminución del estrés. Junto a la *prolactina*, activa la eyección de calostro y leche (7) (9). La elevación de la oxitocina se potencia con la succión, la vocalización y la estimulación táctil por el contacto con el bebé. Esta hormona favorece el establecimiento del vínculo del binomio, facilita en la persona gestante la decodificación de las señales que le envía su hijo o hija y estimula la sensación de bienestar.

En la persona recién nacida, los efectos de la oxitocina balancean el de las catecolaminas, neutralizan el estrés generado por el nacimiento y las sensaciones nuevas, y favorecen la conexión social y emocional (7) (9).

Se inicia así un círculo virtuoso de apego entre quienes conforman el binomio, y más aún, entre quienes integran la familia completa (6) (47).

La dopamina y las endorfinas actúan sobre la sustancia gris periacueductal. Ambas se relacionan no sólo con el control de los estímulos dolorosos sino también con la sensación de placer.

La dopamina genera el estímulo del deseo, que se manifestará a través del olfato para alcanzar el pecho y obtener el calostro (43). En el transcurso de la vida la dopamina se relaciona con las ganas de vivir, con la formación y el mantenimiento de comportamientos habituales, con la diversión, con los comportamientos sexuales y reproductivos, con los impulsos, con las adicciones y el deseo de recompensa.

En este período sensible se establecen conexiones neuronales trascendentales. Los órganos de los sentidos captan los cambios abruptos que suceden luego de atravesar el canal de parto; envían las señales a la corteza cerebral pero también (de manera directa y sin pasar por la corteza) al tálamo y desde éste a la amígdala. Esta última es una formación ubicada profundamente en el sistema nervioso central; integra el sistema límbico, es clave en el procesamiento de las emociones y en el almacenamiento de recuerdos, y es capaz de desencadenar respuestas del sistema nervioso autónomo de acuerdo a los estímulos que recibe (6).

Las señales continúan su trayecto desde la amígdala hacia la corteza prefrontal que, en definitiva, es la que dará respuesta a los estímulos recibidos. El área prefrontal se relaciona con la memoria, las funciones ejecutivas, las emociones, las capacidades de planificación, de flexibilidad, de inhibición de conductas (50).

La amígdala y el lóbulo frontal tienen circuitos de alta circulación de oxitocina; captan los estímulos que genera el CoPaP y, al integrarlos, hacen posible la regulación de las emociones y las respuestas ante la sensación de amenaza ante lo desconocido (6).

Tal como se ha expuesto más arriba, **el CoPaP es el hábitat** y el principal componente del **entorno adecuado** en el que las personas recién nacidas, estimuladas por la cascada hormonal que las invade, pueden desplegar una actividad motora específica, que incluye nueve acciones cuyo único objetivo es alcanzar el pecho materno. El proceso, facilitado por la elevación de la oxitocina y el progresivo descenso de las catecolaminas, y por la dopamina que promueve el deseo estimulado por el olor del calostro, facilita el establecimiento de circuitos neuronales. Esos circuitos albergarán el recuerdo de la experiencia exitosa al alcanzar el calostro, recompensa obtenida luego del esfuerzo para llegar al pecho de su gestante (6) (7) (51).

Iniciar la lactancia en este entorno favorece su establecimiento exitoso y por períodos prolongados (7) (51) (47). Es fundamental evitar la separación del binomio para obtener estos logros. El establecimiento de todos estos procesos neuronales es necesario al inicio de la vida. Su disrupción o supresión mediante la separación puede tener efectos negativos significativos que podrían persistir durante el resto de la vida (52). (Ver Anexo 1)

2.3.2. Cuando el entorno no es el adecuado

Cuando el entorno no es el adecuado prevalecen en la cascada hormonal los efectos del cortisol por sobre los de la oxitocina y la dopamina. Los mayores niveles de cortisol en la circulación sanguínea generan mayor consumo energético, disminuyen la acción de la hormona de crecimiento y estimulan la expresión de nuevos receptores que, a su vez, requerirán mayores niveles sanguíneos de esta hormona, lo que establece un circuito de estrés (47, 53).

En aquellas situaciones en las que sucedió un evento o circunstancia de suficiente gravedad en la persona puerpera o en la persona recién nacida como para impedir el CoPaP, es posible favorecer la recuperación de los hitos que tienen lugar en ese momento cuando la persona recién nacida accede, tan pronto como sea posible, al hábitat natural y al entorno adecuado. (Ver Anexo 1).

Las consecuencias negativas de la separación del binomio no se limitan al retraso de la lactancia.

Si en alguna situación excepcional debiera impedirse el CoPaP inmediato, se debe procurar, tan pronto como sea posible, que la persona recién nacida acceda al hábitat natural y al entorno adecuado, a fin de recuperar hitos que debieron haber tenido lugar. (Ver Anexo 1)

2.4. Actividad que la especie humana desarrolla en su Primera Hora de Vida cuando el hábitat es el CoPaP

Al nacer, el sistema nervioso del ser humano tiene un tamaño que representa el 25% del tamaño al final del crecimiento. Si se espera que desarrolle las capacidades que fueron alcanzadas por un adulto, puede considerarse inmaduro. Sin embargo, está preparado para llevar a cabo las acciones adecuadas y necesarias en el momento del nacimiento. Cuando las personas recién nacidas son colocadas en CoPaP, son capaces de desplegar una actividad motora característica, que progresa en un patrón de nueve etapas para iniciar la lactancia.

Estas nueve etapas tienen lugar durante aproximadamente una hora y se repiten entre individuos en un patrón de conductas que implican la coordinación temprana de los cinco sentidos. Fueron descritas por Ann Marie Widstrom (7) y su equipo de trabajo al observarlas en personas recién nacidas durante su primera hora de vida, en varios países.

El objetivo de esta actividad realizada durante la primera hora de vida es alcanzar el pecho y obtener el calostro. Es necesario conocer las características biológicas y fisiológicas específicas de cada etapa para generar un ambiente propicio para su desarrollo sin interrumpirlas y orientar las prácticas según sus implicancias clínicas en este momento sensible. Obligar o ayudar a un/una recién nacido/a a iniciar la succión durante esta primera hora puede relacionarse con dificultades posteriores para amamantar.

La persona recién nacida es quien establece, por sí misma, el inicio de la lactancia (7).

La duración de cada una de estas nueve etapas es una impronta individual de cada sujeto, que puede incluso demorar o saltar alguna de ellas en particular. En promedio, se desarrollan en el plazo de una hora, aunque puede ser menos o más el tiempo que cada persona recién nacida demore en alcanzar el pecho de quien la dio a luz.

Las nueve etapas en la actividad de las personas recién nacidas cuando están en CoPaP inmediato, continuo e ininterrumpido son las siguientes (6) (7):

1. **Llanto de nacimiento.** Sucede al momento en que se expanden los pulmones y se inicia la respiración. Ocurre al finalizar la dependencia de la oxigenación de la placenta. El llanto es la principal señal de vitalidad que emiten las personas recién nacidas sanas y vigorosas. En esta etapa, junto al llanto o incluso, en vez del llanto, pueden aparecer otros comportamientos tales como un reflejo de sobresalto y una repentina apertura de los ojos.
2. **Relajación.** Cesa el llanto y comienza un período de quietud. Desde una perspectiva evolutiva, este período silencioso e inmóvil puede ser el equivalente al comportamiento de esconderse de los depredadores; una brusca quietud impuesta por la percepción de una amenaza o por un sobresalto antes de evaluar una nueva situación. Cuando las personas recién nacidas están acostadas, en silencio, sobre el pecho de la persona puérpera, pueden oír el latido del corazón que las acompañó durante la gestación. Este sonido, ya conocido desde el ambiente intrauterino, parece consolarlas después de la rápida transición a la vida extrauterina. Los altos niveles de catecolaminas y

endorfinas que se mencionaron antes, disminuyen, con sus efectos, la sensibilidad al dolor luego de haber atravesado el canal de parto.

3. **Despertar.** En esta etapa, sin llanto, la persona recién nacida abre los ojos. La luz brillante e intensa puede interferir en la apertura ocular. El despertar puede traducirse en pequeños empujones de la cabeza de lado a lado o hacia arriba y hacia abajo, y pequeños movimientos de las extremidades y los hombros.
4. **Actividad.** Los pequeños movimientos vacilantes de la etapa anterior adquieren definición. Puede comenzar con un movimiento de barrido de un brazo. Después, los brazos y las piernas se mueven con determinación; saca la lengua, roza el pecho de la persona puérpera, hace sonidos. Transfiere sabores al mover la mano desde el pecho de la gestante hacia su boca. Percibe el sabor del líquido amniótico y el olor que emiten las glándulas de Montgomery del pezón. Estos estímulos orientan a la persona recién nacida en sus movimientos. Los ojos permanecen abiertos; puede mirar a su gestante, con quien busca contacto visual alrededor de 30 minutos después del nacimiento, o al pezón, que en el último tramo de la gestación adquirió una coloración más oscura.
5. **Descanso.** Luego del período de actividad sobreviene un período de descanso. Este puede intercalarse sucesivamente con cortos períodos de actividad. Tal como ocurre en las personas adultas, los períodos de descanso son vitales para la consolidación de los recuerdos y del aprendizaje de los niños y las niñas.
6. **Arrastre.** Este movimiento puede ser de “gateo” –muy evidente–, o bien un lento cambio en la posición del cuerpo, o empujones completos con las piernas. Cuando está en pleno contacto con su gestante, es posible observar que parte del cuerpo del bebé se eleva para empujar en una nueva dirección. Estudios observacionales realizados en diferentes países describen que esta actividad ocurre, en promedio, 30 minutos luego del nacimiento (54).
7. **Familiarización.** La persona recién nacida llega al pecho. Puede masajearlo, mover la mano de la boca al pecho, llevar la mano o los dedos a la boca, succionar el pecho, alternar con succión de la mano, emitir sonidos. Puede mirar a su gestante o al pecho. El comportamiento de la lengua también cambia durante este tiempo. Esta etapa puede durar 20 minutos o más. El acople al pecho ocurre, en promedio, unos 50 minutos después del nacimiento. En estos minutos la persona recién nacida prepara su lengua, el pezón y la glándula mamaria para la succión (53). Perfeccionar estos movimientos de coordinación de la lengua requiere un período de tiempo sin interrupciones, con momentos de reposo y con movimientos que podrían ser confundidos con fracaso de la succión (como el rebote del mentón con el pezón). Sin embargo, estos se asocian con el logro de una succión profunda y sostenida (54).
8. **Succión.** La persona recién nacida succiona el pezón e inicia la lactancia con éxito. Lo hace con la boca abierta de manera adecuada sobre laaréola, por lo que disminuye la posibilidad de generar dolor a quien amamanta. Al lograrlo en estas condiciones, se reducen las probabilidades de presentar dificultades posteriores en la lactancia, la persona puérpera tendrá mayor confianza en sí misma en cuanto a su capacidad para amamantar y para la producción láctea, y los niveles de glucemia de la persona recién nacida serán más estables.
9. **Sueño.** Luego de finalizar la obtención del calostro, la persona recién nacida inicia una etapa de sueño estimulado por los efectos de la oxitocina. Esta hormona estimula la liberación en el intestino de quien amamanta y de su hijo o hija, de otras hormonas como la colecistoquinina, que

