



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura

Sede: FCM



TESINA

Tema: “EDUCACIÓN A MADRES CON HIJOS
PREMATUROS”.

Autores:

Alessandra, Micaela

Montenegro, Micaela

Pécora, Mariela

Mendoza, Febrero de 2018.

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acto de aprobación

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESÚMEN

Tema: “Educación a madres con hijos prematuros”

Autoras: Alessandra Micaela, Montenegro Micaela, Pécora Mariela.

Lugar: Servicio de Seguimiento Neonatal, del Hospital Dr. Humberto Notti.

Introducción: El proyecto realizado se lleva a cabo luego de haber detectado en las madres de pacientes prematuros, errores o diversas dudas sobre los cuidados que deben tener con sus hijos post internación. El objeto de estudio del proyecto es saber que conocimiento poseen las madres en el cuidado del paciente pre termino, para evaluar si han recibido educación durante el período de internación, en caso de ser afirmativo, detectar cuáles son sus falencias o debilidades para poder corregirlas con el de fin de asegurar el cuidado optimo del bebe en el hogar y evitar un reingreso precoz al Servicio o complicaciones en la salud del paciente.

Objetivo General: Indagar sobre los conocimientos que poseen las madres sobre los cuidados del prematuro post internación.

Objetivo Específico: Identificar las actividades educativas que recibió la madre durante la internación hospitalaria. Determinar que prácticas ofrecen las madres a sus hijos en el hogar, con la educación recibida durante el período de internación. Caracterizar la población de estudio (factores socio cultural, económico, etc.)

Métodos: Es un estudio con enfoque cualitativo. El diseño es no experimental, se elige el tipo transversal exploratorio. La muestra para realizar la entrevista es de tipo no probabilística y el total de la muestra es de 25 madres de pacientes prematuros.

Conclusiones: Se observa en su mayoría un rango etario entre 25 y 29 años, solteras, con embarazos de 28 a 30 semanas de gestación y en general son madres primerizas. En cuanto a la atención de enfermería, se clasifico como “muy buena” y la educación recibida resulto “útil” pero presentaron dificultades para

comprender: corroborando lo que las autoras planteaban en el inicio del proyecto y para lo cual está dirigido.

Recomendaciones: Profundizar los conocimientos sobre las bases bibliográficas de las instituciones como UNICEF y el Hospital Garrahan, y poder crear teorías propias acordes a la realidad del servicio, creando un protocolo de enseñanza que los pacientes deben recibir por parte del personal.

Palabras clave: Educación-Prematuros- Cuidados

AGRADECIMIENTOS

Grupal:

“Agradecimiento especial, y de todas las integrantes del grupo para: los médicos, Daniela Carmona, Martin Ramos, Omar Yerfino. A los enfermeros, Lic. Marcelo Ferreyra, Lic. Beatriz Batistella, Lic. Marina Ríos, Lic. Marcelo Santander, y demás equipo de profesionales del Servicio de Neonatología del Hospital Humberto Notti, quienes nos ayudaron de forma desinteresada en la redacción y elaboración de nuestra tesina.”

“Agradecimiento para los padres, de los bebés, que aún continúan en seguimiento neonatal, y se tomaron su tiempo, para contarnos sus experiencias y responder nuestras encuestas.”

Mariela Pécora:

A mi familia, en especial a mi hermano menor Benjamín, quien siempre aguantó mi ausencia durante las largas horas de trabajo y estudio.

Micaela Montenegro:

A mi familia, que siempre me apoyó y me acompañó durante este largo periodo.

Micaela Alessandra:

Agradecimiento especial, a mis padres, a mis hermanos, que siempre me acompañaron y me enseñaron a superarme día a día. Y sobre todo a dos personas que ya no tengo en mi vida, y que siempre fueron muy importantes para mí, Sonia y Rubén, que sé que siempre me acompañan y me guían.

PRÓLOGO

Luego de verlos tan chiquitos e indefensos, algunos que no llegan a pesar un kilo, llenos de cables, conectados a maquinas que suenan todo el tiempo, y que los padres desconocen de donde proviene cada sonido, o significado. Que solo se les permite alimentarlos o tocarlos en el espacio pequeño de sus cuerpecitos, donde no haya ningún cable.

Comienzan a volverse grandes y cada vez demandan más de los padres, y menos de las maquinas. Es ahí donde el profesional evalúa el vínculo, y fomenta la unión: empieza el entrenamiento de los padres. Donde hay tanto que enseñar y tan poco tiempo, donde no se sabe cuál es el nivel educativo, y ahí cometemos el error, tantas palabras nuevas, tantos conceptos difíciles, tantos miedos, y tanta ansiedad junta, “¿cómo debemos hacer para que un padre comprenda todo sobre el cuidado de sus hijos?”

Llega el alta, “¿y ahora?”, los padres deberían saber cómo cuidarlos, sin que se les diga cómo. Y responder ante cada situación que se presente, es ahí donde trabajamos, debemos enseñar a como comenzar la vida fuera del hospital, y respetar el control de ella, para ello la creación de un servicio propio del cuidado de seguimiento neonatal.

ÍNDICE GENERAL.

Resumen	III
Agradecimientos	V
Prólogo	VI
Introducción	2
Descripción del problema	3
Formulación del problema	5
Objetivos	6
Justificación	7
Apartado A	9
• Complicaciones	10
• Internación	13
• Alta	17
• Seguimiento	19
• Derecho del prematuro N° 9	23
• Red SERENAR	25
Apartado B	42
• Aspectos psicoafectivos y emocionales	43
• Aspectos socioeconómicos y culturales	52
Apartado C	59
• Entrenamiento para padres	60
• Educación para la salud	62
Capitulo II:	

• Diseño metodológico	65
• Gráficos	66
Capítulo III	
• Resultados	90
• Propuestas	91
Bibliografía	92
Anexos	
• RCP	94
• Descripción de complicaciones secundarias	100
• Encuesta	105
• Imagen	107
• Tabla matriz	108

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico N° 1: “Edades”.	66
Gráfico N° 2: “Estado civil”	67
Gráfico N° 3: “Nivel Educativo”	68
Gráfico N° 4: “Ocupación”	69
Gráfico N° 5: “Cantidad de hijos”	70
Gráfico N° 6: “Localidad de residencia”	71
Gráfico N° 7: Servicio: “GAS”	72
Gráfico N° 8: Servicio “LUZ”	73
Gráfico N° 9: Servicio “AGUA POTABLE”	74
Gráfico N° 10: “Edad gestacional”	75
Gráfico N° 11: “Días de internación en neonatología”	76
Gráfico N° 12: “Atención de enfermería durante la internación”	77
Gráfico N° 13: “Instrucciones”	78
Gráfico N° 14: “Utilidad de las instrucciones”	79
Gráfico N° 15: “Dificultad para entender las instrucciones”	80
Gráfico N° 16: “Tipos de dificultades”	81
Gráfico N° 17: “Respuesta a las emergencias”	82
Gráfico N° 18: “Tipos emergencias”	83
Gráfico N° 19: “Requisitos para estadía del bebe en su hogar”	84
Gráfico N° 20: “Tipos de requisitos”	85
Gráfico N° 21: “Asistió a los controles del alta”	86
Gráfico N° 22: “Adaptación/ aceptación”	87
Gráfico N° 23: “Apoyo psicológico”	88

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto está basado en la experiencia laboral de las autoras, en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti de la Provincia de Mendoza. Haciendo énfasis en los pacientes prematuros, su vínculo con sus padres y los cuidados en el hogar que requieren. Atravesando por temas fundamentales como la atención durante la internación, la educación a los padres, control y seguimiento post alta.

Este trabajo está destinado a los profesionales que trabajan en el área de neonatología para su capacitación y para los padres, para que comiencen a comprender el manejo de la patología que padecen sus hijos y responder ante posibles complicaciones que puede presentar el bebé al ser llevado a casa. Así como también, la adaptación de estos en su vida cotidiana durante los primeros meses de convivencia. Haciendo hincapié en los derechos de los bebés prematuros, sobre todo en el Derecho N° 9: “LOS PADRES TIENEN DERECHO A ACOMPAÑAR TODO EL TIEMPO A LOS BEBES”, donde los prematuros tienen derecho a acceder a un programa de seguimiento donde se los acompañe desde el primer momento que dejan el hospital.

Con el fin de realizar una evaluación de cuáles son los factores que influyen en el aprendizaje de los padres y determinar si efectivamente se brinda educación en el período de internación.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti se ha observado en las madres de pacientes Prematuros, un desconocimiento general en cuánto a cuidados específicos o primordiales que necesitan sus hijos.

La problemática más relevante que surgiría en este tipo de pacientes y en su evolución/ desarrollo son las complicaciones o afecciones que se producen en el hogar por la falta de conocimientos o por falta de cumplimiento en el régimen terapéutico; que provoca un re ingreso al servicio y un retroceso en su evolución fuera de la Institución. Para esto es importante identificar el nivel sociocultural, edad, exposición a factores de riesgo y experiencias previas con prematuros extremos. A demás, de reconocer si las madres poseen conocimientos previos o si reciben educación durante la internación por parte de los profesionales.

La sobrevida de quienes pesaron menos de 1500 gr al nacer mejoró en la última década, aun así, con este proyecto se pretende lograr una mejora en el transcurso final de la internación del paciente con respecto a los padres para que ellos estén bien instruidos a la hora de llevar el niño al hogar.

Se presume que las principales falencias se deben a la falta de un protocolo formal de educación a las madres, dónde se pueda evaluar los conocimientos que poseen y que necesitan, así como valorar el aporte de educación que presta los enfermero/as del servicio.

Dichas falencias se evidencian por errores que cometen las madres en el cuidado de sus hijos, en el hogar, que provocan secuelas o afecciones que van de leves a graves.

Las prácticas sobre las cuales se debería educar o reforzar la educación son:

- Termorregulación

- Alimentación
- Administración de medicamentos en tiempo y forma
- Organización del sueño – vigilia
- Higiene y vestimenta
- Posición (“mamá canguro”)

Es de interés, para este grupo de trabajo, investigar esta temática, para brindar un aporte que contribuya a estimular el neuro desarrollo del niño, favorecer el vínculo madre-hijo, optimizar los cuidados, evitar complicaciones y un posible reingreso a internación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué conocimientos poseen las madres en el cuidado del recién nacido pre término, dentro del área de Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti en el período abril- septiembre del 2017?

OBJETIVOS

General:

Indagar sobre los conocimientos que poseen las madres sobre los cuidados del prematuro post internación.

Específicos:

- Identificar las actividades educativas que recibió la madre durante la internación hospitalaria.
- Determinar que prácticas ofrecen las madres a sus hijos en el hogar, con la educación recibida durante el período de internación.
- Caracterizar la población de estudio (factores socio cultural, económico, etc.)

JUSTIFICACIÓN

Las autoras del siguiente proyecto han seleccionado el tema “EDUCACIÓN A MADRES CON HIJOS PREMATUROS”, porque han observado en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti que las madres de pacientes prematuros evidencian dificultades o no comprenden totalmente las tareas que se le explicó. Lo que no garantizaba un cuidado óptimo del bebe en el hogar.

La educación es una herramienta simple, efectiva y económica que permite una atención de calidad al paciente y brinda confianza e independencia a las mamás para cuidar a sus hijos.

Por ende, el trabajo está dirigido al personal de enfermería para ampliar sus conocimientos, establecer y unificar criterios y optimizar la educación que se brinda. Esto es de utilidad tanto para el personal como para las madres, retroalimentándose mutuamente.

MARCO TEÓRICO

APARTADO A
SERVICIO DE SEGUIMIENTO

Para dar inicio a la investigación, es necesario describir el trabajo que se lleva a cabo dentro del servicio de seguimiento Neonatal del Hospital Humberto Notti, quienes son los que se encargan del tratamiento posterior al alta inmediata con los bebés que han estado internados en el servicio de Neonatología.

Para ello se debe establecer algunas definiciones y conceptos específicos.

Según el Ministerio de Salud de la Nación¹:

Cuando el nacimiento se produce antes de la semana 37 de gestación (un embarazo normal dura entre 37 y 41 semanas), se dice que el niño es prematuro.

Según la edad gestacional se pueden agrupar al momento de nacer en:

- Prematuro moderado o tardío: 32 a < 37 semanas de edad gestacional (SEG)
- Muy prematuro: 28 a < 32 semanas de edad gestacional (SEG)
- Extremadamente prematuro: < 28 semanas de edad gestacional (SEG)

El 80% de estos nacimientos se dan de manera espontánea. Sólo un pequeño porcentaje se debe a causas médicas que requieren adelantar la fecha del parto (por ejemplo, hipertensión en el embarazo).

Algunas situaciones que pueden aumentar el riesgo son:

- partos prematuros previos,
- embarazo gemelar,
- contracciones antes de tiempo,
- pérdida de sangre después del quinto mes,
- infecciones urinarias, vaginales u odontológicas.

Los accidentes, las situaciones de violencia durante el embarazo, la inadecuada nutrición, y el consumo de tabaco y de sustancias tóxicas también son factores de riesgo.

¹ (<http://www.msal.gob.ar/index.php/0-800-salud-responde/514-prematurez>)

La Unicef sostiene que “El seguimiento de recién nacidos forma parte de la prevención en salud, enfocada en una política de prevención precoz, pues en los primeros meses de vida se juegan muchos parámetros de la vida del niño y también de sus padres.”

En la actualidad, la esperanza de vida de los niños prematuros es muy elevada. Esto se debe a la disponibilidad y perfeccionamiento de los recursos técnicos, y también a los grandes avances e implementación en los protocolos obstétricos y neonatales.

Los bebés prematuros dados de alta de las unidades neonatales son considerados recién nacidos de riesgo (RNR), y por tal motivo necesitan un seguimiento especial para poder lograr que su regreso al hogar sea saludable en lo que compete a su desarrollo físico, psíquico y emocional, y a su integración social con igualdad de oportunidades, en pleno goce de sus derechos humanos y de salud”.

Los problemas de salud que pueden afectar a los prematuros incluyen: ²

- Apnea: Es una pausa en la respiración de 20 segundos o más. Algunas veces los bebés prematuros tienen apnea. Puede suceder junto con una frecuencia cardíaca lenta.
- Síndrome disneico (RDS, por sus siglas en inglés): Es un problema de la respiración que es más común en los bebés nacidos antes de las 34 semanas de embarazo. Los bebés con RDS no tienen una proteína llamada "surfactante" que evita que las pequeñas bolsas de aire de los pulmones se compriman o aplasten.
- Hemorragia interventricular (IVH, por sus siglas en inglés): Ésta es el sangrado en el cerebro. Suele suceder cerca de los ventrículos en el centro del cerebro. El ventrículo es un espacio en el cerebro que está lleno de líquido.

² <http://nacersano.marchofdimes.org/complicaciones/bebes-prematuros.aspx>

- Conducto arterial persistente (PDA, por sus siglas en inglés): Es un problema del corazón que sucede en la conexión (llamada "conducto arterial") entre dos vasos sanguíneos importantes cerca del corazón. Si el conducto no se cierra adecuadamente después del nacimiento, el bebé puede tener problemas de respiración o insuficiencia cardíaca. Ésta última sucede cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre.
- Enterocolitis necrótica (NEC, por sus siglas en inglés): Es un problema con los intestinos del bebé. Puede causar complicaciones en la alimentación, pancita inflamada y diarrea. A veces sucede de 2 a 3 semanas después del nacimiento prematuro.
- Retinopatía del prematuro (ROP, por sus siglas en inglés): Es un desarrollo anormal de vasos sanguíneos en el ojo. Puede llevar a la pérdida de la vista.
- Ictericia: El blanco de los ojos y la piel del bebé tienen un color amarillo. El bebé tiene ictericia cuando el hígado no está desarrollado por completo o no está funcionando bien.
- Anemia: Sucede cuando el bebé no tiene suficientes glóbulos rojos sanos para transportar oxígeno al resto del cuerpo.
- Displasia broncopulmonar (BPD, por sus siglas en inglés): Es un problema pulmonar que puede manifestarse tanto en los bebés prematuros como en los bebés que reciben tratamiento con una máquina respiradora. En los bebés con BPD a veces se presenta líquido en los pulmones, lesiones y daño pulmonar.
- Infecciones: Los bebés prematuros suelen tener problemas para combatir los gérmenes porque su sistema inmunitario no está totalmente desarrollado. Las infecciones que pueden afectar a un bebé prematuro incluyen neumonía, una infección de los pulmones; sepsis, una infección de

la sangre; y meningitis, una infección en el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal.

Además, de estas complicaciones son muy frecuentes (2 a 3 casos por mes) en el Servicio, los casos de obstrucciones intestinales que proceden a ostomías, hidrocefalias, infección por Virus Sincicial y neumotórax.

Como mencionamos previamente, es de interés de este proyecto, describir las consideraciones generales, recomendaciones y las actividades de enfermería a realizar en cada una de las etapas que atraviesa el niño y su familia desde la internación hasta su alta y el seguimiento posterior. A continuación, se describe y explica las actividades y consideraciones más relevantes en cada etapa.

I- Internación

Pautas de atención de enfermería durante la internación

La estrategia de cuidados centrados en la familia promueve acciones de mayor participación de los padres y de toda la familia, asumiendo un rol activo en el cuidado del bebé desde su nacimiento. Su participación en el crecimiento y desarrollo del niño, aún en condiciones especiales, como es la internación, proporciona beneficios significativos y de largo alcance para todos: servicio y familia.

La enfermera cumple un rol importante en la atención del recién nacido de riesgo, desde el nacimiento, durante la internación y en el seguimiento, luego del alta. El oportuno apoyo a las familias en todas las etapas, orientación, contención e información, y un alta programada disminuyen temores, preocupaciones y desalientos facilitando la estadía en un ambiente desconocido y ofreciendo confianza para etapas posteriores.

La enfermera asume la responsabilidad de asistir a los padres y aprovecha la oportunidad para dialogar con ellos acerca de los cuidados que el niño necesita, respetando sus pautas culturales y derechos, señalando los beneficios de estos a toda la familia.

El acompañamiento, la contención, el apoyo y la generación de confianza se realizan paulatina y progresivamente respetando los tiempos de cada mamá y cada familia, a fin de fortalecer y facilitar la comprensión de que estos niños son especiales y requieren cuidados específicos por un tiempo prolongado.

Cuidado centrado en la familia durante la internación

Además del cuidado de los bebés, la enfermera tiene una función fundamental en el acompañamiento y el cuidado de los padres, entre ellos:

- Orientar y asistir adentro de la institución: informar normas de funcionamiento y sobre la realización de trámites hospitalarios varios.
- Destacar la importancia del lavado de manos.
- Acompañar a los familiares durante la visita al lado de la incubadora.
- Facilitar cuidados básicos del niño en la incubadora
- Estimular a llamar al niño por su nombre y el contacto piel a piel en cuanto sea posible.
- Derivar y coordinar con las demás disciplinas en función de las necesidades detectadas.
- Informar a la familia sobre la necesidad de apoyo y cuidado de la madre e importancia del control post parto y la planificación familiar.
- Informar y orientar sobre el programa de seguimiento existente y la importancia de los controles luego del alta para el recién nacido.

Educación para padres

- Importancia de la lactancia materna, técnica de extracción de leche, conservación y transporte.
- Forma de abordaje del prematuro en incubadora considerando el neuro desarrollo y sus formas de comunicación.
- Entrega de material gráfico para su lectura en el domicilio en lenguaje adecuado.
- Informar sobre los derechos de los padres y del recién nacido, así como leyes que los protegen.
- Cuidados post alta: medio ambiente y pautas de crianza.
- Programación de visitas guiadas de abuelos y hermanos.
- Signos de alarma en el hogar y mantenimiento de la lactancia (técnica de re lactación)

La educación es fundamental para un cuidado eficiente y eficaz en el hogar y constituye una herramienta básica para resolver la problemática observada en el servicio: desconocimiento general en cuánto a cuidados específicos o primordiales.

Adecuación del ambiente, participación y comunicación

El sector pre alta es un espacio ideal para ofrecer apoyo, contención e información a los padres para que estimulen y protejan el vínculo, permitiendo que ejerzan su derecho de participación y de recibir información oportuna y clara. Para ello puede ser útil:

- Permitir el libre acceso a la información de los padres, facilitando el espacio de comunicación y participación.

- Invitar a traer al bebé objetos o juguetes adecuados.
- Proponer una interacción mutua a través de suaves caricias ya que estimulan el desarrollo del bebé a través del sentido del tacto.
- Ofrecer todos los recursos físicos e informativos y de soporte para la lactancia materna.
- Propiciar la comunicación con el bebé: hablarle suavemente, cantarle canciones, etc.

Comunicación con los padres y la familia:

El modelo MSCF (Maternidad Segura y Centrada en la Familia), además de proponer la activa participación y protagonismo de la familia, promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las pacientes, su situación familiar y estilo de vida; también, se esfuerza por garantizar el derecho de los niños y las niñas a nacer en un ambiente de confianza y seguridad.

La comunicación se ve en ocasiones perjudicada y presenta generalmente dificultades debido a la diferencia de culturas, la brecha de saberes entre los padres y los profesionales y la dificultad de generar empatía en situaciones de crisis.

Por eso se sugiere:

- Evitar los prejuicios, cuidar y respetar la idiosincrasia, el marco cultural y la etnia de los pacientes. Reconocer sus creencias, usos y costumbres.
- Invitarlos a participar activamente del cuidado de su bebé, con información precisa y sin autoritarismo.
- Llamar a los padres por su nombre, evitar el uso del apellido de forma permanente y agendar el nombre del bebe para identificarlo junto con ellos.

- Preguntar a los padres como se sienten, en un tono afectivo y propiciador de la conversación, ofreciendo un clima favorable para que ellos puedan verbalizar sus temores, sus sentimientos positivos o negativos acerca del niño.
- Utilizar un modo cálido, claro y simple de brindar información a los padres, estimulando las preguntas sobre dudas en general, o específicas, mostrando disposición a la respuesta.
- Evitar interrogatorios sobre el presente o pasado, que pueden ser invasivos a la sensibilidad del momento.
- Favorecer la capacitación del equipo para que este entrenado en comunicarse de forma clara, empática, precisa y sensible.
- Favorecer la participación de los padres a la hora de alimentarlos, bañarlos y hacerlos dormir comunicándose con ellos de forma clara, empática, precisa y sensible.

Es de suma importancia estimular la capacitación del equipo de salud respecto de la comunicación con los padres y soportes de contención emocional, para poder ofrecerles información de forma clara, empática y precisa, comprendiendo y sensibilizándose con su problemática.

II- Alta

Condiciones de alta en las unidades neonatales

Las condiciones de alta en las unidades neonatales se pueden resumir en:

- Buen estado general del niño.
- Peso del niño no menor de 2000 gr y curva de crecimiento en ascenso.
- Succión eficaz y buena coordinación de la succión, deglución.

- Hematocrito mayor a 25%. Niño con 20 – 25% solo si es asintomático y con buen crecimiento ponderoestatural.
- Vacunas (las que correspondan a edad cronológica y peso de nacimiento)
- Valoración del medio socioeconómico, con apoyo del Servicio Social.
- Educación y empoderamiento de la madre y el padre en la atención del recién nacido, previo al alta.

Indicaciones al alta del servicio de Neonatología

- Entrega a la madre del carnet o libreta de recién nacido de riesgo.
- Indicaciones escritas acerca de los cuidados que requerirá el niño (alimentación, higiene, vestimenta, medidas de seguridad en el hogar).
- Especificar claramente, en caso de necesitar medicación, dosis y frecuencia.
- Verificar si se realizó la pesquisa neonatal (endócrina, metabólica y auditiva), orientando para su realización si no fue realizada.
- Citar al consultorio de seguimiento con el neonatólogo o pediatra y programar los turnos de interconsultas con los diferentes especialistas, anotándolos en el carnet o libreta de RN.
- Comunicar al centro de salud próximo a su domicilio.

Adecuación del ambiente, participación y comunicación

Será de gran valor programar el alta del bebé con antelación y conversar con los padres sobre esto, ya que ellos serán quienes deberán efectuar preparativos adecuados en el hogar.

Para ello es fundamental:

- Empoderar el rol materno y paterno.

- Brindar información sobre pautas de crianza y cuidados integrales.
- Promover el apego.
- Contener a la madre en los aspectos emocionales posparto.
- Sostener y acompañar a la familia en sus necesidades físicas y emocionales.
- Proveer en forma continua ayuda, acompañamiento y servicios a la madre y a la familia.
- Seguir el crecimiento y el desarrollo del niño en forma cercana y evaluar el grado de seguridad del niño en el hogar.
- Acompañar la situación emocional y social de los padres.
- Ofrecer asesoramiento y soportes para la lactancia materna.

Algunas familias pueden requerir sesiones de apoyo psicológico para lograr adecuarse afectivamente al niño en situación de riesgo, por eso es sustancial ofrecer un diagnóstico y una derivación oportuna.

III- Seguimiento

Este es un apartado en el que se quiere hacer hincapié, ya que, en los consultorios de seguimiento, es donde trabajarán las autoras de este proyecto para investigar, evaluar y proponer posibles soluciones a la problemática descripta anteriormente: desconocimiento general, de las madres, en cuánto a cuidados específicos o primordiales que necesitan sus hijos, en el hogar.

En dicho servicio, se lleva a cabo el tratamiento posterior al alta inmediata con los bebés que han estado internados en el servicio de Neonatología y al momento del alta pasan a seguimiento. Los motivos de internación, por lo general, son:

- Pacientes Prematuros
- Post – quirúrgicos

- Pacientes que padecieron Hiperbilirrubinemia con exsanguineo de transfusión
- Todo paciente que haya requerido ventilación positiva
- Pacientes Neuroquirúrgicos
- Pacientes con riesgos sociales

En el caso de los pacientes que se atienden bajo el diagnóstico de RNPT, durante el seguimiento es donde se valora y se trabaja el desarrollo de las problemáticas sociales y habitacionales; ya que son necesarias ciertas condiciones en el hogar y en el núcleo familiar para el cuidado del recién nacido. Un gran porcentaje de las familias no cuentan con todos los recursos y desconocen el tratamiento que se debe llevar a cabo luego de la internación del bebé.

Dentro de esta labor, las autoras del proyecto buscan corregir los errores que se producen durante la internación con los padres con respecto al servicio de enfermería, ya que se ha observado que ellos deberían llegar con conocimientos básicos al momento del alta del bebé y así evitar complicaciones en el hogar o reingresos innecesarios al hospital. Algunas de las enseñanzas básicas que se les deberían enseñar a los padres son:

- Colocación de sondas orogástricas.
- Cateterismos intermitentes (en caso de padres de bebés con patologías de disfunción urinaria)
- Enseñanza sobre la higiene tanto del bebé, mamá y entorno del pequeño
- Manejo de ostomías (en caso de los bebés que las posean), las madres deberían saber previo al alta sobre cambios de bolsa, protección de la piel y posibles riesgos que conllevan las ostomías.

- Toma de signos vitales, como frecuencia cardiaca, temperatura, cambios en la frecuencia respiratoria (Signos de alertas como tiraje o cambio de color en la piel).
- Respuesta inmediata en caso de signos de alerta, ejemplo: posibles bronco aspiraciones

Las acciones que se llevan a cabo dentro de lo que es seguimiento Neonatal es:

- ✓ Control de crecimiento
- ✓ Control de desarrollos neurosensoriales
- ✓ Screening auditivos
- ✓ Controles oftalmológicos
- ✓ Interconsultas con especialistas de acuerdo con las patologías de cada paciente
- ✓ Controles de analíticas
- ✓ Ecografías cerebrales y de caderas.

En el caso de los pacientes que viven en zonas alejadas, el servicio cuenta con un convenio, donde se ingresa al paciente a internación en el “Hospital de día” y se intenta realizar el máximo de los controles requeridos.

Otro apartado del convenio se refiere a los casos de niños con trastorno de aprendizaje, los cuales se derivan al equipo interdisciplinario con el que se comienza a trabajar conjuntamente.

En el caso de pacientes con problemáticas sociales, dentro del área de seguimiento se trabaja juntamente con el Área de Trabajo Social, donde se evalúa la situación de la familia y de tener que intervenir, lo hace en conjunto con las asociaciones tales como OAL (Organismos Administrativos Locales) y DINAF

(Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia), brindándole protección y un lugar acorde a la necesidad del bebé y de ser posible, internación conjunta con la mamá en el Hospital Conín.

Según las normas de la Nación, Resolución Ministerial N°0223/9: Programa Red de Servicios de Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo (RED-SERENAR), el conjunto de personas que lleve a cabo tal labor debe ser conformada al menos por:

- Dos Médicos
- Un Enfermero
- Un Psicólogo
- Trabajador social

Además de los profesionales mencionados, en el servicio de Seguimiento del Hospital Notti, se cuenta con profesionales en Kinesiología, Neumología (solo para interconsultas), quienes colaboran en el post –internación.

Para explicar mejor el trabajo que se realiza en el servicio y su fundamentación, las autoras de este proyecto se basan en los “Derechos de los Prematuros”, que se detallan a continuación:

LEYES DE LOS DERECHOS DEL PREMATURO: DERECHO Nº 9: LOS PADRES TIENEN DERECHO A ACOMPAÑAR TODO EL TIEMPO A LOS BEBES ³

“El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo” ⁴

René Spitz (1945) demostró que la sobrevivencia de niños internados no es resultado único de la alimentación y cuidados técnicos apropiados, sino que se requiere además de la presencia de un “cuidador calificado” a quien ese sujeto en desarrollo le importe afectivamente. Esa función es la que cumplen los padres o familiares de todo recién nacido y, en el caso de los niños prematuros hospitalizados, no debería ser postergada o interferida.

Al garantizar que la familia, este todo el tiempo con su hijo/a, se fortalecen funciones de la familia, que son fuertemente protectoras para la calidad de vida de los niños/as, y ayudan en la humanización del personal médico, como ser:

- **Sostén y apego:** la creación de vínculos y un apego temprano ayuda en el desarrollo, crecimiento y salud de los bebés. La presencia constante de al menos un familiar facilita el apego, base del desarrollo psico- emocional del niño. Provee experiencias sensoriales apropiadas, reduce las interrupciones del sueño, el olor físico y el estrés.
- **Desarrollo y crecimiento:** La permanencia de los padres, juntos a sus bebés permite que la familia se prepare desde el comienzo para cuidar el crecimiento y desarrollo del recién nacido, protegiendo su calidad de vida.
- **Lactancia materna:** ya sabemos que la lactancia es de vital importancia en cualquier recién nacido, pero dentro de los prematuros podemos decir que es mucho más importante ya que el contacto piel a piel con su mamá, fortalece el vínculo y disminuye el estrés que genera el ambiente de terapia.

³ https://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_Derecho5_web.pdf

⁴ UNICEF. Decálogo del Prematuro. Semana del Prematuro 2010. Acceso: 12/08/2011.

- Humanización del cuidado médico: las familias deben ser sostenidas con trato humano comprensivo, inclusivo y comunicativo, la calidad del cuidado que recibirán esos bebés se verá exponencialmente mejorada desde una visión de salud integral.

Barreras en los servicios de neonatología para el cumplimiento del derecho. Las barreras identificadas por los participantes podrían clasificarse en seis tipos diferentes:

1. Barreras relacionadas con la formación y educación.
2. Barreras físicas.
3. Barreras económicas y socioeconómicas.
4. Barreras relacionadas con los prejuicios.
5. Barreras culturales.
6. Barreras organizacionales.