provoca un sueño postprandial satisfactorio y relajante (55). En el adulto, los aprendizajes y recuerdos son consolidados en el sistema nervioso durante los períodos de sueño saludable. En las personas recién nacidas este proceso se inicia cuando se establecen los circuitos neuronales. Al nacer, las catecolaminas estimulan los centros relacionados con esas actividades, aprender y recordar (56).

Si bien esta actividad es notoria en la primera hora de vida, también puede ocurrir luego de horas e incluso días después del nacimiento. El requisito imprescindible para lograrlo, luego de una separación, es facilitar el regreso de la persona recién nacida al entorno adecuado tan pronto como sea posible.

Si la persona puerpera presenta gravedad clínica, la posibilidad de garantizar el derecho de sus hijos o hijas a transcurrir su primera hora de vida en CoPaP está dada por la piel de la persona acompañante. Ésta puede colaborar en la adaptación al inicio de la vida por fuera del útero cuando la persona puerpera no se encuentra en condiciones clínicas para realizarla o también si expresa su deseo de no hacerlo luego de recibir la información adecuada.

En estos casos, los equipos de salud de cada institución tienen la responsabilidad de habilitar las alternativas del entorno familiar.

La diversidad de personas, de nacimientos y de situaciones que pueden suscitarse hacen imprescindible que cada institución, de acuerdo a su nivel de complejidad, implemente las medidas necesarias adaptadas a cada condición particular.

La comprensión del comportamiento instintivo de las personas recién nacidas cuando se encuentran en CoPaP durante su primera hora de vida, así como de sus consecuencias, puede contribuir a la superación de las barreras para implementarlo y para su práctica estandarizada.

3. Prácticas del equipo de salud durante la Primera Hora de Vida

Los establecimientos de salud donde ocurren nacimientos tienen la responsabilidad de contar con una política institucional clara con respecto al manejo de la Primera Hora de Vida.

De acuerdo con esta política institucional, las y los integrantes del equipo de salud son quienes garantizan que, cuando las personas nacen, sean recibidas por el entorno adecuado, esto es, la piel y el pecho de la persona puerpera y su acompañante. También, que el entorno adecuado así constituido se encuentre inmerso en un ambiente propicio para el período sensible que los binomios atraviesan inmediatamente después del parto.

El ambiente es propicio cuando fue preparado con empatía por las sensaciones de la persona que nace, ya que en ese momento cambia bruscamente el hábitat en el que se desarrolla: pasa de un medio húmedo, cálido, oscuro, con sonidos atenuados y en ingravidez, a otro medio fresco y seco, bruscamente luminoso y ruidoso, sometido al efecto de la gravedad y con ausencia de límites físicos.

Un ambiente propicio y el entorno adecuado pueden atenuar el pasaje de un hábitat al otro y facilitar la adaptación al medio exterior.

Sin embargo, al mismo tiempo resulta fundamental el monitoreo de la persona recién nacida, ya que este momento crítico la vuelve vulnerable.

En este sentido, cobra importancia garantizar su estabilidad clínica mientras desarrolla las actividades tendientes a alcanzar el pecho de la puerpera. Luego del nacimiento y cuando la persona recién nacida finaliza la ingesta de calostro en su Primera Hora de Vida, el equipo que la asiste realiza un conjunto de acciones orientadas a reducir la morbilidad neonatal.

Algunas de estas acciones son sensibles al tiempo ya que, si son demoradas, pierden o disminuyen su efecto. Por el contrario, cuando se realizan en el momento adecuado alcanzan sus máximos beneficios. Por este motivo, las siguientes acciones son importantes: el CoPaP, la ligadura oportuna del cordón umbilical y el inicio de la lactancia.

Los efectos de las acciones no sensibles al tiempo no cambian si se llevan a cabo en un momento más alejado con respecto al nacimiento y pueden postergarse para un plazo corto o mediano. Estas son la antropometría, la aplicación de inyectables y colirio, y la toma de los calcos plantales (calcos papilares derechos, palmar y plantar).

3.1. Acciones sensibles al tiempo

3.1.1. Ligadura oportuna del cordón umbilical

Luego del nacimiento, con el niño o la niña en CoPaP, se sugiere corroborar que es vigoroso/a, calcular el Puntaje de Apgar y **aguardar al menos un minuto o a que el cordón deje de latir para realizar la ligadura** y posterior sección del cordón. El cordón debería tener la longitud suficiente, entre el abdomen del bebé y la ligadura, como para no interrumpir los movimientos de la posición prona y no generar llanto por la molestia en la piel que podría generar el dispositivo empleado para el pinzamiento.

La posición en CoPaP no modifica el volumen de sangre que la placenta devuelve a la volemia de la persona recién nacida durante el alumbramiento (57).

3.1.2. Contacto piel a piel

NACIMIENTO POR PARTO VAGINAL:

- Se sugiere, inmediatamente luego del nacimiento, valorar (58):

Persona recién nacida

¿Gestación a término? ☐ Sí ☐ No

¿Respira o llora? ☐ Sí ☐ No

¿Buen tono muscular? ☐ Sí ☐ No

Persona puérpera

¿En buen estado clínico y de vigilia? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a estas preguntas es “Sí”, se sugiere que:

- durante el llanto de la persona recién nacida, quien la recibe le seque suavemente el cuerpo con una compresa tibia, intentando no tocar la cara y los puños, y la coloque desnuda, **en posición prona y longitudinal con respecto al cuerpo de la persona puérpera**. El cuerpo del/de la recién nacida/o estará sobre el abdomen de la persona puérpera y la cabeza sobre el tórax.
- la cabeza del/de la recién nacida/o esté lateralizada, la vía aérea recta, la cara visible en todo momento, la boca y las narinas libres y los miembros en flexión.
- se calcule en esta posición el Puntaje de Apgar y un examen general visual, mientras se seca el cuerpo y antes de cubrirle el dorso con las compresas.
- otra compresa seca y tibia sea colocada sobre el dorso de la persona recién nacida, cubriéndola completamente para evitar la pérdida de calor por convección, pero dejando despejada la cara para poder observarla.
- el contacto directo piel a piel del binomio no sea interrumpido con ropa, toallas o compresas envolventes. Se sugiere no enrollar la compresa en torno al cuerpo, sino apoyarla simplemente sobre el dorso.
- no se apliquen masajes ni compresiones con las compresas. No son necesarios en personas recién nacidas vigorosas.
- se realice la ligadura oportuna del cordón umbilical (luego del primer minuto del nacimiento o cuando deje de latir). La persona gestante debe ser identificada antes del parto y, una vez

producido el nacimiento, se debe identificar a la persona recién nacida antes del corte del cordón umbilical, según el art. 2° de la [Ley N° 24.540/1995](#) (15).

- el resto de las intervenciones se realicen después de la finalización de la ingesta de calostro, en promedio luego de los primeros 60 minutos posteriores al nacimiento.
- durante todo el período de CoPaP, quien se encarga de la recepción de la persona recién nacida observe su actividad para alcanzar el pecho, priorice no interrumpirla, realice el monitoreo de su vitalidad y lo documente en la Historia Clínica.
- se constate la vigilia de la persona puerpera. En caso de cansancio extremo, es posible que el/la acompañante continúe con la contención de la persona recién nacida. Si el/la acompañante manifiesta cansancio, muestra distracción o expresa el deseo de no realizarlo, que el niño o la niña sea colocada/o en una cuna.
- siempre que sea posible, la persona puerpera esté acostada boca arriba, con la espalda elevada entre 30° y 60° para facilitar el contacto visual con su hija o hijo.
- en los casos en los que la persona puerpera presente inestabilidad clínica y no esté disponible para realizar el CoPaP, sea considerada la posibilidad de ofrecer a la persona recién nacida el CoPaP con el/la acompañante.
- se ayude a la persona puerpera y su acompañante a reconocer cuándo el/la bebé está en disposición de iniciar la succión al pecho y no presionarla/o a hacerlo cuando aún no esté preparado/a.

NACIMIENTO POR CESÁREA:

Se sugiere, inmediatamente luego del nacimiento, valorar (58):

Persona recién nacida

¿Gestación a término? ☐ Sí ☐ No

¿Respira o llora? ☐ Sí ☐ No

¿Buen tono muscular? ☐ Sí ☐ No

Persona puerpera

¿En buen estado clínico y de vigilia? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a estas preguntas es “Sí”, se sugiere:

- revisar los antecedentes de la gestación y el motivo de la cesárea; indagar especialmente si existe alguna posible causa que pudiera generar inestabilidad clínica en la persona gestante, luego puerpera, o bien en la persona recién nacida, para prever las acciones oportunas.
- asegurar, antes del inicio de la cirugía, si la persona gestante tuviera colocada una bata, que permita ser abierta a la altura del pecho.
- observar dónde están colocados los accesos venosos de la persona gestante de tal modo que, al colocar a la persona recién nacida, no se produzca interferencia con ellas.
- acordar con el/la anestesiólogo/a que la persona puerpera pueda mover cómodamente uno de sus miembros superiores de modo que pueda acceder al sostén de su hijo o hija. Adelantarle a la persona gestante la posibilidad de que sea necesario el control de su presión arterial, en cuyo caso el/la profesional o el acompañante tomará el relevo en el sostén de la persona recién nacida sobre el pecho de la persona puerpera.

- colocar al/a la recién nacida/o sobre el pecho de la persona puérpera **en posición prona y transversa**; puede ser necesario colaborar con él/ella para que alcance el pecho de la persona puérpera, pero no es necesario separar el contacto; una maniobra de arrastre sobre la piel puede ser suficiente.
- remover al finalizar la cirugía, el campo estéril y transferir a la persona puérpera por medio de la camilla de transporte hasta la sala de recuperación; entonces la persona recién nacida podría pasar de la posición transversal a la posición longitudinal sobre el pecho materno. La persona puérpera puede cruzar los brazos sobre el dorso de su bebé mientras el equipo de salud la moviliza, sin necesidad de separación.
- permitir que el binomio permanezca todo el tiempo junto a su acompañante y al/a la profesional responsable de la recepción.

3.2. Acciones no sensibles al tiempo

Al finalizar la ingesta de calostro, las personas recién nacidas suelen presentar una etapa de sueño. Se sugiere no interrumpirlo, ya que las acciones que no son prioritarias pueden ser llevadas a cabo más tarde, durante la segunda o tercera hora de vida.

Cada institución puede organizar la cronología de las medidas de cuidado posteriores a la Primera Hora de Vida de acuerdo a los recursos con que cuenta.

Independientemente del momento –hasta cuatro (4) horas posteriores al nacimiento– y el lugar (Centro Obstétrico, Internación Conjunta) designados en el protocolo local institucional de manejo de la Primera Hora de Vida para llevar a cabo cada una de estas intervenciones, estas deben estar sistematizadas para su control, de modo tal que ninguna persona recién nacida egrese del efector sin haberlas recibido.

Cuando la persona recién nacida finalizó la ingesta de calostro se sugiere:

- **tomar los calcos plantales** (calcos papilares derechos, palmar y plantar). La persona recién nacida aún en CoPaP, con una maniobra suave.
- colocar **colirio o ungüento oftálmico**.
- aplicar la **vitamina K** y la vacuna contra la **Hepatitis B**.
- **constatar el peso**. Para ello, colocar la balanza cerca del binomio de tal modo que, luego de que el niño o niña haya finalizado la ingesta de calostro, sea posible pesarlo/a y devolverlo/a rápidamente al CoPaP.
- **realizar el examen físico detallado**. Se sugiere que el examen físico detallado sea llevado a cabo en el Centro Obstétrico, luego de la Primera Hora de Vida y de la finalización de la ingesta de calostro y antes del traslado del binomio. Puede ser completado en Internación Conjunta, dentro de las cuatro (4) horas siguientes al nacimiento, siempre y cuando el sector de Internación Conjunta cuente con personal médico disponible en ese período de tiempo. El protocolo local de intervenciones podría detallar qué aspectos clínicos deben ser de evaluación sistemática en el Centro Obstétrico y cuáles pueden ser completados durante la Internación Conjunta en las horas inmediatas.
- registrar la **talla y el perímetro cefálico** durante el examen físico, en los días posteriores al nacimiento o antes del egreso de la Institución.

- **evitar el baño.** El baño no tiene indicación en la generalidad de los nacimientos ya que elimina el unto sebáceo y el líquido amniótico, expone al niño o la niña a la hipotermia y disminuye los reflejos necesarios para el inicio de la lactancia. El baño inmediato, posterior al nacimiento, tiene indicación únicamente en las personas recién nacidas de gestantes con serología positiva para VIH y antígeno de superficie para Hepatitis B.
Si al nacer la persona recién nacida presenta meconio o restos de sangre, es posible retirarlos con una compresa húmeda y tibia durante el CoPaP.

3.2.1. Favorecer un ambiente propicio

Medidas generales

Para que la persona recién nacida pueda permanecer en el hábitat por ella esperado de manera segura, se sugiere que los equipos preparen el ambiente propicio con la mayor anticipación posible.

La temperatura de la sala de partos o el quirófano es el primer aspecto de cuidado, ya que constituye el primer factor que podría generar hipotermia en el/la bebé. Se sugiere, en la gestión de los recursos materiales, considerar los insumos necesarios para secarlo/a y luego cubrirle el dorso. En cuanto a los recursos humanos, se propone garantizar la capacitación de todos los miembros del equipo perinatal para el monitoreo del binomio durante todo el período postnatal hasta concluida la ingesta de calostro.

La información ofrecida a las personas gestantes y sus familias resulta sumamente importante porque les permite conocer lo que ocurre en este período, así como los beneficios de las prácticas aconsejadas. Por lo tanto, puede favorecer la disposición para transitarlo.

3.2.2. Cuidados de la termorregulación de la persona recién nacida

Se sugiere que:

- la temperatura de los sectores del Centro Obstétrico donde ocurren los nacimientos (sala de partos, unidades de trabajo de parto, parto y recuperación, quirófano) se mantenga todo el año entre 25°C y 28°C (38);
- no haya circulación de aire en el ambiente donde se produce el nacimiento ya que las corrientes de aire, por convección, enfrían la superficie corporal (38);
- la humedad del líquido amniótico sea suavemente retirada con una compresa tibia y seca, y que luego el dorso del niño o de la niña sea cubierto con otra compresa que no le tape la cara. Esta práctica se debe a que la evaporación del líquido de la piel por el brusco cambio de temperatura que implica el pasaje del medio intrauterino al medio externo, reduce súbitamente la temperatura corporal. Las compresas para la recepción deben ser absorbentes y estar precalentadas. Además de secar el líquido amniótico, tienen la función de reducir la pérdida de calor por convección ante el movimiento del aire circundante. Controlar la temperatura de las compresas para evitar quemaduras en las personas recién nacidas. Cada institución puede decidir de qué material serán las compresas, mientras cumplan los requisitos para las funciones mencionadas;

- si la temperatura ambiental no es óptima ($< 25^{\circ}\text{C}$), es necesario disponer de una fuente de calor para la climatización (38);
- entre la piel de la persona púérpera y la de su hijo o hija no haya interferencias.

3.2.3. Características del ambiente receptor

Se sugiere que:

- el ambiente cuente con luz tenue –aunque suficiente para evaluar a la persona recién nacida– y que el nivel de ruido sea el más bajo posible;
- las puertas de la habitación o quirófano permanezcan cerradas para evitar las corrientes de aire y garantizar la intimidad para la familia;
- el sostén del bebé sea contenedor y la manipulación suave al colocarlo/a en CoPaP;
- el equipo profesional esté compuesto por la mínima cantidad de miembros necesarios, teniendo en cuenta el respeto a la intimidad de la persona que da a luz.

3.2.4. Anticipación del nacimiento para la seguridad de las personas recién nacidas

Se sugiere que:

- el personal asignado a la monitorización del CoPaP durante la primera hora de vida haya sido designado con anterioridad. (Ver punto 4.2.3. Designación de un integrante del equipo de salud para el monitoreo de la persona recién nacida en su primera hora postnatal);
- cada integrante del equipo de salud del Centro Obstétrico haya realizado y aprobado el Curso de Reanimación Neonatal (RCP) (Ver, ibid);
- e/la acompañante de elección de la persona gestante permanezca en todo momento junto a ella y a la persona recién nacida, y se le ofrezca suplir a la persona púérpera para el CoPaP ante situaciones de gravedad clínica de la persona púérpera o si ésta expresó su deseo de no llevarlo a cabo luego de recibir la información adecuada. (Ver, más adelante, el punto 4.2.4 El papel del acompañante.)

3.2.5. Información a las familias que ingresan al Centro Obstétrico

Se sugiere que el/la responsable de la recepción:

- se presente ante la persona gestante y su acompañante, y les explique cómo se llevará a cabo la recepción;
- si antes del momento del nacimiento no hubieran recibido información, que ésta les sea ofrecida a fin de favorecer la actividad de su hijo o hija y para garantizar la seguridad en la primera hora de vida como período crítico. Se sugiere ofrecer la práctica a todas las personas gestantes, aun cuando manifiesten el deseo de no amamantar posteriormente; cuando la situación clínica de la persona púérpera lo amerite; asimismo, ofrecer a la persona acompañante la posibilidad de ser quien lleve adelante la práctica. (ver 4.1.5. Información para las familias que ingresan al Centro Obstétrico.);

- explique cuáles son los beneficios del CoPaP y cuál es el papel del acompañante. Describa qué será posible observar en la trayectoria de la persona recién nacida hacia el pecho de la persona puérpera e indague si su deseo es realizar CoPaP e iniciar la lactancia en la Primera Hora de Vida (ver 4.2.4.).