Facilitadores en los servicios de neonatología para el cumplimiento del derecho 9. Los facilitadores no son entendidos únicamente como la contracara de las barreras, sino como todas aquellas cuestiones que ayudan a garantizar el cumplimiento del derecho. Los facilitadores identificados por los participantes se clasifican en cinco grandes categorías generales, que no son excluyentes:

1. Facilitadores relacionados con el apoyo y sostén psicológico y emocional.
2. Facilitadores relacionados con la infraestructura.
3. Facilitadores comunicacionales.
4. Facilitadores institucionales.
5. Facilitadores relacionados con las políticas de gobierno.

PROGRAMA RED DE SERVICIOS DE SEGUIMIENTO DE RECIEN NACIDOS DE RIESGO (Red SERENAR).

El Programa Red de Servicios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo (Red SERENAR), aplicado en la provincia de Córdoba, que tiene como objetivo principal la atención integral de los recién nacidos de riesgo en el seguimiento ambulatorio posterior de la hospitalización en los servicios de Neonatología.

Para ello, el programa propone: “Constituir una Red de Atención Integral del Recién Nacido de Riesgo entre los servicios de diferente nivel de complejidad, definir criterios para la atención integral del neonato de riesgo a fin de contribuir al logro de un equilibrio aceptable de sus procesos salud – enfermedad y generar conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de atención; identificar tempranamente alteraciones de crecimiento, enfermedades nutricionales, defectos neurológicos y generar conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de atención neurológicas y sensoriales, de efectos funcionales, trastornos de conducta y del aprendizaje, para permitir un adecuado desarrollo de todas sus potencialidades con una exitosa integración a la sociedad, en igualdad de oportunidades con los demás niños, con una adecuada contención y cuidado familiar”.

La idea de las autoras es lograr coordinar acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de los recién nacidos de riesgo y su familia, con un enfoque preventivo, con la utilización de tecnologías apropiadas, reduciendo los costos de la atención de patología de mayor complejidad que, por no ser detectada a tiempo, requiere intervenciones de alta tecnología

El seguimiento de recién nacidos “forma parte de la prevención en salud, enfocada en una política de prevención precoz, pues en los primeros meses de vida se juegan muchos parámetros de la vida del niño y también de sus padres”.⁵

⁵ Novali, L “Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo” 1997.

“El seguimiento enfoca en la evolución de estos niños desde el punto de vista somático, funcional y psíquico, poniendo de relieve la importancia de las numerosas interacciones del médico y la familia, actividad que debe ser coadyuvada desde el inicio por otras figuras profesionales que son indispensables para estos niños”.⁶

Por eso es el equipo de salud el que en un trabajo interdisciplinario e integral puede atender sus necesidades y las de su familia en un abordaje integrador e intersectorial, de beneficios comprobados.

Controles clínicos en el seguimiento de niños prematuros.

El primer control se debe realizar dentro de la primera semana posterior al alta, preferentemente entre las 48 y 72 horas.

- Esta primera consulta del pediatra con los padres del prematuro es muy importante, ya que en esta instancia se establecerán los vínculos necesarios para apoyar, contener y sostener a la familia durante el tiempo de seguimiento del niño.
- La frecuencia de los controles posteriores dependerá del estado del bebé y de la presencia de patologías asociadas, recomendándose un control mensual hasta cumplir el primer año de vida y posteriormente cada 6 meses, según la evolución clínica del niño.
- Todos los aspectos que evaluar en el niño en cada control se harán sobre la base de la edad corregida (excepto las vacunas que van de acuerdo con su edad cronológica)

Edad corregida: se denomina a la edad gestacional al nacer sumada a la edad posnatal en semanas, hasta las 40 semanas. Se calcula restándoles a las semanas de edad cronológica, las semanas que le faltaron al niño para llegar a término (considerando el término como 40 semanas). Así, por ejemplo, un niño que nació con 32 semanas de edad gestacional y viene a la consulta a los 3

⁶ Graziella Fava Vizziello, en su libro “Los hijos de las máquinas”,

meses de edad cronológica, tienen 1 mes de edad corregida: 12 semanas – 8 semanas= 4 semanas= 1 mes.

Las evoluciones obtenidas en los controles del pediatra y de los diferentes especialistas que siguen al niño deben ser anotadas siempre en el carnet o libreta de RN, según corresponda, que la mamá llevará consigo a cada consulta. En caso de no tenerlos podrá usarse un cuaderno una agenda destinada a tal fin.

Es importante registrar toda la información de estas consultas en la Historia Clínica de Seguimiento del Recién Nacido y según disponibilidad tecnológica, cargar los datos en la base correspondiente.

En cada control, el pediatra y el equipo de salud deberán determinar:

Inmunizaciones

Los recién nacidos prematuros vacunados tienen respuestas serológicas adecuadas, por lo tanto, su vacunación será igual a la de un recién nacido de término. Se deberán colocar las vacunas según las normas Nacionales de Vacunación, respetando la edad cronológica del niño.

- Las primeras vacunas que debe recibir el niño al nacer, luego de su estabilización, son la BCG y la vacuna del Hepatitis B.
- Si el niño pesa al nacer menos de 2000 gr, deberá recibir una cuarta dosis de vacuna de Hepatitis B antes del año.
- Se debería indicar vacuna antigripal al RN menor de 1500 gr, a partir del sexto mes y a todos los convivientes.
- Es conveniente planificar la colocación de esta vacuna en los meses previos al invierno y en lo posible simultáneamente con otras vacunas. Es necesario vacunar a los familiares que conviven con el niño.

- Es conveniente indicar la vacuna antineumocócica heptavalente, que se coloca antes de los 2 años de vida, tres dosis (2, 4 y 6 meses) y un refuerzo al año de la última dosis.
- El CEFEN de la Sociedad Argentina de Pediatría, juntamente con el Área de Neonatología de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, recomiendan utilizar en niños de alto riesgo de displasia broncopulmonar, el “Palivizumab”, un anticuerpo monoclonal humanizado que se fija a la proteína F del Virus Sincicial Respiratorio y evita la adherencia del virus a la membrana basal del epitelio respiratorio, siempre acorde con actualizaciones vigentes.

Alimentación

Se deberá hacer siempre énfasis en la promoción, facilitación y mantenimiento de la lactancia materna. La leche materna es el alimento ideal y perfecto para los recién nacidos pre término, la cual deberá ser administrada al menos hasta los 6 meses de edad corregida y reconociendo que además de sus beneficios psicológicos e inmunológicos ampliamente conocidos.

- Se recomienda la lactancia materna a todos los niños prematuros. Es necesario además controlar los carriles de crecimiento.
- Existe consenso en la NO recomendación de la leche de vaca, aún para los lactantes nacidos a término, hasta el final del primer año de vida.

Cuando por razones económicas no existe otras posibilidades que la alimentación con sucedáneos de la leche materna, algunas recomendaciones pueden contribuir a disminuir los riesgos de su administración:

1. Evitar su uso antes de los 6 meses de edad gestacional corregida.
2. Administrar preferentemente leche en polvo entera.
3. El agua siempre deberá hervirse.

4. Se administrará diluida a los 2/3 o al 10% y enriquecida con aceite vegetal y polímeros de glucosa o sacarosa para lograr su reconstitución calórica hasta el año de vida.
5. La introducción de semi sólidos y sólidos será recién después del sexto mes de edad corregida, respetando el desarrollo psicomotor y la maduración del niño.
6. Se ofrecerán al niño alimentos preparados en el hogar, de acuerdo con los hábitos culturales de la familia. Básicamente se seguirán las mismas pautas de introducción de alimentación que se utilizan en niños no prematuras.

Idealmente siempre se recomienda la lactancia materna y, de ser necesario, por indicación médica, complementar con fórmulas para prematuros.

Suplementación de vitaminas y minerales

- Calcio y Fósforo: no hay evidencia de que sean necesarios altos aportes de calcio y fósforo en los niños pre término después de las 40 semanas de edad corregida y 3 kg de peso si no padecen al alta de enfermedades crónicas o mala absorción intestinal. Se aconseja que a partir de las 40 semanas de edad corregida los aportes de calcio y fósforo de las dietas no sean mayores que los recomendados para niños de término durante el primer año de vida. Se deberá controlar la aparición de signos de osteopenia y raquitismo.
- Vitaminas A, C y D: se administrarán en todos los niños prematuros, ya sea que estén siendo amamantados o no, desde la segunda semana de vida hasta el año corregida o hasta el 15° mes de vida. Más adelante, sería necesaria la suplementación durante los meses de invierno.
- Hierro: la aparición de deficiencia de hierro puede ser evitada en el lactante pre término con las siguientes recomendaciones:

- 1- Lactantes con peso de nacimiento entre 1000 y 2000 gramos: deben recibir hierro suplementario a la dosis de 2mg/Kg/día de Fe elemental, en forma de sulfato ferroso.

- 2- Lactante con peso de nacimiento menor a 1000 gramos: deben recibir suplemento de hierro a la dosis de 4mg/Kg/día. Generalmente los prematuros menores de 32 semanas de edad corregida o con menos de 1200 gr de peso al nacimiento reciben durante su internación hierro más eritropoyetina (variable según protocolo de cada servicio) y son dados de alta con una dosis de sulfato ferroso acorde a sus necesidades.

Crecimiento

- Se determinará en la antropometría el peso, la talla y el perímetro cefálico, teniendo en cuenta la utilización de tablas para prematuros que evalúan el crecimiento del niño en base a su edad corregida. Habitualmente se usa la edad corregida hasta los 48 meses y de ahí en más se utiliza la edad cronológica.
- El crecimiento de los niños prematuros es generalmente afectado por la edad gestacional, el peso de nacimiento, la severidad de la patología neonatal, la ingesta calórica durante el período neonatal, las enfermedades concurrentes o recurrentes durante la infancia, los factores ambientales en el hogar y los factores hereditarios.
- El crecimiento normal tiene un rango muy amplio, por lo cual es importante tener una historia completa de la etapa perinatal, teniendo en cuenta el peso de nacimiento y el peso al alta.
- Si es necesario, se deberá recurrir al apoyo de profesionales especialistas en Nutrición.

Desarrollo psico – sensorio – motriz (para todo niño menor de 37 semanas)

- Al médico pediatra le compete la responsabilidad de promover el desarrollo normal del niño pre término. Tiene dos tareas principales: la primera consiste en realizar la detección primaria de las disfunciones mentales, motoras, sensoriales y de la conducta, riesgos a los que están más expuestos estos niños. La segunda es brindar soporte emocional y educativo a los padres enfrentados a las tareas que, en estas circunstancias, se hacen más complejas.
- La pesquisa de los trastornos del desarrollo es esencial. La maduración neurológica debe ser evaluada en base a la edad corregida y puede

utilizarse para este fin la Prueba de Rodríguez y colaboradores., que mide el cociente y el perfil de desarrollo.

- Se debe observar la interacción padre – hijo, muchas veces alterada por una internación prolongada o por un bebé diferente al “ideal”. Es fundamental que el niño reciba estímulo y afectividad permanente de todos los miembros de su familia, que le permitan alcanzar un mejor desarrollo, dentro de sus posibilidades.

Pese al mejor pronóstico actual de los niños prematuros, la incidencia de retardo mental, parálisis cerebral y trastornos del aprendizaje sigue siendo más alta que en el resto.

Todo recién nacido de riesgo debe tener una inter consulta anual con un psicomotricista: entre los 9 y 12 meses, entre los 12 y 24 meses y entre los 24 y 36 meses.

Examen físico y control clínico

A través del examen físico exhaustivo el pediatra podrá controlar clínicamente al niño, ver la evolución de sus patologías perinatales (tales como ictericia, soplos cardíacos, dermatitis) y descubrir hallazgos que necesiten interconsultas posteriores con especialistas.

Es necesario el control de la tensión arterial a todo paciente con desnutrición fetal (PEG) o Displasia Broncopulmonar severa.

Controles de Laboratorio

En el primer mes posterior al alta deberán solicitarse: hematocrito, recuento de reticulocitos, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina.

Es conveniente repetir los análisis durante el primer año según necesidad.

Pesquisa de displasia de cadera

- Se debe tener en cuenta que los niños prematuros tienen mayor riesgo de padecer esta patología, en especial si son de sexo femenino y/o han estado en el útero en posición podálica. También si tienen antecedentes familiares de displasia de cadera.
- Es necesario, si la maniobra de Ortolani es positiva, dudosa o si hay hallazgos anormales en el examen físico, realizar una interconsulta con el traumatólogo.

A todo recién nacido de riesgo debe realizársele una ecografía de cadera entre el 1° y 3° mes de vida.

Pesquisa neonatal endócrina y metabólica

La Ley Nacional de Pesquisa Neonatal y Metabólica es obligatoria para todo recién nacido. Estas pruebas, que se utilizan para la detección precoz de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística y otras enfermedades metabólicas se realizan tomando una muestra de sangre capilar del niño, entre el 3° y el 10° día de vida. Si los niños son de bajo peso (inferior a los 1500 gr) se debe proceder según recomendación del servicio de endocrinología.

Consejería a los padres

Es esencial brindar a los padres pautas sobre las actividades cotidianas del niño, tales como: el sueño, la alimentación y el comportamiento.

Además:

- Se debe ofrecer consejos sobre la seguridad en el hogar, para evitar accidentes y la prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedad Diarreica Aguda.
- Es conveniente que los padres estén entrenados en Respiración Cardiopulmonar.

Determinación del plan de seguimiento con especialistas

Oftalmología

El primer control oftalmológico de un niño prematuro deberá ser antes de cumplir la cuarta semana de vida. Nuevas recomendaciones sugieren la realización del primer control de acuerdo con la edad corregida según el siguiente cuadro (recomendación para la pesquisa de retinopatía del prematuro en poblaciones de riesgo. Ministerio de Salud de la Nación, 2006)

Tiempo del primer examen ocular basado en la edad gestacional al nacer		
EG al nacer en semanas	Edad para iniciar el examen en semanas	
	Post menstrual	Cronológica
22 ^a	31	9
23 ^a	31	8
24	31	7
25	31	6
26	31	5
27	31	4
28	32	4
29	33	4
30	34	4
31	34	3
32	34	2
33 ^b	35	2

Debe considerarse tentativa la evidencia en niños con EG de 22 y 23 semanas debido al pequeño número de casos.

Los niños mayores de 33 semanas deberán ser vistos entre la primera y la segunda semana posnatal para confirmar si se ha completado la vascularización retiniana. De ser así, no será necesario continuar los exámenes; en caso contrario, se harán de acuerdo con el

criterio del oftalmólogo. Si son dados de alta antes de esa edad, se debe realizar un examen oftalmológico previo.

Los niños que han presentado retinopatía, aún con resolución completa, tienen mayor riesgo de presentar vicios de refracción o estrabismo que el resto de los prematuros, que a su vez tienen mayor riesgo que la población de recién nacidos de término (43% vs 6%). Estos niños se deberían controlar según criterio de oftalmología hasta los 6 años.

Los niños con menos de 2000 gr, edad gestacional menor de 32 semanas al nacer y que hayan recibido oxigenoterapia en el período neonatal poseen mayor riesgo de tener retinopatía del prematuro, por lo cual deberán ser examinados periódicamente por el especialista.

ORL – Fonoaudiología

La Ley Nacional de Detección Temprana Auditiva Nro. 25415 y la Ley Provincial Nro. 9564 de detección obligatoria de hipoacusia para todos los recién nacidos indican que todo niño pretérmino menor de 1000 gr con antecedentes de riesgo de deterioro auditivo o sin ellos (iguales a los de cualquier niño, independientemente del peso de nacimiento, antecedentes familiares de pérdida auditiva, infecciones intrauterinas virales o bacterianas, malformaciones craneofaciales o cervicales, hiperbilirrubina refractaria, meningitis bacteriana, asistencia respiratoria mecánica durante más de 5 días, asfixia prenatal o neonatal severa) debe ser evaluado por un fonoaudiólogo competente en el seguimiento del recién nacido pretérmino.

Con respecto a la evaluación del lenguaje, se debe recordar que generalmente los recién nacidos prematuros tienen retraso en el lenguaje expresivo y en la articulación de la palabra, por lo cual se pondrá empeño en apoyar esta área del desarrollo.