3.3. Garantizar la estabilidad clínica de la persona recién nacida

3.3.1. Monitoreo de la Primera Hora de Vida en el Centro Obstétrico

Tal como se ha expuesto, la primera hora luego del nacimiento es un período crítico y caracterizado por la alta vulnerabilidad en las personas recién nacidas, debido a los cambios fisiológicos que experimentan durante su transcurso.

La posición en decúbito ventral en la que el/la bebé transcurre su Primera Hora de Vida mientras se encuentra en CoPaP, en tanto brinda enormes beneficios y facilita el inicio de la lactancia, le expone también al riesgo de Colapso Súbito Inesperado Posnatal (CSIP) si no recibe la vigilancia clínica adecuada.

El CSIP es un evento brusco de descompensación cardiorrespiratoria en una persona recién nacida aparentemente sana, durante los primeros 7 días de vida, que requiere una reanimación avanzada.

Esta definición excluye a los niños y las niñas con una edad gestacional (EG) menor de 35 semanas o que presentan un puntaje de Apgar menor de 7 a los 5 minutos de vida (59).

Si en la fase de adaptación crítica de la Primera Hora de Vida, junto al decúbito prono y al aumento del tono vagal –que aparece a continuación del estímulo adrenal de las catecolaminas–, se suman circunstancias como el agotamiento extremo y sin acompañante ni garantía de vigilancia, el riesgo es mayor.

Si la persona recién nacida, con alguna predisposición que no podemos detectar o anticipar, se enfrenta con factores desencadenantes o asociados (no causales) puede producirse el CSIP.

Las precauciones deben mantenerse en todos los nacimientos.

Se sugiere:

- designar con anterioridad al nacimiento quién será, del equipo perinatal, el/la responsable del monitoreo de la persona recién nacida durante Primera Hora de Vida y llevarlo a cabo de manera estandarizada;
- garantizar la presencia de un/una acompañante, si así lo eligió la persona gestante;
- realizar un monitoreo sistemático y minucioso de las etapas de la actividad que desarrollan las personas recién nacidas. Esto permitirá detectar aquellas situaciones que requieran de una conducta adecuada en caso de evaluarse cualquier parámetro que denote descompensación clínica, pero sin interferir en el proceso que lleva adelante el/la recién nacido/a para alcanzar el

pecho de la persona puérpera. Esto puede aportar seguridad a los sucesos que tienen lugar en este momento vulnerable mediante la pesquisa del CSIP.

3.3.2. Monitoreo estandarizado. Pesquisa del CSIP.

Durante el CoPaP, se sugiere que las y los profesionales que se desempeñan en la recepción de nacimientos realicen el monitoreo de las personas recién nacidas y evalúen cualquier parámetro que denote descompensación (60).

Con el monitoreo se busca detectar el Colapso Súbito e Inesperado Posnatal (CSIP) para actuar en forma oportuna.

La actualización de «Los diez pasos para una lactancia exitosa» de la Organización Mundial de la Salud (8) informa que la ocurrencia de CSIP en una persona recién nacida aparentemente sana, dentro de las primeras 2 horas de vida, ha sido estimada entre 1,6 y 5 casos por cada 100.000 nacidos vivos (61) (62).

El escenario en el que el CSIP puede ocurrir es impreciso aunque, en algunas descripciones, aproximadamente el 40% de los casos presentan algunas de las siguientes características: personas puérperas primíparas, exhaustas o dormidas que, durante el período de CoPaP, permanecen con su bebé en decúbito prono, sin vigilancia del equipo de salud y sin acompañante (8) (60).

Para la difícil tarea de monitorear la vitalidad de la persona recién nacida en el transcurso de su primera hora de vida en CoPaP, evitando al mismo tiempo interferir en el binomio, se propone una herramienta para el control sistemático de los signos vitales y del desarrollo del patrón de comportamientos del/de la bebé en el transcurso de ese período. Con esta herramienta es posible documentar la práctica del CoPaP, sus características, su calidad (alcance de la actividad completa de la persona recién nacida hasta la ingesta de calostro, o hasta qué momento permanece en CoPaP y el/los motivo/s para su interrupción) y la sistematización del monitoreo clínico para asegurar y registrar la práctica (ver Figuras 1 y 2).

Con estos objetivos, se modificaron y combinaron el algoritmo sugerido por Brimdyr y cols (63) y la lista de verificación propuesta por Morgan y cols. (64) y Ludington y cols. (39) denominado RAPP (por Respiración, Actividad, Perfusión, Posición/tono).

El esquema permite a quien cumple el rol del monitoreo de la primera hora de vida observar los sucesos que tienen lugar durante este período y documentar cuántos binomios logran alcanzar el inicio de la lactancia en ese contexto como objetivo estándar (y, si el CoPaP no se hubiera concretado, la causa que lo justifica). Contiene tres preguntas sucesivas: **¿CoPaP inmediato?** **¿CoPaP continuo?** **¿CoPaP ininterrumpido?** Cada pregunta tiene las posibles respuestas a cada una. Cuando la respuesta a cualquiera de ellas es “Sí”, está indicado iniciar/continuar con la lista de verificación “RAPP” para monitoreo de la persona recién nacida.

La **lista de verificación** es una guía para el monitoreo del bienestar de las personas recién nacidas, e incluye el monitoreo de:

1. La **posición correcta**: Decúbito prono, cabeza lateralizada, cara visible, vía aérea recta, fosas nasales y boca libres, posición de olfateo, miembros flexionados. Compresa cubriendo el cuerpo, pero no la cara. Posibilidad de movilización espontánea de la cabeza (el uso del camión, la bata o el brazo de la persona puérpera podrían limitarla).
2. La **detección de alteraciones en la respiración** (ausencia de respiración, quejido espiratorio, aleteo nasal, retracciones), **en la perfusión** (cianosis, palidez o color grisáceo), o **la falta de actividad con**

actitud hipotónica (miembros flácidos, sin reflejo de retirada) son motivos para iniciar las maniobras pertinentes en cada caso (reposicionar, liberar vía aérea, iniciar reanimación, etc.).

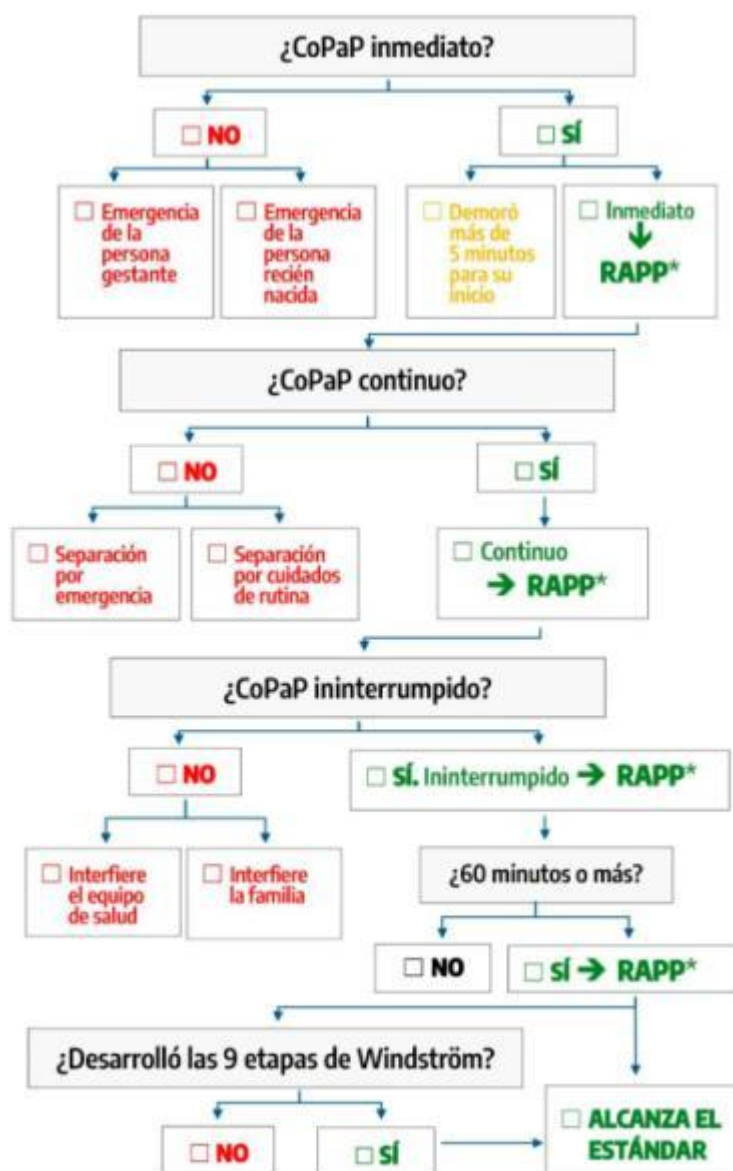
- La **actividad** de las personas recién nacidas cuando están en CoPaP para alcanzar el pecho e iniciar la lactancia. Se incluye la observación de estas acciones, contextualizadas con los signos vitales.

Resulta trascendente un intenso entrenamiento del equipo de salud en la intervención “observación” de la actividad de las personas recién nacidas, la que debe ser **no invasiva pero atenta** a cualquier mínimo indicio que implique un requerimiento de atención en este período crítico.

La observación detallada del inicio de la succión al pecho permite detectar si la posición del binomio puede favorecer de algún modo la obstrucción nasal del/de la recién nacido/a (Figura 1).

A continuación, se presenta un modelo de planilla que permite documentar el monitoreo durante la Primera Hora de Vida: CoPaP e inicio de la lactancia (Figura 2).

Figura 1. Algoritmo para el establecimiento del CoPaP, el inicio de la lactancia y el monitoreo en la Primera Hora de Vida. (Modificado de Bimdyr K et al. (63), de Morgan et al. (64) y Ludington et al. (39))



* RAPP: Respiración - Actividad - Perfusión - Posición /tono.

Figura 2. Herramienta para la documentación del CoPaP, el inicio de la lactancia y el monitoreo en la Primera Hora de Vida

Nombre y apellido DNI

Ligadura de cordón: ☐ seg ☐ min CoPaP inicio: hs min CoPaP finalización: hs min

Puntaje de Apgar: Al minuto 1: Al minuto 5: Pulseras de identificación: ☐ Sí ☐ No

Acompañante: ☐ Sí ☐ No Vía de nacimiento: ☐ parto vaginal ☐ cesárea

RAPP		5 minutos	15 minutos	30 minutos	45 minutos	60 minutos
¿RESPIRA sin dificultad?	SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD 9 Etapas de Widström	Llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Despertar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arrastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Familiarización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Succión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERFUSIÓN ¿Rosada/o?	SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSICIÓN / TONO ¿Posición correcta?	SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posición: Prono, cabeza lateralizada, cara visible, vía aérea recta, fosas nasales y boca libres, posición de olfateo, miembros flexionados. Compresa que cubra el cuerpo, pero no la cara.

3.3.3. Designación de un integrante del equipo de salud para el monitoreo de la persona recién nacida durante su Primera Hora de Vida posnatal

Se sugiere que:

- para llevar adelante el monitoreo clínico, un/una integrante del equipo que asiste el parto haya sido designado/a para el monitoreo de la persona recién nacida durante su Primera Hora de Vida posnatal con anterioridad al nacimiento y que permanezca a cargo de la recepción a lo largo de la extensión completa del CoPaP;

- atendiendo al derecho de las personas recién nacidas a recibir los mejores cuidados disponibles, la recepción de niños y niñas luego de su nacimiento, esté a cargo de un/a profesional en salud matriculado/a y habilitado/a que forme parte del equipo perinatal (médica/o, licenciada/o obstétrica/o, enfermera/o), cuya única responsabilidad sea la atención de la persona recién nacida; y que el/la profesional destinado/a a la atención de los nacimientos esté entrenado/a para iniciar y liderar las maniobras de reanimación si se requirieran. Además, que dentro de la institución esté rápidamente disponible una segunda persona capaz de proporcionar reanimación avanzada, si fuera necesario;
- en las instituciones, la gestión de los recursos humanos prevea el personal a cargo del control clínico de la primera hora vida posnatal, en cantidad suficiente y con la formación adecuada. Los y las profesionales que integran el equipo de atención pueden desarrollar esta tarea, en tanto en la organización del trabajo esté definido el rol exclusivo, a desempeñar por un integrante del equipo en la vigilancia de un determinado binomio.

De acuerdo a las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, en el Anexo I de la Resolución 348/2003 (65), las instituciones habilitadas para la atención de los nacimientos, sin excepción, deben:

- disponer, en el sector de recuperación posparto, de un/a enfermero/a cada 6 (seis) pacientes de bajo riesgo y un/a enfermero/a cada 2 (dos) pacientes de alto riesgo;
- facilitar a todos los profesionales que participen en la recepción de los nacimientos la posibilidad de realizar asistencia en la transición a la vida extrauterina y el control térmico del recién nacido;
- procurar que los profesionales que participan de la recepción estén acreditados en Reanimación Cardiopulmonar Neonatal por una institución oficial reconocida.

Dada la diversidad en la conformación de los equipos que reciben nacimientos y en los niveles de complejidad, en el marco de la estrategia Regionalización de la Atención Perinatal, se sugiere que en cada Centro Obstétrico los recursos humanos y los materiales sean gestionados, organizados y adaptados teniendo como eje central la constitución del ambiente propicio para la concreción de la Primera Hora de Vida de las personas recién nacidas en el entorno adecuado.

3.3.4. El papel del acompañante

Tal como lo enuncia la [Ley N° 25.929/2004](#), toda persona gestante tiene derecho a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto (18).

La persona acompañante desempeña un papel clave como parte del entorno que recibe a quien nace. Al involucrarlo/a en este momento trascendente con un rol activo, se estimula el desarrollo de la corresponsabilidad para la lactancia y la crianza (66).

No obstante, la estabilidad clínica del binomio no es su responsabilidad.

El monitoreo de la Primera Hora de Vida, como período crítico, es responsabilidad de un/a profesional del equipo de salud.

La persona puerpera siempre es prioritaria para realizar el CoPaP. Sin embargo, si no lo desea o no es posible desde el punto de vista clínico, puede hacerse cargo la persona acompañante. Algunos estudios documentan los beneficios del CoPaP llevado a cabo, en particular, por la madre o el padre. Los resultados muestran que esta práctica también favorece la lactancia y reduce el estrés postnatal en los y las recién nacidos/as. Además, observan, cuando fue el padre quien realizó el CoPaP, mejor manejo de situaciones inesperadas y participación en los cuidados, más interacción, menor ansiedad y estrés paterno, durante y después del CoPaP.

Se sugiere que:

- la persona acompañante de la persona gestante reciba información acerca de su papel y sea invitada/o a colaborar activamente en el cuidado del binomio durante ese momento (ver 4.2.4);
- que se informe a la familia, tanto durante el control de la gestación (67), como al ingreso al Centro Obstétrico, acerca de la posibilidad de que la persona acompañante puede suplir a la persona puerpera para realizar el CoPaP si ésta así lo requiere, y cuáles son los beneficios de esta práctica;
- cuando la persona puerpera no se encuentra en condición clínica adecuada para llevar a cabo el CoPaP, o si no desea hacerlo, se sistematice la oferta de que sea la persona acompañante quien lo realice;
- si, llegado el caso, la persona acompañante expresa agotamiento, distracción o que no desea realizar la práctica del CoPaP, el/la recién nacido/a sea colocado/a en una cuna.

3.4. Contraindicaciones del CoPaP en la Primera Hora de Vida

Los nacimientos son experiencias íntimas y constituyen, en su mayoría, un momento de felicidad para todos los involucrados. Al menos el 90% de las personas recién nacidas realizan la transición del medio intrauterino al extrauterino sin dificultad, necesitando muy poca o ninguna asistencia para comenzar a respirar en forma espontánea y regular y completar la transición del patrón de flujo sanguíneo fetal al neonatal (58). Así, pueden transitar su adaptación al mundo por fuera del útero en el hábitat natural: el CoPaP.

Sin embargo, aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere cierta asistencia para comenzar a respirar al nacer. Y menos del 1% necesitan importantes medidas de reanimación para sobrevivir. Esta pequeña proporción es una cifra elevada en el contexto del total de los nacimientos (58).

En estos últimos casos, la respuesta adecuada a las maniobras iniciales de reanimación (estimular, posicionar y despejar la vía aérea) permitirán que el/la recién nacido/a regrese al hábitat natural para transcurrir su transición. Tal es el caso de los nacimientos distócicos, instrumentales o con algún hallazgo en el examen físico que no implican inicialmente riesgo de vida, de niñas o niños que son rápidamente vigorosos a partir de las maniobras iniciales de reanimación.

Ante la dificultad respiratoria progresiva y cualquier otra patología neonatal grave, es prioritaria su atención oportuna y protocolizada.

Las personas recién nacidas que requieren reanimación completa u otro tratamiento del que depende su vida no podrán, inicialmente, acceder al CoPaP en la sala de partos, ya que la prioridad será su estabilización. Ante estas situaciones, se sugiere iniciar el CoPaP tan pronto como el estado clínico del/de la bebé lo permita.

Cuadro 1. Contraindicaciones del CoPaP (60)

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none"> Falta de profesionales para supervisar al binomio en la Sala de Partos. Inestabilidad clínica o sepsis en la persona puérpera. Puntaje de Apgar menor de 7, a los 5 minutos. Dificultad respiratoria progresiva. No deseo materno. Cualquier condición grave en el RN que comprometa la supervivencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgos maternos: Condiciones de discapacidad motora o cognitiva. Madres que reciben anestesia general /sedoanalgesia /Sulfato de Magnesio. Riesgos neonatales Depresión neonatal (neonatos que reciben presión positiva en la vía aérea durante la reanimación). Inestabilidad cardiorrespiratoria. Partos distócicos. RN con malformaciones congénitas mayores. Cansancio extremo en la persona gestante/puérpera o anestesia general (si está garantizada la presencia del equipo de salud y el compromiso de la persona acompañante).

Dada la complejidad de los procesos fisiológicos que ocurren inmediatamente luego del nacimiento, es necesario el monitoreo clínico no invasivo. No contar con personal de salud suficiente para llevarlo adelante imposibilita el desarrollo del CoPaP. Este aspecto requiere especial atención de parte de los responsables de la gestión del recurso humano.

El cansancio extremo de la persona puérpera podría dificultar el CoPaP durante la primera hora. No obstante, es una contraindicación relativa y puede realizarse si la persona puérpera hubiera expresado su intención de llevarlo a cabo, siempre y cuando se encuentre clínicamente estable y cuente con la presencia de la persona acompañante y el equipo de salud. De igual forma aplica esta posibilidad en casos de anestesia general de la persona gestante o cualquier otra situación de gravedad relativa que se presente en la persona puérpera.

Mención especial requiere la prematuridad. Es posible facilitar mayor o menor tiempo de permanencia en CoPaP de acuerdo a la edad gestacional y la estabilidad clínica de la persona recién nacida. Cuanto más cercana sea aquella a la edad gestacional de término, mayor será el tiempo en el que, en un ambiente propicio y especialmente preparado para la recepción, pueda beneficiarse del hábitat natural para su transición. (Cuadro 1)

Cada caso merece una consideración especial e individualizada según el nivel de complejidad del efector en donde ocurre el nacimiento, la situación clínica de cada persona recién nacida, de su gestante/puérpera, la disponibilidad de la persona acompañante y la disponibilidad de integrantes del equipo de salud que asiste el parto para el control clínico minucioso y detallado de la transición de los y las recién nacidos/as.