En niños con Fisuras Labiopalatinas (FLAP) es necesaria la evaluación del equipo interdisciplinario especializado (fonoaudiólogo/a, cirujano plástico, psicólogo/a,

trabajador social, etc.). En niños en que se sospecha trastornos de la deglución, se debe realizar la interconsulta con Fonoaudiología.

Todo recién nacido de riesgo, en especial, los prematuros, debe ser estudiado para detectar precozmente hipoacusias.

Neurología

Todo recién nacido prematuro que por sus antecedentes presente riesgo neurológico debe ser derivado al neurólogo.

Además, también deberán derivarse aquellos niños que hayan padecido patología neurológica (hemorragia cerebral, por encefalia, meningitis, etc.) y los que manifiesten una evolución neuro madurativa diferente a la esperada por su edad corregida.

Todo recién nacido de riesgo que estuvo internado debería ser derivado al neurólogo. El examen neurológico deberá tener un enfoque orgánico y funcional.

Otros especialistas

De acuerdo con los antecedentes perinatales y las patologías que presente el niño prematuro, deberá ser derivado a otros profesionales de la salud para su evolución, seguimiento y apoyo terapéutico: Cardiología Genética, Neumología, Cirugía Pediátrica, Endocrinología, Psicomotricidad, Kinesiología, Nutrición, Odontología, entre otras.

Se recomienda el acompañamiento familiar por parte de un equipo interdisciplinario que incluya enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales (y demás especialidades) para favorecer la integración familiar y social anticipando problemas vinculados a las condiciones socio económicas y culturales familiares y del entorno social.⁷

Los niños nacidos prematuros necesitan cuidados especiales para lograr desarrollar al máximo sus potencialidades como persona. Es importante el apoyo permanente en este camino, sorteando las dificultades que se presentan.

En la tarea de su seguimiento deben participar su familia, el equipo de salud y la sociedad, trabajando armónicamente y en conjunto, para que el objetivo del

⁷ Pautas de Enfermería, Aspectos Psicológicos y culturales en el Seguimiento de RNR, Red SERENAR, Córdoba

desarrollo pleno en los aspectos físico, psíquico y emocional sea logrado con éxito.

Cuidados centrados en la familia en el consultorio de seguimiento

El consultorio de seguimiento es un espacio ideal para continuar ofreciendo recursos y acompañamiento para la familia. Su rol no se limita al cuidado del bebé, sino que también extiende su intervención hacia los padres. Para ello puede:

- Realizar una reunión con los padres a los fines de indagar el reconocimiento del alcance y la importancia del programa de seguimiento.
- Evaluar crecimiento y desarrollo tomando en cuenta los siguientes parámetros: medidas antropométricas, higiene, confort, nutrición, características de la eliminación, disipar dudas de los padres.
- Investigar sobre los cuidados del niño, el tiempo dedicado a su cuidado, detectar características del vínculo madre – hijo y su incorporación al núcleo familiar.
- Consejería acerca de los controles de los especialistas programados explicando con palabras sencillas y claras la importancia de estos, evacuando dudas y temores.
- Verificar si la madre acudió al centro de salud de referencia, asesorando en caso de no haberlo realizado.
- Controlar el carnet de vacunación y orientar sobre su lectura.
- Registrar las intervenciones y la consejería de enfermería en la libreta o carnet de seguimiento y en la historia clínica.
- Controlar deserciones, gestionar la reprogramación de turnos a través de Trabajo Social.
- Orientar a la madre sobre la importancia de asistir al consultorio de planificación familiar y control prenatal para futuros embarazos.

- Detectar oportunamente las complicaciones post alta y derivar según corresponda.
- Realizar consejería sobre prevención de infecciones por contagios (de hermanos u otro miembro de la familia).
- Explicar signos de alarma y entregar folletería al respecto.
- Realizar visitas domiciliarias programadas en casos especiales según necesidad.

Numerosos estudios sugieren que el nacimiento de un niño en condiciones especiales plantea una “crisis” en los padres y su familia, y es en este período cuando la madre y su núcleo primordial necesitan apoyo, contención y ayuda para contribuir a afianzar el vínculo madre – hijo obstaculizado por la separación de la internación.

Es fundamental que se le permita a la madre y a su familia participar en el cuidado del niño lo más tempranamente posible y en la medida de las posibilidades reales. Es importante además la presencia de una persona que acompañe a la familia durante esa experiencia.

Adecuación del ambiente, participación y comunicación

Los cuidados post natales a corto, mediano y largo plazo son fundamentales para el recién nacido de riesgo. Es de gran importancia el trabajo y el cuidado que realizan los padres en casa, ya que ellos estarán en contacto directo con sus hijos, y tienen un papel fundamental en la recuperación del niño.

Para ello puede ser útil observar en los controles:

- El interés del niño en su madre.
- Cómo ella ejerce su rol materno.
- La lactancia materna y sus dificultades.

- Las verbalizaciones acerca del bebé por parte del grupo familiar.
- La interacción madre – hijo en el momento de la lactancia o alimentación.
- El impacto de la situación en el padre y otros miembros de la familia.
- El entorno hogareño y de los sistemas de apoyo de la madre.
- La necesidad de psicoterapia o sesiones de apoyo con un especialista en salud mental para lograr adecuarse afectivamente como padres del niño.

Es importante estar atentos a la necesidad de la intervención de un especialista en desarrollo infantil para ayudar a los padres a manejar y estimular al niño.

Variables útiles que observar en el núcleo familiar

Período Pre natal	Nacimiento	Período Post natal
Sospecha de maltrato físico o psicológico de la pareja.	No toca, sostiene o examina al niño. Negación del contacto con el pequeño.	A la madre se la ve exasperada, violenta o depresiva.
Es adolescente.	Hace comentarios negativos sobre las características físicas del niño.	No concurre a las derivaciones a otras derivaciones.
Antecedentes de abuso o maltrato de otros niños.	Si el niño es internado, no lo visita los primeros días.	Alteraciones de la dinámica familiar a raíz de los problemas del niño. No modifica conductas negativas de salud.
Falta de soporte familiar durante el embarazo.	Ausencia de acompañantes en la internación.	El bebé esta descuidado, sucio y/o con marcas sospechosas.

Pensó en abortar o lo intentó sin éxito o embarazo accidental.	Evita el contacto ocular o la posición cara a cara con el bebé.	Aparición o agravamiento de problemas de pareja, luego del nacimiento del niño.
Pérdidas o enfermedades de familiares cercanos.	Escasa comunicación con el equipo de salud, negatividad a las consignas de cuidado.	Utilización de medicación casera o medica por su cuenta al niño.
Depresión en la gestación.	Si el bebé tiene inconvenientes de salud, se culpabiliza o culpa a los demás.	Visible depresión de la madre, sin abordaje terapéutico.

APARTADO B:
ASPECTOS PSICOAFECTIVOS, EMOCIONALES,
SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES.

El embarazo dura de 38 a 40 semanas. Sin embargo, en algunos casos el parto puede adelantarse. Aquí es donde estamos ante el nacimiento de un bebe prematuro. Para los padres, y la familia, se trata de una experiencia nueva, en muchos casos puede llegar a ser traumática, pues la mayoría de las veces el embarazo iba bien y en pocas horas las expectativas en torno a la paternidad y maternidad cambian bruscamente.

Según Maite Herreros Ferrer, en su trabajo de “La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería.” Nos habla de que el nacimiento de un bebe prematuro encierra un número indeterminado de duelos, como, por ejemplo, la interrupción en la gestación, la pérdida del cuerpo del embarazo, la soledad, la tristeza y el silencio que siguen el nacimiento. Además, desarrollan un duelo anticipado ante la posible muerte del neonato. Además de generar duelo por él bebe perfecto, ya que la imagen de su hijo prematuro no es la idealización que tenía de su bebe. Explica que el ingreso en unidad neonatal tiene gran influencia en los padres a nivel conductual y emocional, así como en la propia percepción parental y en su estado de salud. Además, nos comenta que la hospitalización se acompañaría de un largo proceso psicológico con sentimientos negativos, que podrían ir progresando y desarrollando síntomas traumáticos en respuesta a la experiencia de la UCIN. Además, presentan gran inestabilidad, sienten que pierden el control de lo que pasa, se encuentran en estado de shock, tristes, culpables, inseguros, horrorizados y perdidos. En definitiva, se encuentran en una situación de tensión emocional y potencial crisis que influye en su bienestar generando falta de sueño, elevada fatiga, cansancio, distorsionando la percepción de su hijo y desencadenando una sensación de pérdida de la expectativa de ejercer como padres/madres.

Las experiencias emocionales en torno al nacimiento de un niño prematuro acompañarán a la familia toda la vida, influyendo en la crianza y en la propia identidad del niño. Los nueve meses que dura un embarazo no es sólo un periodo de tiempo en el que el bebé madura físicamente, sino además es el tiempo en el

que los padres se preparan para la llegada del nuevo miembro de la familia, se preparan no tan solo psicológicamente, sino que además plantean cambios estructurales de su vida cotidiana, y ni decir si ya cuenta con más hijos, donde deben prepararse para la integración del bebé al núcleo familiar.

Las restricciones en la alimentación y los cuidados de la salud entrenan a la futura madre en el cuidado del bebé y la preparan para las necesidades y renunciaciones que acompañan a la nueva etapa. La irrupción del bebé prematuro rompe este proceso de adaptación hacia la maternidad. Aquí es donde comienza un nuevo período de adaptación, en donde aparecen temores y miedos, ansiedad ante la nueva situación, en donde el niño, no irá con su madre y su padre al hogar, si no que deberá quedar al cuidado de un equipo interdisciplinario en la unidad de neonatología. La falta de contacto físico dificulta el establecimiento del vínculo afectivo, los padres presentan incertidumbre ante los nuevos acontecimientos, y deberán esperar un tiempo, cuál será el final del proceso. El tiempo de internación es prolongado, y dependerá obviamente de la edad gestacional y de la evolución en la salud del prematuro. El desarrollo podrá ser de fácil transición o un poco más complejo, todo dependerá de las complicaciones que él bebe presente a la hora de la internación. Sin contar que en muchos casos los niños podrán tener complicaciones de por vida. Como ejemplo, algunas de las secuelas más importantes, pueden ser **parálisis cerebral** y otros trastornos neuromotores hasta problemas sensoriales. Problemas digestivos.

“La maternidad segura y centrada en la familia tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto con el equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre, el recién nacido y define la seguridad de la atención de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; fomenta la participación y la colaboración del padre, de la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y del recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad; y fortalece

otras iniciativas, como por ejemplo, la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna”⁸

La maternidad segura y centrada en la familia comprende una verdadera atención integral y humanizada de beneficios tangibles que hoy representa un derecho en salud. Es una revolución de paradigmas que suma lo humanístico al progreso tecnológico. Como tal, puede transformarse en un cambio de actitud posible e imprescindible que oriente la práctica. Ofrecer lineamientos para brindar contención, humanización y la observación aún más detallada de las variables emocionales y psicoafectivas, favorece el rol protagónico y participativo de la familia del recién nacido en riesgo.

El nacimiento de un niño en situaciones fuera de lo esperado produce un impacto multidimensional y psicoafectivo en la madre, el bebé, su grupo familiar, la comunidad y el equipo de salud. Es por ello fundamental observarlo desde todas las dimensiones para comprender sus necesidades, redefiniendo el abordaje.

En la actualidad, existen asociaciones encargadas de poder acompañar a los padres en el proceso de internación, como por ej. Asociación de Padres de Prematuros (APAPREM), quien desarrollo una guía práctica donde explica qué es la Neo, que es lo que ahí hacen, el rol fundamental de los padres dentro del lugar.

Hay demasiados estudios vinculados a cuáles son las emociones de los padres ante esta situación, en el cual surgen como principales determinantes la ansiedad, el miedo de lo que pueda suceder, la tristeza de dejar a su niño ahí, y no poder llevarlo a casa.

Caruso Agostina, presento en Argentina, en el año 2012, un estudio denominado “El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebe nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales”, en el cual pregona que el estrés que genera en los padres tener un hijo internado es un punto de estudio muy investigado. Aquí ella utiliza la Escala de estrés parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (EPP: UCIN) de Miles y Holditch Davis, 1987.

⁸ Larguía, M. y colaboradores. (2011). Maternidades seguras y centradas en la familia.

En donde se trabaja con 3 sub escalas: a) Aspectos visuales y sonoros de la unidad, b) Apariencia y comportamiento del bebé, y c) Alteración del Rol Parental. Los resultados que arroja este estudio demuestran que el mayor problema de los padres es la alteración del rol parental. Mostrando que la mayor preocupación sería el de dejar solo al niño teniendo que separarse de él. Además, ella cita a Speer, Leef, Epps y Locke, 2002, quienes encontraron que el nivel de estrés y los síntomas depresivos constituyen los factores con mayor poder explicativo y predictivo de cómo las familias afrontaran la internación. La internación de un neonato es un proceso vital estresante para los padres y sus familias. El pronóstico es incierto, por lo cual se acrecientan miedos, que pueden generar interferencia en la relación con su hijo (Barkeley 1993). Al mismo tiempo hay otros estudios que han explorado las reacciones emocionales observando presencia de desilusión, culpa, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima (Miles & Holdictch- Daris, 1987). El estrés psicológico es definido como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando este último es evaluado por la persona como amenazante o desbordantes de sus recursos y pone en peligro su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1986).

Los padres como protagonistas activos.

El principal problema que se ha planteado en los últimos años es la visita dentro del servicio de la neo, en donde se ha visto que el contacto con los padres, diariamente y durante muchos momentos en el día ayuda en el desarrollo del vínculo padres- hijo, a pesar de tanta interferencia inevitable. Esto indudablemente, hará que los padres recuperen la confianza en su rol, que pueden sentirse útiles, en cuanto al cuidado de sus hijos, y así también nos podrá ayudar a que en el momento de un posible alta, ellos se sientan preparados y capacitados de cuidar a sus bebés, y de poder brindarles todos los cuidados posibles en su casa.

Dado el caso del servicio de Neonatología donde se lleva a cabo el proyecto, se ha visto que tal suceso del acompañamiento permanente de los padres no es

posible ni se practica debido a la falta de espacio y de tiempo del personal, quien se centra más en la atención del bebe, y no de la enseñanza de los padres, incluso muchas veces suprimiendo actividades tales como baños o alimentar al bebe, provocando cierta lejanía de los padres con respecto a los bebes.

El seguimiento de los recién nacidos de riesgo es un verdadero compromiso, donde el abordaje interdisciplinario es una estrategia y un recurso indispensable para el seguimiento y el cuidado personalizado del niño y su familia. Es también una oportunidad para observar:

- El empoderamiento y la participación de la familia en el proceso.
- La conducta del bebé.
- La actitud familiar.
- La interrelación niño-familia.
- Los aspectos emocionales de los padres y sus necesidades.

Si a esto se suma el espacio de auto observación y auto evaluación del equipo de salud, los roles se dinamizan, facilitándose la tarea profesional y la gratificación y la dignificación del trabajo cotidiano se enriquece sin costos extras.

Por todo lo dicho es importante recordar que:

- Las áreas de Neonatología y el seguimiento del recién nacido de riesgo son espacios imprescindibles para la participación familiar y para la observación de los aspectos vinculares y emocionales de la familia.
- El período posnatal ofrece la oportunidad de vincularse con la familia, ya que aumenta la receptividad de esta, facilitando la intervención profesional.
- Las variables psicoafectivas y sociales afectan el desarrollo de todo niño y a la vez tienen impacto sobre la labor del equipo de salud en relación con las dificultades del manejo de lo imprevisto o no esperado.

Este paradigma ofrece beneficios que además permitirán: disminuir los riesgos biológicos asociados a los riesgos sociales y psicoafectivos, disminuir la morbilidad y la mortalidad, mejorar la eficacia de la atención, auditando la calidad de la atención integral.