4. Información para las familias

El momento de mayor receptividad a la información de las personas gestantes y sus familias es el transcurso de la gestación (68). Siempre que sea posible, se sugiere comenzar desde la etapa prenatal el asesoramiento acerca de los beneficios del CoPaP en la primera hora y establecer acuerdos con las familias, de manera simple y concisa, considerando sus valores y preferencias, tanto sobre esta práctica como sobre la decisión de amamantar a su hija o hijo. El propósito de la consulta prenatal es informar y ayudar en la toma de decisiones. Para ello son una instancia clave los cursos de preparación integral para la maternidad y la paternidad, tanto en el ámbito público como privado, en todos los niveles de atención y coordinados por Licenciadas/os en Obstetricia. Los requisitos mínimos del contenido de cursos de preparación integral para la maternidad y psicoprofilaxis están reglamentados (1) (67).

El momento del inicio del trabajo de parto, con la llegada al Centro Obstétrico, es otro momento clave para brindar información, si bien esta instancia requiere especial empatía de parte de la persona encargada de abordar a la gestante por la particular circunstancia que atraviesa, junto con su familia.

Se sugiere poner a disposición de los pacientes la información de manera tal que puedan comprenderla. Desde una perspectiva intercultural, la comunicación debe ser sensible a la cultura de la familia, buscar que ésta alcance la autonomía y considerar que no hay un solo modo de comprender y explicar la realidad.

Siempre que sea posible, estas conversaciones deben involucrar simultáneamente a la persona acompañante. La familia debe disponer del tiempo suficiente para hacer preguntas y considerar el mensaje que recibe (1). Puede ser necesaria más de una conversación e incluir la entrega de material impreso con la información que fue transmitida de manera verbal y escrita, con imágenes y en un idioma o lenguaje que todas las familias comprendan. Una actitud que contribuye a facilitar la comunicación intercultural consiste en garantizar la posibilidad de un diálogo abierto al cambio y a los múltiples puntos de vista.

En el marco de la atención centrada en las personas gestantes y sus familias es posible, al compartir información, “asociarlas” en el cuidado de la salud y las buenas prácticas (69). Al conocer por adelantado y comprender el sentido del despliegue que las personas recién nacidas desarrollan luego de nacer cuando están en CoPaP, quienes integran el entorno de recepción pueden respetar los tiempos de la persona recién nacida y fijar la atención en los aspectos más importantes de ese momento, así como cuidar la posición y sujeción del binomio para darle seguridad sin interrumpirlo/a. Resulta clave destacar la recomendación de prestar atención a los logros de los/las recién nacidos/as, concentrarse en el disfrute de los acontecimientos y la indicación de evitar distractores, tales como el uso de teléfonos móviles (60).

La incorporación de no sólo la persona gestante sino también su acompañante es una oportunidad para comenzar o profundizar la construcción de la corresponsabilidad en la lactancia y la crianza, idealmente iniciada desde los controles prenatales (27) (69).

Se sugiere que la información ofrecida a gestantes y familias sea un contenido organizado y que incluya:

- los derechos de los que gozan durante el trabajo de parto y el parto;
- los beneficios de la leche humana y del inicio temprano de la lactancia, con información imparcial y de calidad para promover la práctica conservando el respeto por las preferencias individuales. Se procurará que las personas gestantes tomen una decisión informada acerca de la mejor opción para ellas y sus bebés, apoyándolas para llevarla a cabo con éxito, independientemente de la manera de alimentación que elijan (8);

- los beneficios del CoPaP inmediato, continuo e ininterrumpido durante la primera hora de vida de su hija o hijo, así como detalles de su actividad esperable durante ese período. Puede ser de utilidad mostrar imágenes de los diferentes estadios que las personas recién nacidas atraviesan en este momento hasta iniciar el amamantamiento, explicando la importancia de no obligar ni interrumpir la succión al pecho, cuáles son las maneras de acompañar los movimientos del/de la bebé y qué debe esperar del equipo de salud durante esa primera hora posterior al nacimiento. Conocer con anticipación las capacidades de la persona recién nacida puede facilitar su recepción y su acompañamiento sin interferencias en ese momento crítico (66) (70). La persona gestante debe expresar su deseo de realizarlo;
- la descripción y los fundamentos de un buen posicionamiento y sostén, y las características que se han de observar en la persona recién nacida;
- la importancia de no interrumpir la actividad del/de la recién nacido/a hasta que alcance el pecho de la persona púérpera;
- los beneficios del CoPaP en todos los otros aspectos, más allá de la lactancia: transición y adaptación, estabilización, continuidad del desarrollo en el hábitat adecuado, establecimiento del vínculo de apego. Cuando la persona gestante no desea amamantar, o cuando la lactancia no es posible (por ejemplo, por serología positiva para VIH) las personas que nacen pueden recibir todos los beneficios del CoPaP, aun si luego no son amamantadas;
- la importancia de suprimir los distractores, incluyendo el apagado de los teléfonos celulares. Desaconsejar el uso de dispositivos, fotografías, mensajes y redes sociales, que distraen a la familia del acontecimiento esencial: las capacidades que su hijo o hija desarrolla en su Primera Hora de Vida;
- los procedimientos que serán realizados a su hijo o hija luego de la ingesta de calostro y la importancia que tienen para la salud de las personas recién nacidas;
- el papel activo del/la acompañante elegido/a por la persona gestante. Se sugiere que esta persona esté informada acerca de:
 - la actividad de los/las recién nacidos/as durante el CoPaP en la primera hora de vida postnatal;
 - el posicionamiento adecuado del binomio y el sostén del/e la bebé para mejorar la seguridad del entorno posnatal;
 - las pautas acerca de qué es lo importante a observar en el/la recién nacido/a, y ante qué situaciones es preciso, eventualmente, dar la voz de alarma al personal del equipo perinatal;
 - que debe solicitar ayuda ante cualquier duda o alarma sobre la persona recién nacida o la persona púérpera;
 - registrar si ella misma se siente adormilada, no se encuentra bien o abandona el acompañamiento;
 - la posibilidad de ser quien lleve adelante el CoPaP si las condiciones de la persona púérpera así lo requieren.
- la mención de la posibilidad de pasar al/ a la recién nacido/a a una cuna cuando no se pueda hacer el CoPaP con la persona púérpera, ni con su acompañante, ya sea porque este no está presente, porque no desea hacerlo o no se pueda garantizar la seguridad de la práctica.

En la cuna, el/la recién nacido/a debe colocarse en decúbito dorsal. Para evitar que la cabeza quede cubierta, se lo/la colocará a los pies de la cuna, con la sábana o manta hasta el pecho y los brazos por fuera de las cobijas, los bordes de éstas asegurados por debajo del colchón y sin almohada. Monitoreo de la implementación de la práctica.

Desde el punto de vista de la gestión institucional, el monitoreo de las prácticas durante su implementación resulta fundamental para definir procesos de mejora.

El empleo de la Herramienta para el Monitoreo de la Primera Hora de Vida en la Sala de Partos sugerida en el apartado 3, aporta información, cuyo análisis hace posible evaluar la práctica del CoPaP en la Primera Hora de Vida y detectar aspectos que requieran intervenciones de mejora.

Los siguientes indicadores se sugieren como herramienta de gestión y monitoreo institucional:

- porcentaje de personas puérperas que realizan CoPaP inmediatamente después del nacimiento, sostenido durante por lo menos hora;
- porcentaje de personas puérperas que realizan CoPaP inmediatamente después del nacimiento por vía vaginal, sostenido hasta que la persona recién nacida finaliza la ingesta de calostro;
- porcentaje de personas puérperas que realizan CoPaP inmediatamente después del nacimiento por cesárea, sostenido hasta que la persona recién nacida finaliza la ingesta de calostro;
- porcentaje de personas recién nacidas que llegan a ingerir calostro en la primera hora de vida;
- porcentaje de RN que interrumpen el CoPaP antes de la ingesta de calostro;
- tiempo promedio de permanencia del binomio en CoPaP en la sala de partos;
- tiempo de espera promedio para la ligadura del cordón umbilical.

Conclusiones

El momento del nacimiento es un evento muy importante en la vida de la persona que nace y de la familia que la recibe. En tanto hecho trascendente, quienes lo acompañan desde el equipo perinatal enfrentan el desafío de limitar su intervención a la observación del binomio durante el monitoreo de la persona recién nacida, sin que otras acciones no prioritarias interrumpen los sucesos que tienen lugar hasta el inicio de la lactancia.

El proceso del nacimiento y el impacto del medio extrauterino generan estrés en las personas recién nacidas. Acompañarlos para que se adapten a un nuevo hábitat y facilitar el inicio de la lactancia en su Primera Hora de Vida es una estrategia sanitaria con enormes beneficios a corto y a largo plazo para alcanzar su mejor desarrollo y con un balance costo-beneficio inigualable.

En la República Argentina, un amplio marco de leyes protege el derecho a esos beneficios. La Ley Nacional N° 27.611/2020 protege los derechos del período conocido como "1000 días", en el que se inscribe el nacimiento.

Alcanzar la igualdad en el acceso a los beneficios de la Primera Hora de Vida para todas las personas que nacen, requiere políticas institucionales que organicen las prácticas con una mirada atenta a la persona que nace y también el compromiso de quienes integran los equipos de atención.

Consensuar la manera en la que se realiza la recepción de los nacimientos es comenzar a construir ese compromiso.

El presente documento es el fruto de la elaboración conjunta de los expertos y expertas nacionales de las jurisdicciones argentinas y de las organizaciones científicas, quienes realizaron aportes invaluable a la propuesta inicial acerca de la práctica de la Primera Hora de Vida y colaboraron en los acuerdos de este consenso.

En este consenso se acuerda que:

- El nacimiento es un momento sensible, que se inscribe en una ventana de oportunidades en la vida –los "1000 Días"– en la que todos los estímulos dejan su impronta para la vida futura.
- Los complejos cambios fisiológicos que tienen lugar durante la Primera Hora de Vida convocan a los equipos perinatales a jerarquizar aquellas acciones que no deben ser postergadas: el CoPaP, la ligadura oportuna del cordón umbilical y el inicio de la lactancia, en relación con otras acciones de rutina que, llevadas a cabo luego de la ingesta de calostro, no cambian su efecto.
- En la mayoría de los casos, la atención de la Primera hora de Vida no requiere otra acción que favorecer la continuidad del hábitat natural para el desarrollo, fomentar el entorno adecuado, preparar el ambiente propicio y, mediante la observación, aportar seguridad durante todo este período.
- El equipo debe tener la capacidad de detectar la circunstancia en la que el estado clínico de la persona que acaba de nacer, así como el de la que acaba de dar a luz, requieran la implementación de acciones específicas y oportunas para su vitalidad.
- La herramienta de monitoreo propuesta sistematiza la observación de la persona recién nacida, su documentación y la recolección de información acerca de la práctica que, junto con el empleo de los indicadores sugeridos, permite evaluar su calidad para facilitar los procesos de mejora en su implementación.

- Las familias deben recibir información, preferentemente antes del nacimiento, para la preparación del entorno de recepción, para conocer las alternativas en el caso de que el CoPaP con la persona puérpera no fuera posible y para tomar decisiones informadas.

Si bien la fisiología permite comprender el comportamiento de las personas durante su Primera Hora de Vida, la empatía por lo que cada niño y cada niña perciben al nacer es lo que mejor orienta las prácticas, a fin de brindarles aquello que esperan luego de atravesar su nacimiento.

Junto a la difícil tarea de observar y decidir intervenir únicamente si el estado clínico de la persona recién nacida o de la persona puérpera lo requieren, el equipo perinatal puede también permitirse admirar las increíbles capacidades con las que los seres humanos nacemos.

La bienvenida de cada persona al mundo extrauterino en el hábitat natural, en un entorno adecuado y un ambiente propicio no sólo mejora sus perspectivas de salud, de desarrollo y prosperidad, sino que contribuye también al bienestar general y a la transformación de la sociedad para lograr, entre todas y todos, un mundo mejor. ■

Trabajos citados

1. MinSal. Ley N° 27.611/2021. Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. [Online]. [cited 2022 06 10. Disponible en: <https://tinyurl.com/w5jwwbba>.
2. MinSal. Recomendaciones-para-el-manejo-del-embarazo-y-el-recién-nacido-en-los-limites-de-la-viabilidad. [Online].; 2014. Disponible en: <https://tinyurl.com/24e9bye4>.
3. Ortiz Z; Largaia AM et al. Manual para la implementación de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. UNICEF , editor.; 2010.
4. Largaia M, Lomuto C, Gonzalez MA. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. 2006th ed.: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia.
5. Jenik A, Grad E. Prohibición del vínculo de apego en el Tercer Reich. Arch Argent Pediatr. 2021; 119(4): p. 220-223.
6. Bergman NJ. Historical background maternal-neonate separation and neonatal care. Birth Defects Research. 2019 Sep; 111(15): p. 1081-1086.
7. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P et al. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatrica. 2011; 100(1): p. 79-85.
8. OMS. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. [Online].; 2017 [cited 2022 05 21. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>.
9. UNICEF. A partir de la primera hora de vida. Promover una mejor alimentación del lactante y el niño pequeño en todo el mundo. Principales hallazgos. [Online].; 2016 [cited 2022 06 03. Disponible en: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/Spanish-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>.
10. Esteves T, Daumas R, Couto de Olivera M, Costa Leite I. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. Rev Saúde Pública. 2014; 48(4): p. 697-708.
11. OMS. «Declaración de Fortaleza». Tecnología apropiada para el parto. Lancet. 1985; 2: p. 436-437.
12. ONU. Convención sobre los derechos del niño. [Online].; 1989 [cited 2022 06 03. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
13. Constitución de la Nación Argentina; 1994.
14. ONU. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support. [Online].; 2016 [cited 2022 06 03. Disponible en: <https://tinyurl.com/hn4ezk6m>.
15. Ley N° 24.540. Régimen de Identificación de los Recién Nacidos. [Online]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5xsyrzvb>.

16. Resolución 348/2003. Aprueba las normas de organización y funcionamiento de servicios de maternidad. [Online].; 2003 [cited 2022 06 06. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrzjtx25>.
17. Resolución N° 647/2003. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. [Online].; 2003. Disponible en: <https://tinyurl.com/3whytsmw>.
18. Ley N° 25.929/2004. Protección del embarazo y del recién nacido. [Online].; 2004. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bcj4c39>.
19. Ley N° 26.061/2005. Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. [Online]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p9ypspu>.
20. Ley N° 25.929 Derechos del paciente. [Online]. [cited 2022 06 06. Disponible en: <https://tinyurl.com/hwx5ynyf>.
21. Ley N° 26.873/2013. Lactancia materna. Promoción y concientización pública. [Online]. Disponible en: <https://tinyurl.com/b8jp557r>.
22. UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños. [Online].; 2005 [cited 2022 06 03. Disponible en: <https://tinyurl.com/5d3awfzu>.
23. OMS. Baby Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. Section 4: Hospital self-appraisal and monitoring. [Online].; 2009 [cited 2022 06 13. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdz87hwc>.
24. Res. 495/2014 MSal. Caracterización de los servicios según nivel de resolución. [Online].; 2014. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycksfsvj>.
25. Decreto N° 2035/2015. [Online].; 2015. Disponible en: <https://tinyurl.com/48bv2t8j>.
26. Resolución N° 670/2019. Condiciones obstétricas y neonatales esenciales. Apruébanse. [Online].; 2019. Disponible en: <https://tinyurl.com/6eenafnw>.
27. Resolución N° 736/2021 - Condiciones, requisitos y procedimientos para la certificación como Hospital Amigo de la Lactancia (HAL). [Online].; 2021. Disponible en: <https://tinyurl.com/4wmuskmt>.
28. Ley N° 27.611/2021 - Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. [Online].; 2021 [cited 2022 06 13. Disponible en: <https://tinyurl.com/w5jwwbba>.
29. Barker DJP; Gluckman PD; Godfrey KM et al. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet*. 1993 Apr 10;(341): p. 938-941.
30. Wadhwa PD, Buss C, Entringer S, Swanson JM. Developmental origins of health and disease: brief history of the approach and current focus on epigenetic mechanisms. *Semin Reprod Med*. 2009; 27(5): p. 358-368.
31. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennell JH. Maternal attachment: importance of the first postpartum days. *N Engl J Med*. 1972;(286): p. 460-463.
32. N. B. Historical background maternal-neonate separation and neonatal care. *Birth Defects Research*. 2019;(1-6).
33. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E.. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta*

- Paediatrica. 2011; 100: p. 79-85.
34. Phillips R. Uninterrupted Skin-to-Skin contact immediately after birth. NAINR. 2013; 13(2): p. 67-72.
35. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(11).
36. Lagercrantz H. The good stress of being born. Acta Paediatr. 2016 Dec; 105(12): p. 1413-1416.
37. Kennell JH, Trause MA, Klaus MH. Evidence for a sensitive period in the human mother: Novartis Foundation Symposia; 2008.
38. OMS. Safe motherhood. Thermal protection of the newborn: a practical guide. [Online].; 1997. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO_RHT_MSM_97.2.
39. Ludington-Hoe SM, Lewis T, Morgan K, Cong X, Anderson L, Reese S. Breast and infant temperatures with twins during shared kangaroo care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(2): p. 223-231.
40. Senn V, Bassler D, Choudhury R, et al. Microbial Colonization From the Fetus to Early Childhood. A Comprehensive Review. Front Cell Infect Micro. 220.
41. Meaney, M. J., Szyf, M. Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? Trends in Neurosciences. 2005; 28(9): p. 456-463.
42. Nestler E. Hidden switches in the mind. Scientific American. 2011; 305(6): p. 76-83.
43. Leboyer F. El masaje de los niños: Lib. Universitaria; 2008.
44. Bergqvist LL, Katz-Salamon M, Herteg ard S, Anand KJS, Lagercrantz H. Mode of delivery modulates physiological and behavioral responses to neonatal pain. J Perinatol. 2009; 29: p. 44-50.
45. Bartocci M, Winberg J, Ruggiero C, et al. Activation of olfactory cortex in newborn infants after odor stimulation: a functional near-infrared spectroscopy study. Pediatr Res. 2000; 48: p. 18-23.
46. Varendi H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet Lond Engl. 1994; 344: p. 989-990.
47. Brymdr K, Cadwell K, Svensson K, et al. The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. Matern Child Nutr. 2020;(16:e13042.).
48. Nelson EE, Panksepp J. Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. Neurosci Biobehav Rev. 1998; 22(3): p. 437-452.
49. Raineck C, Pickenhagen A, Roth TL, Babstock DM, McLean JH, Harley CW, et al. The neurobiology of infant maternal odor learning. Braz J Med Biol Res. 2010;(43): p. 914-919.
50. Panksepp J. Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions New York: Oxford University Press; 1998.
51. UNICEF/OMS. Guía para la aplicación. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología. Revisión de la Iniciativa «Hospital Amigo de la Madre y el Niño»; 2019.
52. Graven SN. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. Clin in Perinatol. 2004; 31(2): p. 199-216.