Vínculo y Apego

Un bebé prematuro o de riesgo necesita estar acompañado de sus padres, por ser su indiscutido derecho, el de sus padres y por la importancia del apego y la vinculación.

En circunstancias diferentes a lo esperado es necesario realizar adaptaciones y nuevas configuraciones que permitan a ambos adaptarse a situaciones donde el estrés, el temor, la confusión y también las fantasías de morbilidad y muerte pueden impedir el vínculo y el apego seguro, indiscutido vector en el desarrollo integral del niño.

Con el acompañamiento y la activa participación de los padres se puede evitar la sensación de impotencia y fundamentalmente la depresión o sus anclajes, que pueden producirse ante la dificultad de elaborar el duelo de la pérdida de lo ideal. Permite también disminuir culpas, evitar el trauma y dolor, que se produce frente a la separación.

Participar y estar junto a un hijo y ser parte de las decisiones de salud, facilita el vínculo temprano que protege el desarrollo psicoafectivo del niño y los roles del maternaje/ paternaje.

Para ello se sugiere:

- Resguardar y propiciar la cercanía física y emocional de los padres y las madres con sus hijos.
- Ayudarlos a observar las singularidades del niño y ofrecer información e instrucción acerca de los aspectos positivos tanto como las dificultades del niño.

- La madre debe ser asistida en un clima de cuidados acorde con sus propias necesidades, de modo que pueda aceptar la situación de su hijo.
- Permitir a los padres acompañar a sus hijos sin restricciones de horario y si es posible contactarse con él físicamente.
- Facilitar y acompañar el proceso de lactancia materna.

COPAP (contacto piel a piel)

El contacto piel a piel (COPAP) consiste en poner el bebé sobre el pecho descubierto de su mamá y/o de su papá. Se trata de una técnica que promueve el contacto directo, piel a piel, entre los niños prematuros y/o con bajo peso al nacer y sus padres. La intervención puede realizarse diariamente o varias veces al día si la mamá o el papá lo desean. Es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a la mamá, al recién nacido y a la atención en general. Está comprobado que estabiliza la temperatura de los bebés mucho mejor que las incubadoras, les ayuda en su crecimiento y desarrollo, reduce el tiempo de hospitalización y aumenta el vínculo madre/padre/hijo.

Los servicios de cuidados intensivos de neonatos son indispensables en el cuidado de los bebés, pero conllevan situaciones difíciles, que desfavorecen el desarrollo neurológico y afectivo, a causa de la exposición a diferentes estímulos durante la internación prolongada y la precoz separación familiar. En este servicio, el personal profesional a cargo invita a los padres a participar en el cuidado de sus hijos, siempre y cuando las condiciones fisiológicas del bebé estén dadas, para facilitarles el cumplimiento del rol parental. A través del conocimiento y aprendizaje diario, actúan directamente en la atención de los bebés, logrando atención individualizada y la humanización de la atención neonatal, sin contar con la suma de experiencia, para la pronta alta.

La técnica de contacto piel a piel, se basa en potenciar el contacto entre la madre y su recién nacido para proporcionarles el calor, alimento y apoyo emocional necesario para su desarrollo.

Hay dos propósitos del COPAP:

- Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socioemocional del bebé.
- Brindar mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos, favoreciendo el vínculo madre/padre/hijo.

Existen beneficios para la madre y para él bebe. En cuanto a los beneficios maternos podemos encontrar la estimulación hormonal mediante la succión mamaria. Aumentando la secreción de oxitocina que produce la disminución del estrés e inicio de los sentimientos maternos, y la prolactina que estimula la iniciación y mantenimiento de la lactancia. En cuanto al bebe, podemos decir que le permite experimentar estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos. Mejora los parámetros fisiológicos (las frecuencias respiratoria y cardíaca se estabilizan; se observa menor necesidad de oxigenoterapia; ganancia de peso más adecuada; mejor control de la temperatura y una importante disminución de los episodios de pausas respiratorias). Además, se ha comprobado que la cercanía con la madre favorece su desarrollo, disminuyendo los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés y estimulando la capacidad de calmarse por sí mismo. La estimulación auditiva es más adecuada (el bebé siente la voz de su madre), así como mayor estimulación visual, olfativa y táctil, a lo que hay que añadir la sensación de seguridad transmitida por el contacto directo con su madre, lo que redundará en menos episodios de llanto y un mejor descanso y sueño. El contacto piel a piel entre madre-hijo también contribuye a incrementar el sueño profundo, disminuir la actividad motora y muscular, reducir el llanto del bebé, disminuir el estrés del bebé y la angustia de la madre.⁹

El apego padres-hijo es esencial para el vínculo del niño con su madre, padre y familia y es un factor protector para la prevención del maltrato. Los primeros días de vida constituyen el momento ideal para establecer y estimular esta vinculación.

⁹ http://www.asumen.org.ar/pdf/Guia_padres_prematuros.pdf

Preparación para el Alta

Tras días de incertidumbre, confusión, miedo, tristeza y mucho cansancio, el bebé será dado de alta. Comienza entonces el momento de la crianza. Algunos padres están asustados cuando se llevan a su bebé. Temen no ser capaces de cuidarlo. Para estos padres, cualquier dificultad revive el temor de los primeros días de vida.

Los papás, son actores importantes el cuidado del niño, y en neurodesarrollo de este, son los encargados de las tareas habituales del niño, estas deben ser

Prácticas y beneficiosas del cuidado diario, haciéndolas fáciles, simples y cotidianas.

La díada madre-bebé comprende, primeramente, a la madre, quien intenta estimular y contactarse con su hijo, relativamente pasivo y a veces no preparado para una interacción intensa.

Dentro del equipo de salud se deberá orientar a los padres, a que conozcan las limitaciones de sus hijos, a que conozcan sus capacidades, a respetar su ritmo.

Dentro del primer año de vida, se encuentra la parte más crítica de su desarrollo, por lo cual se deben dar a los padres pautas específicas, y claras sobre los cuidados. Siempre de acuerdo con el entorno, para modificarlas de acuerdo con las oportunidades de las familias, y a su estado socioeconómico.

Los bebés prematuros pueden presentar un desarrollo diferente de un bebé que ha madurado nueve meses en el útero. Es importante que los padres tengan información sobre los problemas normales del desarrollo de un bebé prematuro. Esta información les ayudará a saber qué esperar y estar más tranquilos durante la crianza.

A menudo, los padres de bebés prematuros tienden a sobreproteger a sus hijos, llegando en ocasiones a generarles un sentimiento de indefensión que obstaculiza la exploración del mundo y el desarrollo autónomo.

Se ha encontrado una mayor tendencia a desarrollar problemas psicológicos en niños que nacieron prematuramente. Muchos de esos problemas tienen que ver con la sensación de indefensión que los padres transmiten a su hijo. Éste integra la experiencia de ser una persona frágil, con dificultades para desenvolverse en el mundo, lo que repercute en una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión.

Relación y comunicación con el personal de la UCIN

Para los padres, la información clara y concisa sobre la salud y el estado de su hijo es de vital importancia. Necesitan saber desde lo más esencial del tratamiento hasta la actividad más difícil. Que estos tengan los mejores cuidados es primordial, que el cómo lo vea contribuirá a la disminución o al aumento del estrés.

El aumento en el nivel de ansiedad y el miedo de los progenitores es directamente proporcional a los cambios del personal durante la rotación de los turnos. Además de la información incompleta, conflictiva y de difícil entendimiento.

Un estudio realizado por Iriarte y Carrión, pone de relieve que, de forma general, los profesionales sanitarios tienden a centrarse en la madre apoyándola como cuidador principal del bebé excluyendo de esta manera al padre, y contribuyendo de tal forma a aumentar su angustia e incertidumbre. Algunos padres se sienten excluidos del cuidado de su hijo, lo que contribuye a aumentar su angustia e incertidumbre. Señalan que no se les involucra en la toma de decisiones y encuentran el comportamiento de las enfermeras excluyente y falta de respeto. Este tipo de comportamientos no facilitan la cercanía entre padres e hijos y no promueven el desarrollo del vínculo parental.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Las situaciones sociales de los recién nacidos de riesgo que incluyen pautas culturales, nivel de instrucción, costumbres y hábitos, expectativas sociales, vínculos, etc. son factores que contribuyen a la conformación de la identidad, al posicionamiento en el mundo social que asumen los miembros de la familia,

siendo un aspecto que debe considerarse siempre a la hora de elaborar un abordaje de estos niños.

De aquí pueden desprenderse algunos riesgos sociales en las familias de niños internados o derivados de la consulta, tales como: la ausencia del rol paterno (madres solas), madre adolescente, violencia familiar, bajo nivel de educación de los padres, adicciones (droga, alcohol), desempleo del principal sostén del hogar, etc.

En esta situación la madre estará de licencia por maternidad, suponiendo que trabaja. Pero en el caso del padre, solo contará con algunos días por paternidad, transformándose en un problema a futuro, ya que con la continuidad del niño internado deberá reducir su horario laboral, o tendrá que tomar licencia, no sabiéndose si será remunerada o no. En el caso de familias, que cuenta con más hijos, la reducción de una fuente de ingresos traerá aparejados serios problemas económicos, que repercutirán en la economía familiar. Sin contar que con ellos estarán aparejados problemas personales entre los padres, lo cual podría llevar a una disfunción de la familia, atrayendo crisis pasajeras o permanentes como la separación de los padres.

El problema principal es en familias con más hijos, donde el niño quedara al cuidado de otro familiar, y no de sus padres, esto podrá traer problemas tanto en la escolarización, como en el desarrollo psicológico del niño, ya que sentirá y percibirá este momento como “abandono”, y exigirán a sus padres que les presten más atención, he aquí donde se necesita un abordaje psicológico, que pueda contener no solo a los padres si no al resto de la familia para evitar la disfunción en un futuro.

En todos los casos, es importante la coordinación con el equipo de salud y la derivación oportuna a otras instituciones especializadas en estas problemáticas sociales, atendiendo integralmente a los padres durante la internación y en el seguimiento, según sus necesidades, coordinando acciones con las redes

comunitarias durante y después del alta en una articulación interinstitucional y desde de un abordaje interdisciplinario.

Captar a las familias de estos niños durante la internación tiene un enfoque preventivo, que permitirá por un lado conocer las dificultades y los logros en los cuidados de sus hijos; y, por otra parte, promover el desarrollo de las máximas potencialidades físicas, psicológicas y sociales de cada familia, facilitando el seguimiento del niño.

Detectar las condiciones socioeconómicas de las familias y sus creencias acerca de la salud contribuirá en la orientación para que los padres sean autogestores y utilicen los recursos institucionales, materiales y humanos disponibles en cada comunidad, colaborando para un desarrollo saludable.

Algunos niños, además del riesgo biológico, suman los riesgos psicosociales, requiriendo de mayor atención, tratamientos especiales posteriores en el hogar y la satisfacción de sus múltiples necesidades tales como: alimentación, salud, protección, afecto, interacción, estimulación, seguridad y aprendizaje.

Resulta prioritario es este tipo de intervenciones ofrecer a las familias de los recién nacidos de riesgo un espacio de contención, información, dialogo e intercambio, para que puedan reformular o adquirir habilidades y destrezas en el cuidado de sus hijos, durante la internación y luego del alta.

Contención institucional

Los profesionales del equipo de salud deberán observar y acompañar la conducta materna y familiar frente al cuidado de bebé en esos días, esclareciendo todas las dudas e inquietudes que puedan surgir sobre la salud.

En el caso de detectarse riesgos sociales en algunos de estos grupos familiares, será importante, antes del alta hospitalaria, coordinar con centros de salud, organizaciones no gubernamentales u hospitales de menor complejidad, a los que pertenezcan estos grupos poblacionales y derivarlos para su seguimiento y control en el hogar.

Estos centros fortalecerán y ayudarán a cada familia en el cuidado del niño en el hogar, contribuyendo a una mejor inserción nacido en su medio familiar y contexto social.

Identificación de factores sociales

Es fundamental identificar y abordar los factores sociales que forman parte de la problemática del recién nacido de riesgo a fin de reforzar los recursos materiales y del grupo familiar, articulando con actores comunitarios que contribuyan en el seguimiento y la contención para un sano crecimiento y desarrollo.

Algunos de estos factores sociales son:

- Establecer el vínculo con la familia del recién nacido de riesgo de manera inmediata y simultánea a la internación y/o consulta.
- Detectar y priorizar los problemas socio familiares que puedan influir en la salud del recién nacido de riesgo.
- Proveer información y/o recursos económicos según los casos para facilitar la presencia de la madre durante la internación, como así también garantizar las visitas necesarias.
- Orientar a los padres en la búsqueda de los recursos humanos, materiales e institucionales disponibles en su lugar de residencia, con el fin de satisfacer las necesidades más urgentes.

Recomendaciones Generales

El reconocimiento y la observación de la información social que pueda obtenerse serán de máxima utilidad para diagnosticar, evaluar y trabajar en consecuencia.

Atributos individuales del RN

- Lugar de nacimiento (donde se produjo el parto).
- Sexo.

- DNI: comprobar la inscripción del RN en el Registro Civil y/o informar sobre los derechos del niño a su identidad.
- Domicilio: lugar de residencia actual de los padres y/o familiares a cargo del RN.

Atributos individuales de los padres

- Edad de los padres.
- Situación de pareja de la madre.
- Nivel de instrucción (educación formal alcanzada).
- Número de gestas (paridad y abortos).
- Cantidad y lugar de controles durante el embarazo.
- Obra social: si poseen cobertura de salud es sustancial que los padres conozcan y utilicen sus beneficios.
- Posición socioeconómica: inserción de los padres en el sistema productivo.

Categorías

- Amas de casa
- Servicio domestico
- Empleados
- Desempleados
- Empleos esporádicos (changas)

Redes de apoyo

- Formales: planes de gobierno (Asignación Universal por Hijo); Pensiones No Contributivas (madre de 7 hijos, discapacidad, etc.).
- Informales: vecinos, amigos, comedor comunitario, etc.

Durante la internación y el seguimiento

- Frecuencia de visitas a los niños
- Predisposición materna para internarse junto a su hijo.
- Vínculo con el niño
- Vínculo familiar.
- Controles médicos después del alta y continuidad de los tratamientos de salud indicados.

Atributos colectivos

Composición familiar: referido al grupo de convivencia donde se insertará el bebé.

Categorías

- Familia nuclear: padre, madre y hermanos.
- Familia monoparental: el niño vive solo con uno de los padres y hermanos si los hubiere.
- Familia extensa: padres, hermanos, tíos, abuelos, etc.
- Familias ensambladas: familia de origen del recién nacido y otros grupos familiares.

Situaciones de riesgo social

- Problemas de salud de alguno de los progenitores.
- Colaboración de la familia extensa en los cuidados del niño en el hogar.
- Conflictos familiares: violencia familiar, adicciones, etc.
- Redistribución de roles familiares por la enfermedad del RN.
- Intervención de juzgados de menores.

Condiciones de vida

Modo de obtención y asignación de los recursos de subsistencia y características de la vivienda:

- Características del lugar de donde habitará el RN.
- Servicios: luz, gas, agua potable, heladera, etc.
- Zona, ubicación: rural, urbana.
- Tipo de construcción, terrenos propios, fiscales o planes de viviendas.
- Número de habitaciones y camas según sus integrantes (hacinamiento y promiscuidad).

El trabajo sistemático y comprometido destinado al abordaje integral del ambiente socio – familiar al que pertenece el recién nacido de riesgo, el énfasis y la dinamización en la forma en que las familias sostienen el desarrollo y el crecimiento del niño repercutirán en la calidad de vida y el desarrollo de los recién nacidos.

Las familias con niños nacidos prematuros se encuentran en situación de vulnerabilidad social, es decir, frente a una suma de circunstancias interactuantes (biológica, psicológica, genética, ambiental y social que reunidas configuran un riesgo particular), que limitan sus capacidades para valerse por sí mismas.