53. Hofer M. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatrica*. 1994;(397): p. 9-18.
54. Brimdyr K, Wiström AM, Svensson K Skin to Skin in the First Hour after Birth: Practical advice for staff after vaginal and cesarean birth. *Skin to Skin in the First Hour after Birth: Practical advice for staff after vaginal and cesarean birth [DVD]*. Sandwich, MA, USA:., 2011. [DVD].; 2011.
55. Uvnäs-Moberg K, Widström AM, Marchini G, Winberg J. Release of GI hormones in mother and infant by sensory stimulation. *Acta Paediatr Scand*. 1987: p. 851-860.
56. Born, J., Wagner, U. Sleep, hormones, and memory. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2009; 36(4): p. 809-829.
57. Vain N, Satragno D, Gorenstein A et al. Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomized, non-inferiority trial. *The Lancet* 2014; (14) 60197-5. *Lancet*. 2014 Jul; 384(9939): p. 235-240.
58. CEFEN (Comité de Estudios Feto-Neonatales de la Sociedad Argentina de Pediatría). Área de Trabajo en Reanimación Neonatal). *Manual de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal*. 2nd ed. Buenos Aires; 2016.
59. British Association of Perinatal Medicine. Guidelines for the Investigation of Newborn Infants who suffer a Sudden and Unexpected Postnatal Collapse in the First Week of Life. [Online]. Edimburgh; 2011 [cited 2022 06 07. Disponible en: https://hubble-live-assets.s3.amazonaws.com/bapm/attachment/file/26/SUPC_Booklet.pdf.
60. 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): p. S107-S117.
61. PJ F. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *rch Dis Child Fetal Neonatal*. 2012; 97(1): p. F2-3.
62. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, et al. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*. 2011; 127(4): p. e1073-1076.
63. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr*. 2018;(14): p. e12571.
64. K. M. The RAPP Assessment. The 6th Annual National Intensive Kangaroo Care Certification Learner's Manual: United States Institute for Kangaroo Care; 2012.
65. Resolución N° 348/2003 SALUD. Normas de organización y funcionamiento de servicios de maternidad. [Online].; 2003. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/85616/norma.htm>.
66. Ministerios de Salud, de Cultura y de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. 62. La lactancia ¿Es sólo materna? Reseña de los conversatorios sobre lactancia 2020-2021. 1000 días. Cuidar para transformar. [Online].; 2022. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/2022-03-conversatorios-lactancia-2020-2021.pdf>.
67. Ley N° 13.509/2006 - Provincia de Buenos Aires. Requisitos mínimos para el dictado de cursos de

preparació integral para la maternidad y psicoprofilaxis. [Online].

Disponible en: <https://tinyurl.com/39vdt8e>.

68. UNICEF. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. [Online].; 2016 [cited 2022 06 09]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/49801/file/From-the-first-hour-of-life-ENG.pdf>.
69. Nickel W, Weinberger S, Guze P.. Principles for Patient and Family Partnership in Care: An American College of Physicians Position Paper. 2018;169:796-799. Ann Intern Med. 2018;(169): p. 796-799.
70. OMS. Framework on integrated people-centered health services. [Online].; 2016 [cited 2022 06 09]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>.
71. Constitución de la Nación Argentina. [Online].; 1994. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>.
72. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennell JH. Ley N° 24.540. [Online]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=27386>.

ANEXO 1

Hormonas involucradas en el proceso del nacimiento

Hormona	Momento en que es secretada	Efecto
Catecolaminas (Noradrenalina)	En el inicio del trabajo de parto, con las contracciones y durante el pasaje por el canal de parto	Mantiene la presión arterial, los niveles de glucemia, la respiración y la oxigenación. Estimula el alerta para el contacto visual
Oxitocina ("hormona del amor y la felicidad")	<p>Inicio del trabajo de parto y parto.</p> <p>En la persona gestante durante la lactancia, con la succión</p>	<p>En la gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrae el útero y disminuye los sangrados • Induce la relajación, contrarresta a las catecolaminas • Facilita la interpretación de señales de la persona recién nacida • Incrementa: <ul style="list-style-type: none"> • la eyección de calostro /leche • la conducta de cuidado maternal • el reconocimiento facial • la atracción • el apego <p>En la persona recién nacida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Induce la relajación, contrarresta a las catecolaminas • Incrementa la alerta tranquila • Potencia sus efectos relacionados a las emociones y la socialización junto a las acciones de la dopamina y se contraponen al cortisol.
Dopamina ("hormona de la recompensa")	Inmediatamente al nacer	<p>Se relaciona a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el deseo • la búsqueda de recompensa • las adicciones

Hormona	Momento en que es secretada	Efecto
		<ul style="list-style-type: none">• la diversión• los impulsos• las conductas sexuales y reproductivas• la formación y mantenimiento de hábitos
Endorfinas	En el trabajo de parto	Disminuye la sensibilidad al dolor, tanto en la persona recién nacida como en su gestante
Cortisol ("hormona del estrés")	En las situaciones adversas, que requieren resiliencia	Sostiene los niveles de glucemia y los parámetros vitales. Consume energía, disminuye la acción de la hormona de crecimiento. Los ámbitos adversos expresan mayor cantidad de sus receptores y, por lo tanto, estimulan su secreción
Colecistoquinina	En respuesta a la ingesta de alimentos	Otorga sensación de saciedad

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2

Actividad motora en CoPaP de las personas recién nacidas durante su Primera Hora de Vida y acciones sugeridas al equipo de salud que atiende nacimientos para favorecer el ambiente propicio en la recepción

- Temperatura en la sala de partos o quirófano: 24-28 °C. Verificar que no haya corrientes de aire.
- Luz tenue.
- Designar a quien realizará el monitoreo de la Primera Hora de Vida (mínima dotación de personal necesario para la atención).
- Informar a las familias.

Estadios	Conductas de la persona recién nacida	Acciones del equipo de salud
Llanto de nacimiento	Llanto intenso, inmediato al nacimiento, transición a la respiración pulmonar.	Colocar a la persona recién nacida cuidadosamente en decúbito prono sobre la piel del abdomen de la persona gestante en CoPaP ¹ . Secar el cuerpo suavemente con una compresa tibia y seca. Cubrirlo con otra compresa seca y tibia. Aguardar para realizar la ligadura del cordón umbilical.
Reposo	Relajación, sin movimientos visibles, excepto la respiración.	Calcular el puntaje de Apgar. Colocar las pulseras identificatorias. Realizar un examen visual inicial, general, rápido. Proceder a la ligadura y sección del cordón umbilical. Evitar separar los cuerpos de la persona recién nacida y de la persona puerpera. Controlar la respiración, el color y la posición de la persona recién nacida. <ul style="list-style-type: none"> - No masajear ni frotar con la compresa - Evitar las corrientes de aire y retirar la compresa tibia que cubre el dorso del/de la bebé. - No forzar la succión - Evitar intervenir manualmente en la diada si los signos vitales del/de la bebé son adecuados.
Despertar	Apertura de los ojos, indicios de pequeños movimientos de la cabeza o los miembros	Reducir los estímulos auditivos y lumínicos (debe haber luz suficiente para el monitoreo de la persona recién nacida) para favorecer el despertar y luego la actividad con contacto visual con la persona puerpera. Animar a la familia a hablarle suavemente. El entorno adecuado en el ambiente propicio , empático con las sensaciones de quien, hasta el instante de nacer no conocía la luz ni la

¹ **Posición de la persona recién nacida:** Colocar el cuerpo del bebé sobre el abdomen de la persona gestante,

		intensidad de los ruidos más allá de los del cuerpo gestante y de la familia más próxima durante la gestación, persigue reducir las catecolaminas y el estrés, para dar lugar a la oxitocina, la dopamina, las endorfinas, el bienestar y el placer.
Actividad	Movimientos de la cabeza y de los miembros, sin separar el cuerpo del cuerpo de la gestante	Animar a la persona gestante al contacto visual. No intervenir con estímulos táctiles.
Descanso ²	Descanso con alguna muestra de actividad sutil de la boca, las manos o de succión	No separar al binomio. No estimular para generar el despertar. Controlar la respiración, el color y la posición de la persona recién nacida.
Arrastre	A veces el/la bebé reptaba de manera muy evidente para llegar al pecho de la persona puerpera; otras veces es sutil.	Colocar compresas debajo de los brazos de la persona gestante, a fin de facilitar la contención de los movimientos. La persona puerpera y el/la acompañante pueden colaborar en la contención. Para ello, se sugiere que reciban información acerca de la actividad que su hijo o hija puede desarrollar en este momento. De este modo, podrán contener y reorientar al bebé, si lo requiere, para alcanzar el pecho.
Familiarización	La boca alcanza el pezón; el mentón rebota; la boca se ubica para la succión.	No forzar la succión.
Succión	La boca se acopla al pezón y la areola, y comienza la succión.	Permitir la succión durante los minutos que la persona recién nacida la mantenga de manera activa. No forzarla ni interrumpirla.
Sueño	Al finalizar la succión. Cierre de los ojos, sueño profundo.	Idealmente, no separar ni interrumpir el sueño del binomio. De acuerdo con la organización de cada servicio: <ul style="list-style-type: none"> - Trasladar al binomio en CoPaP hacia el área de internación conjunta. - Completar las rutinas antes o inmediatamente después del traslado a internación conjunta (acciones posteriores a la ingesta de calostro).

Monitoreo clínico, actividad de la persona recién nacida, inicio de la lactancia. Documentar.

Papel del acompañante: informarle lo que debe esperar que ocurra; sugerir apagado de dispositivos digitales.

Fuente: Elaboración propia

² El descanso puede intercalarse, además, entre cualquiera de las etapas

ANEXO 3

Imágenes ilustrativas de las nueve etapas de Windström

1. Llanto



2. Reposo



3. Despertar



4. Actividad



5. Descanso



6. Arrastre



7. Familiarización



8. Succión



9. Sueño





Ministerio de Salud
Argentina