Orientar precozmente a los padres que atraviesan por situaciones especiales como el nacimiento prematuro o el nacimiento de un hijo con alguna patología o dificultad de salud, ayudará a obtener mejores resultados en salud perinatal y también en el ejercicio de los derechos de padres y niños.

APARTADO C

**ENTRENAMIENTO PARENTAL Y EDUCACION
PARA SALUD**

Durante el desarrollo de este apartado, las autoras exponen la necesidad de conocimiento que se les debe dar a los padres, necesario para el entrenamiento antes de que él bebe sea dado de alta, de esta forma, se los prepara para que estén aptos para responder ante ciertas urgencias/emergencias que se puedan dar en el hogar.

Tales clases se deberían dar previo al alta y los conceptos a desarrollar serian:

- Reanimación Cardiopulmonar
- Respuesta ante síndrome convulsivo.
- Accionar en una bronco aspiración

Tales enseñanzas se les deberán brindar con folletería, materiales didácticos y con lenguajes acorde al nivel de conocimiento de cada padre.

Anteriormente, dentro del servicio de Neonatología se les instruía a los padres sobre maniobras de gran utilidad y se les presentaba una situación en la que tuvieran que brindar primeros auxilios: que ellos debían aprender o tener en cuenta al momento de llevarse a sus hijos a casa

Dichas maniobras, en las que se hacía educación, era reanimación cardiopulmonar y maniobra de Heimlich. Los médicos y enfermeros debían instruirse en diferentes capacitaciones para poder participar y dictar el programa de enseñanza a los padres. Actualmente dicho proyecto no está vigente, debido a la falta de apoyo de la Dirección del hospital.

Se considera importante que el personal de salud dentro del Servicio de Neonatología, del Hospital Notti, comience a trabajar en forma conjunta para crear un protocolo formal de enseñanza para los padres, donde se les explique e informe sobre primeros auxilios ante casos de urgencia y/o emergencia.

Comenzando por que todo el equipo de salud maneje un mismo lenguaje, claro y concreto, donde se resuma la teoría y la práctica para los padres, en cuanto a los

cuidados y las consecuencias que deje la internación en los recién nacidos pre término y que estos deban saber para accionar.

Este es un apartado dentro del Marco Teórico, donde las autoras del proyecto pretenden hacer hincapié; ya que la educación es la principal herramienta, con la que se cuenta, para trabajar la problemática ya descrita anteriormente: desconocimiento general, de los padres, en cuánto a cuidados específicos o primordiales que necesitan sus hijos.

En el Hospital, el servicio de Diabetología cuenta con un sistema y mecanismo de educación para los padres y para los pacientes que trabaja en conjunto con Psiquiatría y Psicología, Nutrición y Educación Física. Realiza talleres y actividades recreativas para los pacientes, diseña y solicita folletos a las droguerías para brindar y afirmar información al núcleo familiar. Este sería un excelente modelo que seguir para implementarlo en el servicio de neonatología.

Si bien en el servicio se realiza educación incidental durante la internación, no existe un protocolo que unifique criterios y que determine en qué etapas de la internación sea oportuno realizar educación a los padres; tan solo tratando estos dos temas, se optimizaría la educación que se brinda y sería de gran ayuda al personal de nuevo ingreso. Pero también, es necesario realizar capacitaciones, interconsultas con otros profesionales: psicólogos y trabajadores sociales, organizar talleres para los padres, diseñar planillas de control para que se lleven al hogar.

El nacimiento de un hijo tiene implicaciones tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surge tanto para el recién nacido como para los padres y se hace transcendental dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia.

El rol de los enfermeros como profesionales del cuidado es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y el fortalecimiento de los roles de los padres, dado que son quienes tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje.

Las acciones por lo tanto estarán dirigidas a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de sus padres, fomentarles hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas del autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El trabajo desarrollado, es un estudio de tipo explicativo, ya que se enfocará en la ocurrencia de un fenómeno y en las condiciones en las que se manifestará.

Enfoque

El enfoque será cualitativo, mediante la entrevista y la observación a un grupo de madres, podremos describir y concluir, sobre nuestro objeto de estudio.

Diseño

El diseño será no experimental, ya que observaremos fenómenos tales y como suceden en la realidad, sin modificar o manipular a la población de estudio.

Se elige el tipo transversal exploratorio. Transversal, ya que la recogida de datos se dará en un único momento. Y exploratorio, porque será para conocer una comunidad, no estudiada con anterioridad.

Área de estudio

Servicio de seguimiento Neonatal, del Hospital Humberto Notti de la provincia de Mendoza.

Tipo de muestra

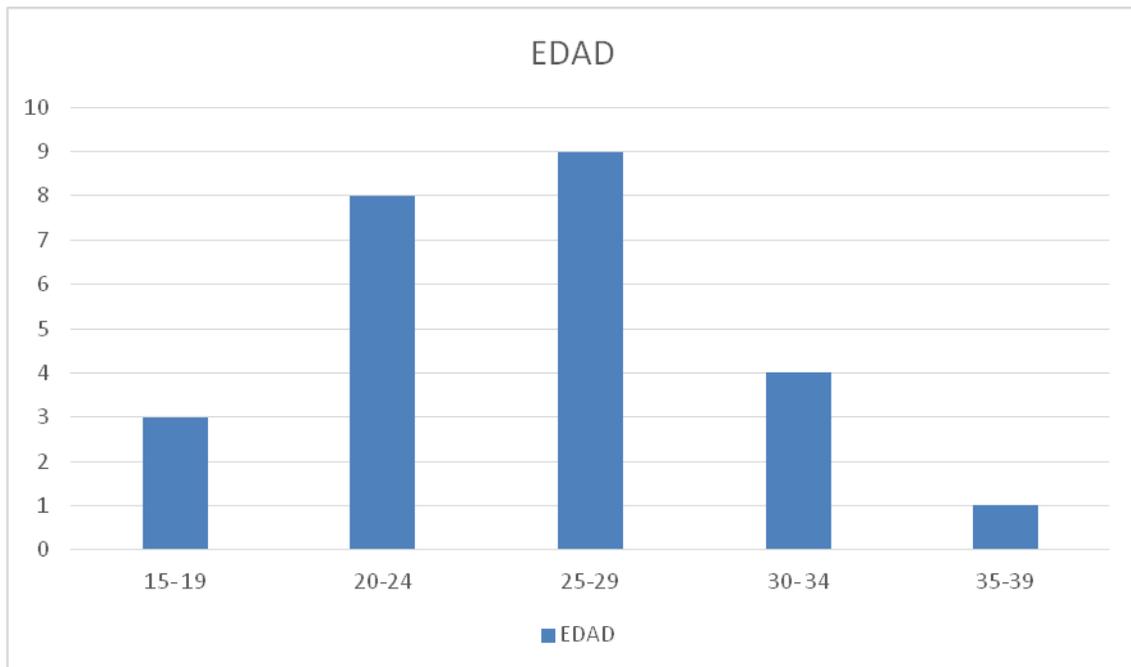
La muestra que se elige para realizar la entrevista será, de tipo no probabilística, ya que no se efectuó una elección al azar, sino que, con un grupo representativo, que cumplía con los requisitos de ser madres, de pacientes neonatos, que estuvieron internados, en el Hospital Notti, y ahora siguen con seguimiento en la misma institución.

El total de la muestra es de 25 madres.

GRÁFICOS

Gráfico N° 1: “EADADES”

EADADES	FA
15-19	3
20-24	8
25-29	9
30-34	4
35-39	1

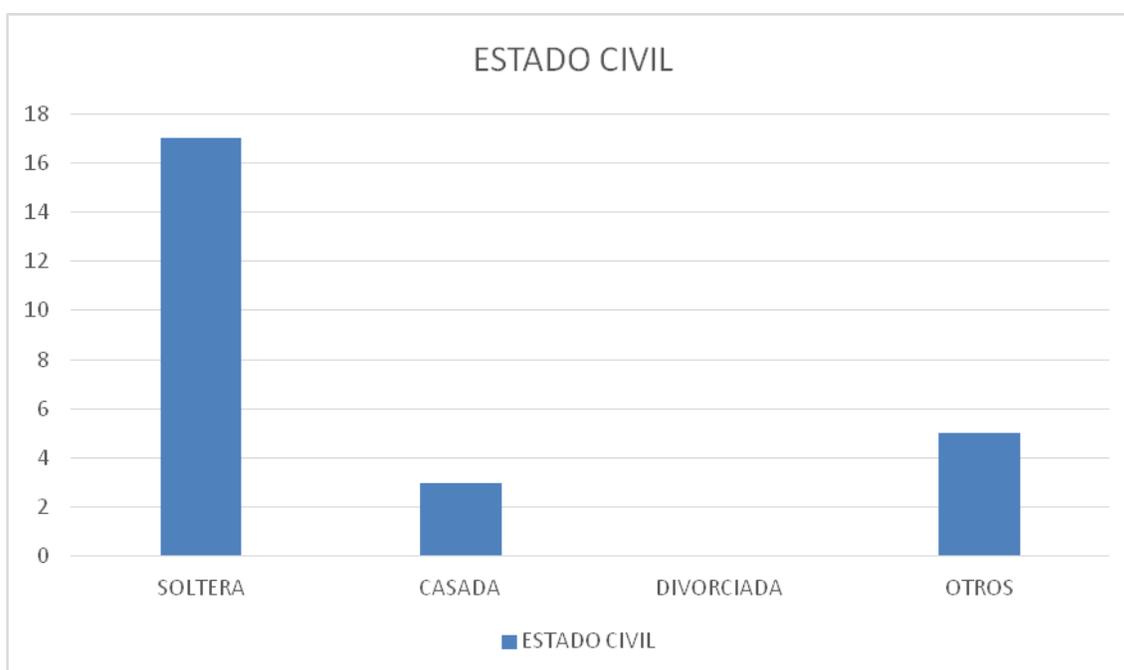


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población encuestada, el 36% tiene entre 25 –29 años, siendo la franja etaria predominante.

Gráfico N° 2: “ESTADO CIVIL”

ESTADO CIVIL	FA
Soltera	17
Casada	3
Divorciado	0
Otros	5

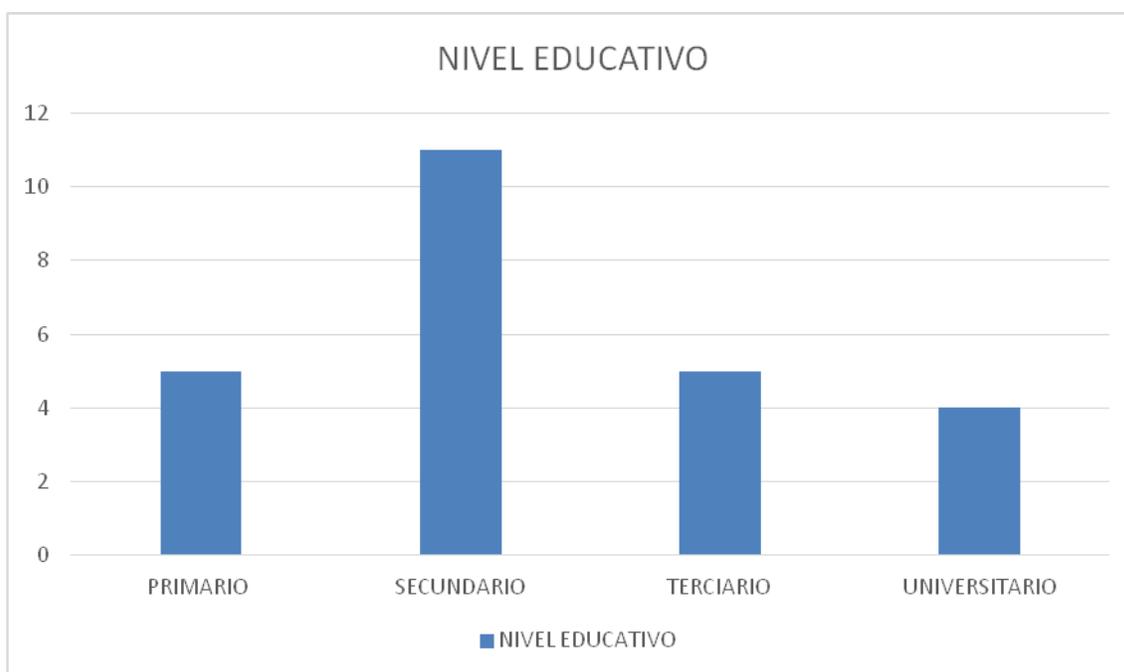


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población encuestada, el 68% son madres solteras.

Gráfico N° 3: “NIVEL EDUCATIVO”

NIVEL EDUCATIVO	FA
Primario	5
Secundario	11
Terciario	5
Universitario	4

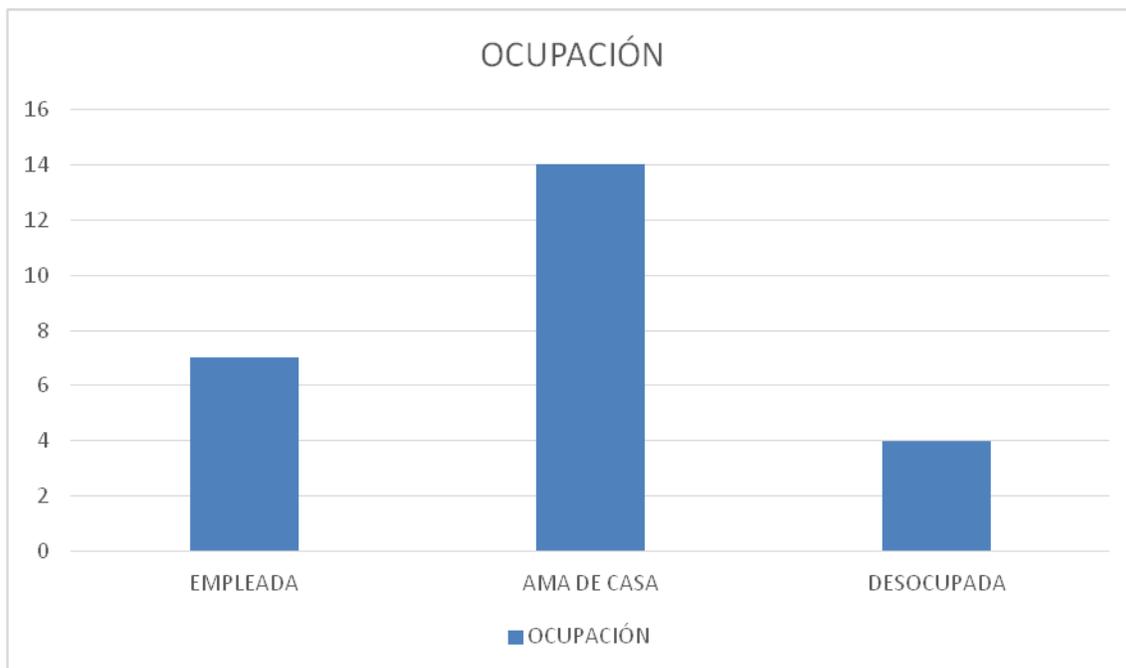


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 44%.de la población tiene un Nivel Educativo de Secundario completo.

Gráfico N° 4: “OCUPACIÓN”

OCUPACIÓN	FA
Empleada	7
Ama de casa	14
Desocupada	4

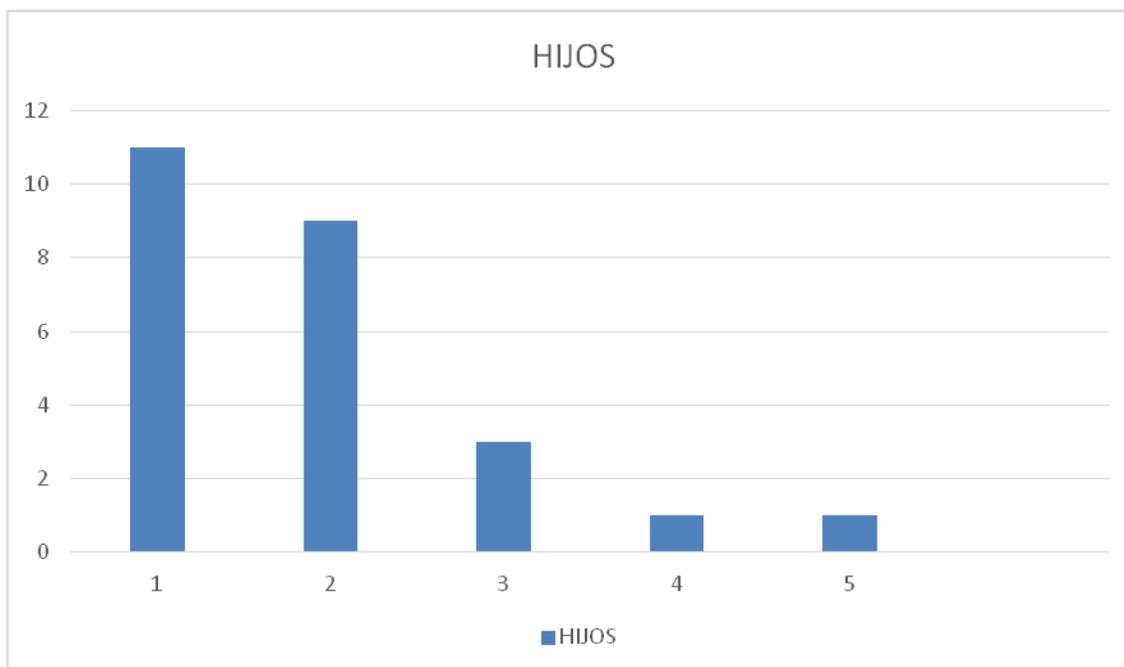


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 56% de la población estudiada es ama de casa.

Gráfico N° 5: “CANTIDAD DE HIJOS”

HIJOS	FA
1	11
2	9
3	3
4	1
5	1

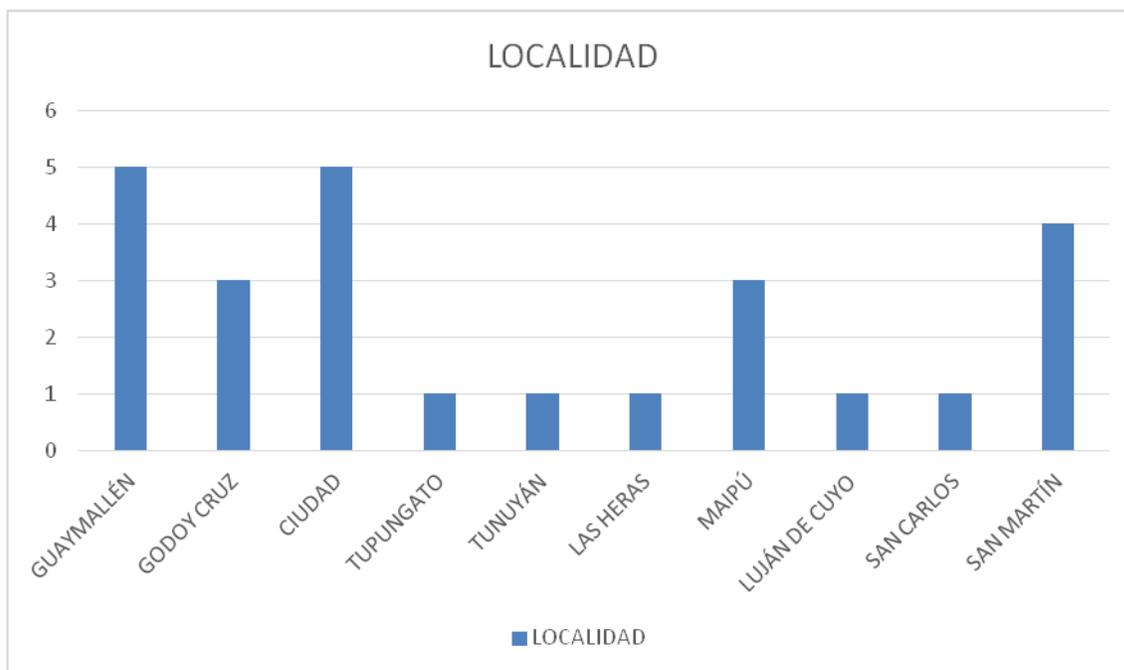


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población en estudio, el 44% tiene un solo hijo y un 36% tiene dos hijos.

Gráfico N° 6: “LOCALIDADES DE RESIDENCIA”

LOCALIDAD	FA
Guaymallén	5
Godoy Cruz	3
Ciudad	5
Tupungato	1
Tunuyán	1
Las Heras	1
Maipú	3
Luján de Cuyo	1
San Carlos	1
San Martín	4

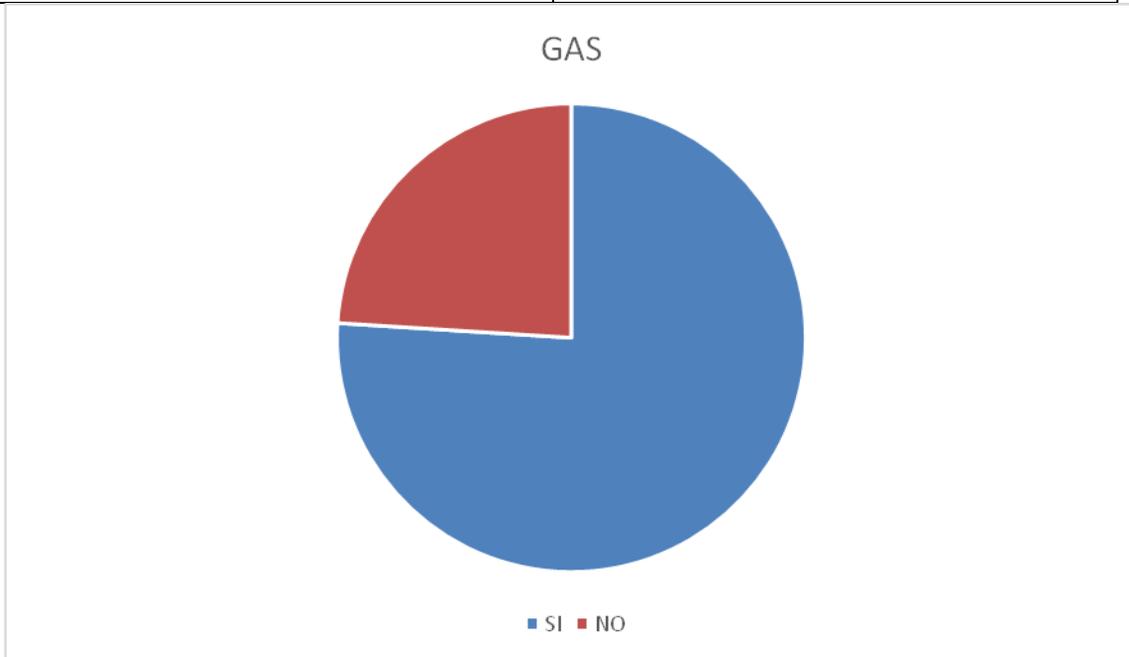


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: Dentro del área de residencia, el 20% tiene domicilio en las cercanías del Hospital (Guaymallén y Ciudad).

Gráfico N° 7: “SERVICIOS: GAS”

SERVICIOS	FA
Gas	19

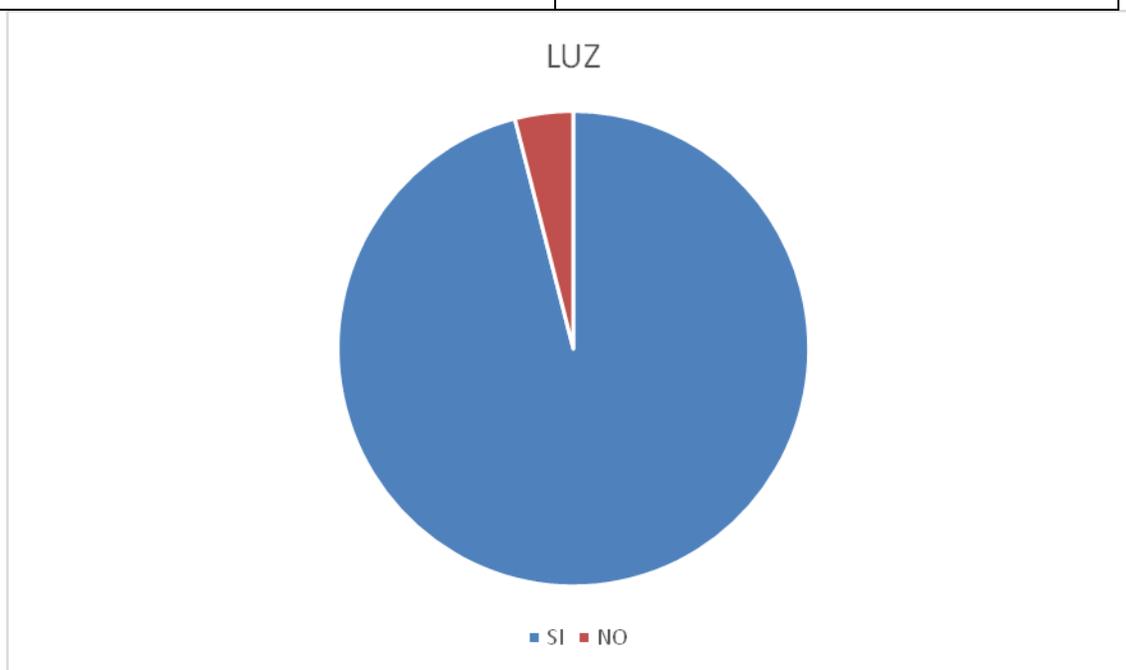


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 76% de la población encuestada, cuenta con el servicio de Gas.

Gráfico N° 8: “SERVICIOS: LUZ”

SERVICIO	FA
Luz	24

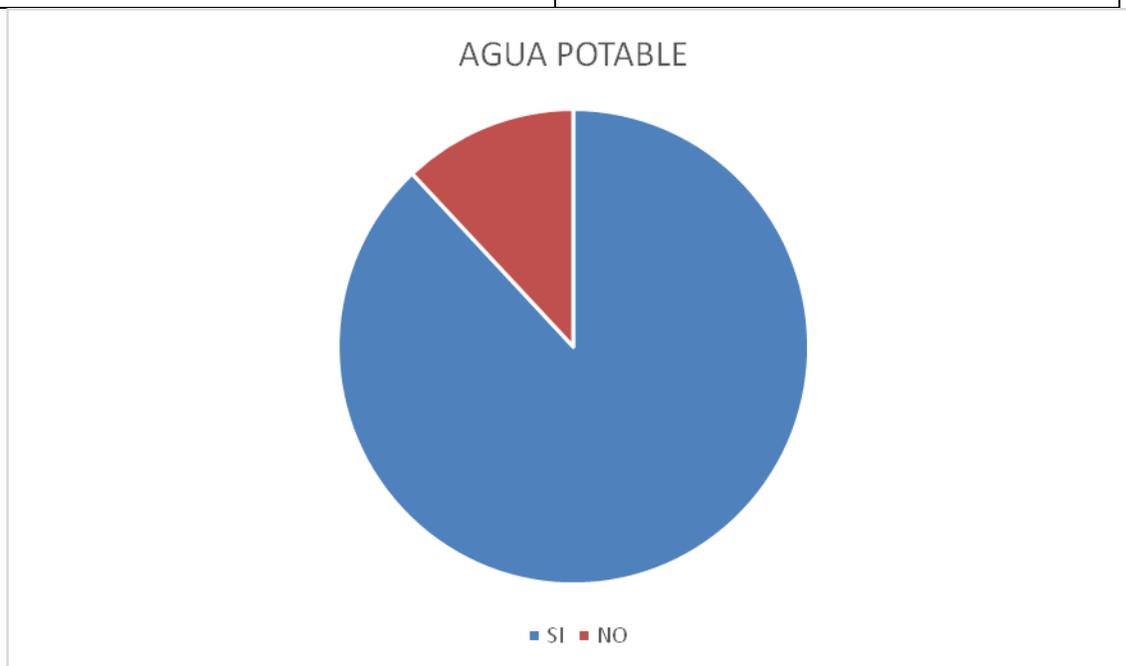


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 96% de la población cuenta con el servicio de electricidad.

Gráfico N° 9: “SERVICIOS: AGUA POTABLE”

SERVICIO	FA
Agua potable	22

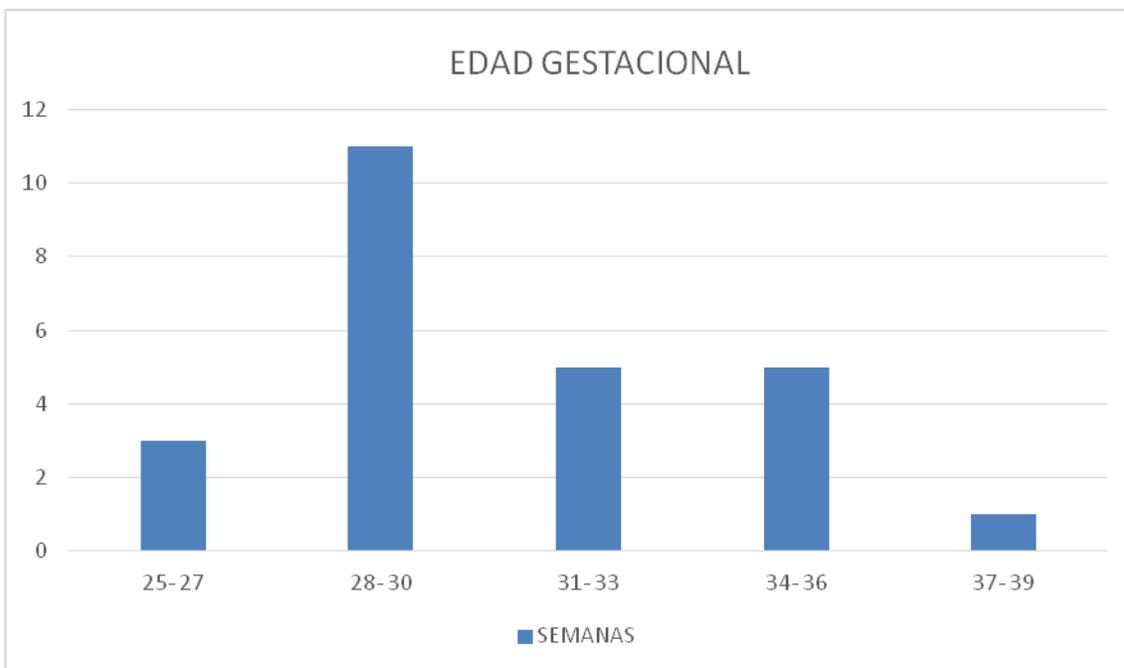


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 88% de la población, cuenta con el servicio de agua potable.

Gráfico N° 10: “EDAD GESTACIONAL”

EDAD GESTACIONAL	FA
25- 27	3
28- 30	11
31- 33	5
34- 36	5
37- 39	1

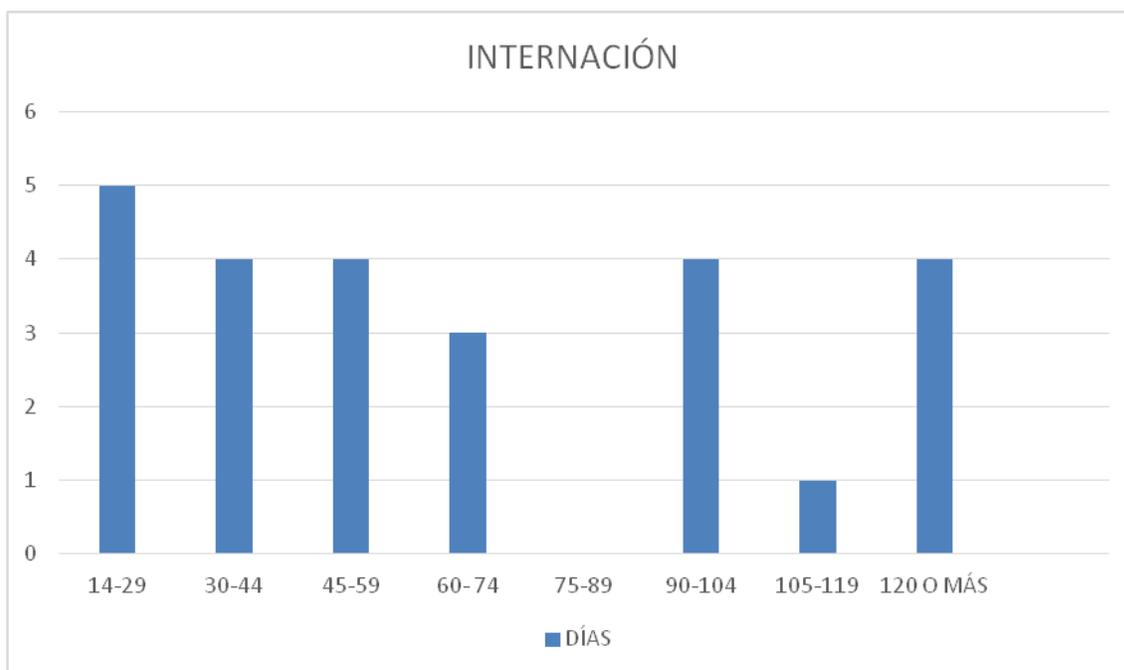


Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población en estudio, el 44% de los RN han nacido en la semana 28- 30 semanas de gestación y, en segundo lugar, los nacidos en la semana 31 – 33 y 34 – 36 (20%).

Gráfico N° 11: “DIAS DE INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA”

DÍAS DE INTERNACIÓN	FA
14-29	5
30-44	4
45-59	4
60- 74	3
75-89	0
90-104	4
105-119	1
120 o más	4



Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población encuestada, la mayoría ha permanecido internado entre 14 y 29 días (20%)

Gráfico N°: 12 “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA INTERNACIÓN”

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	FA
Mala	
Buena	9
Muy buena	16



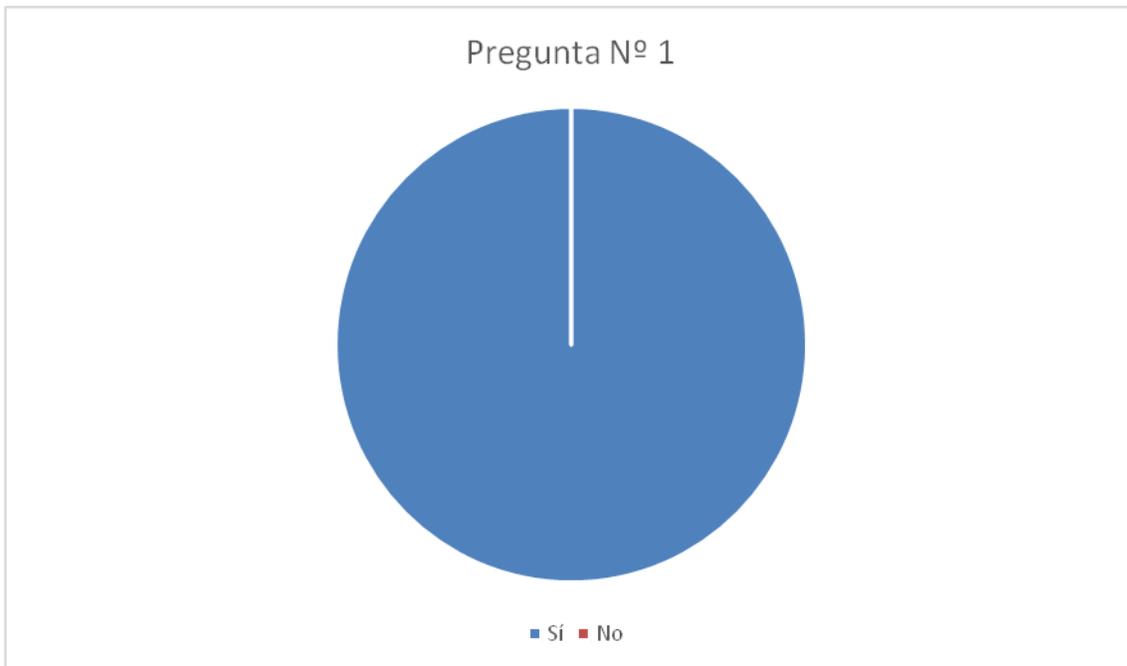
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población en estudio, el 64% ha referido que la atención de enfermería es muy buena y el 36% refiere que es buena.

Gráfico N° 13: “INSTRUCCIONES”

Pregunta N° 1: ¿Usted recibió instrucciones durante la internación, por parte del personal de enfermería, sobre el cuidado de su hijo en el hogar?

Pregunta N° 1	
Sí	25
No	



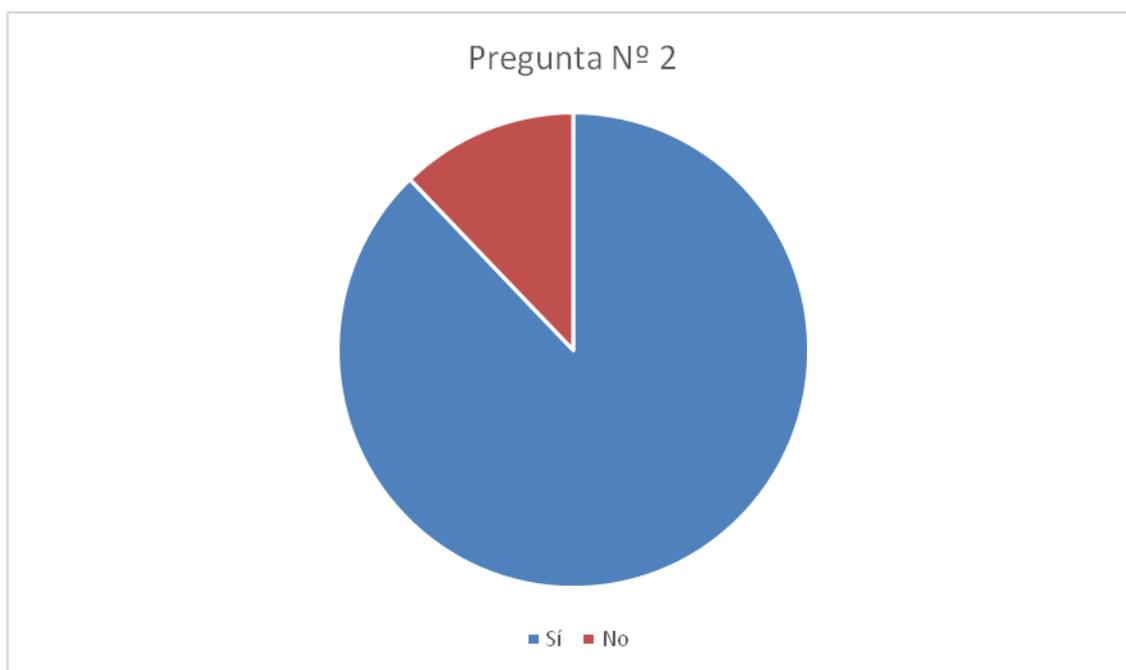
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 100% de las encuestadas ha sido instruida durante el período de internación.

Gráfico N° 14 “UTILIDAD DE LAS INSTRUCCIONES”

Pregunta N° 2: ¿Usted cree que fueron de utilidad?

Pregunta N° 2	
Sí	23
No	2



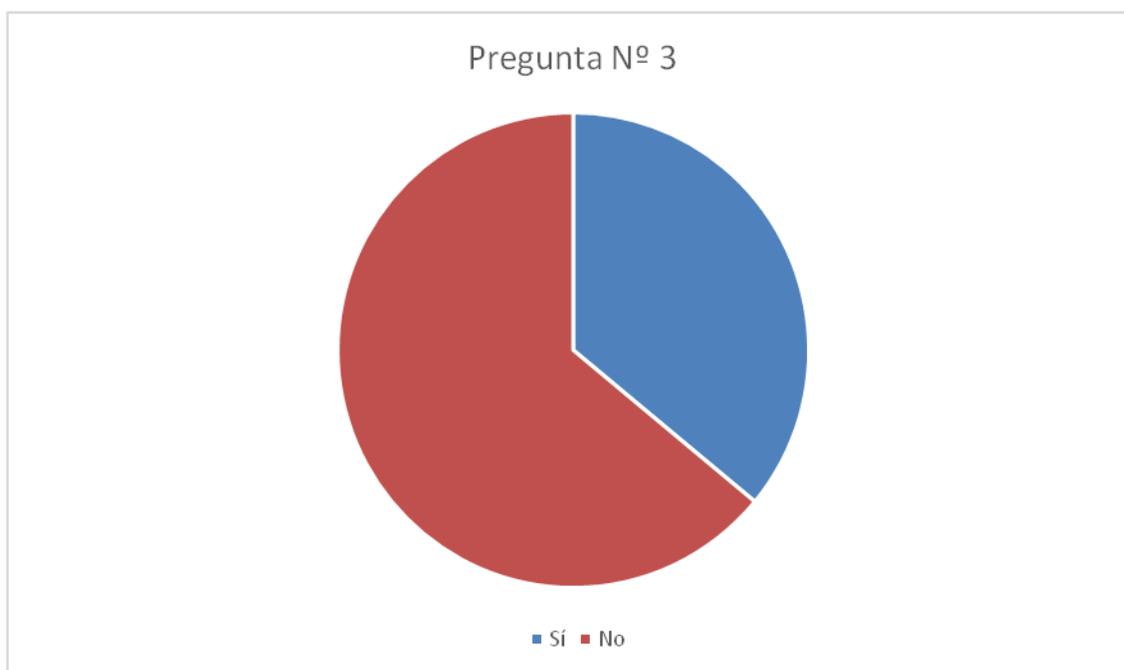
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 92% de la población, reconoce que fueron de utilidad las instrucciones recibidas por el personal de enfermería.

Gráfico N° 15: “DIFICULTAD PARA ENTENDER LAS INSTRUCCIONES”

Pregunta N° 3: ¿Tuvo dificultades para entender las instrucciones?

Pregunta N° 3	
Sí	9
No	16



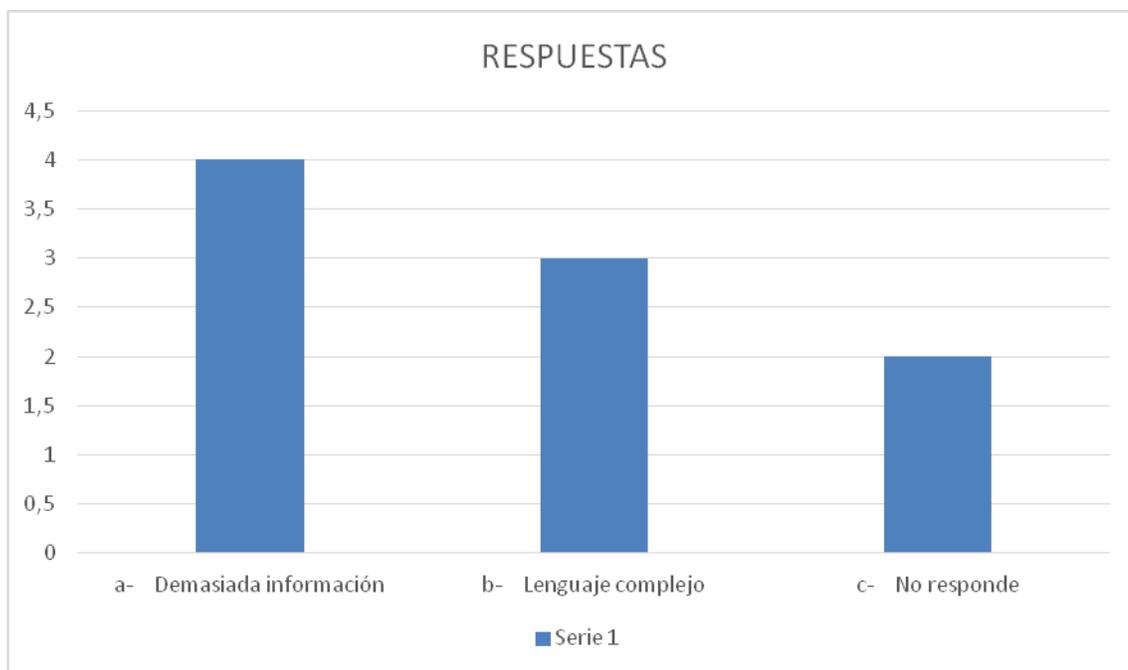
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 64% de la población, no tuvieron dificultad de entendimiento. Y un 36% refirió presentar dificultades en la comprensión.

Gráfico N° 16 “TIPOS DE DIFICULTADES”

En caso de responder “Sí”. ¿Por qué?

a- Demasiada información	4
b- Lenguaje complejo	3
c- No responde	2



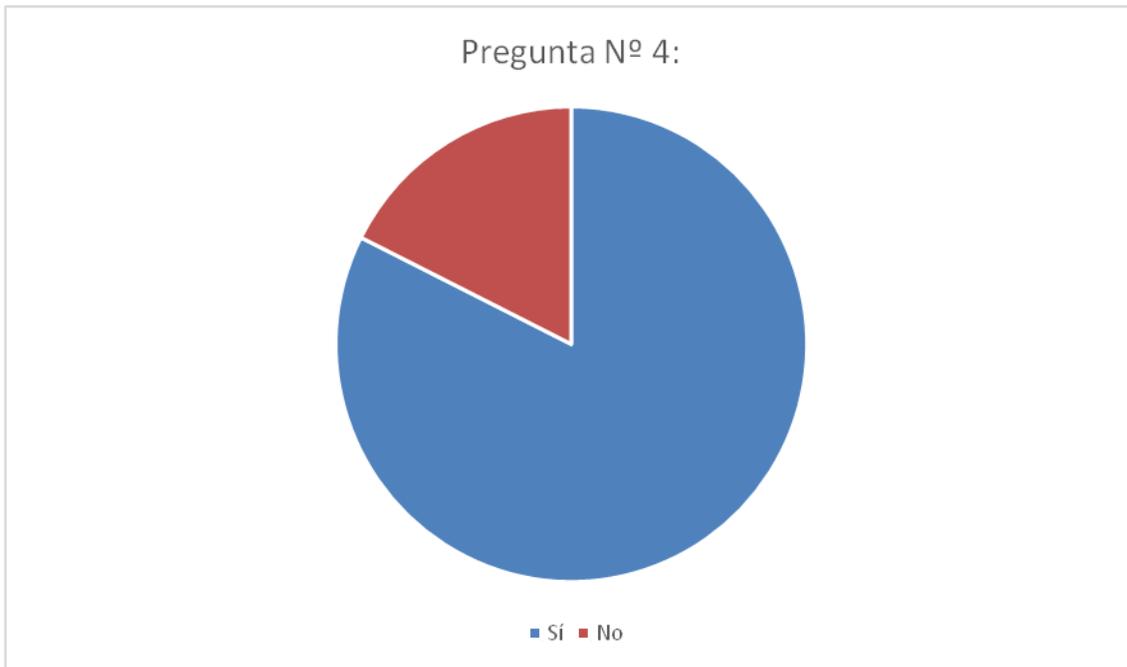
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: Dentro de las madres, que tuvieron dificultad de entendimiento, el 44,44% refiere que se debe a demasiada información y el 33,33% a lenguaje complejo.

Gráfico N° 17 “RESPUESTAS EN LA EMERGENCIA”

Pregunta N° 4: En caso de emergencia en el hogar, ¿aprendió cómo responder ante dicha situación?

Pregunta N° 4:	
Sí	15
No	10



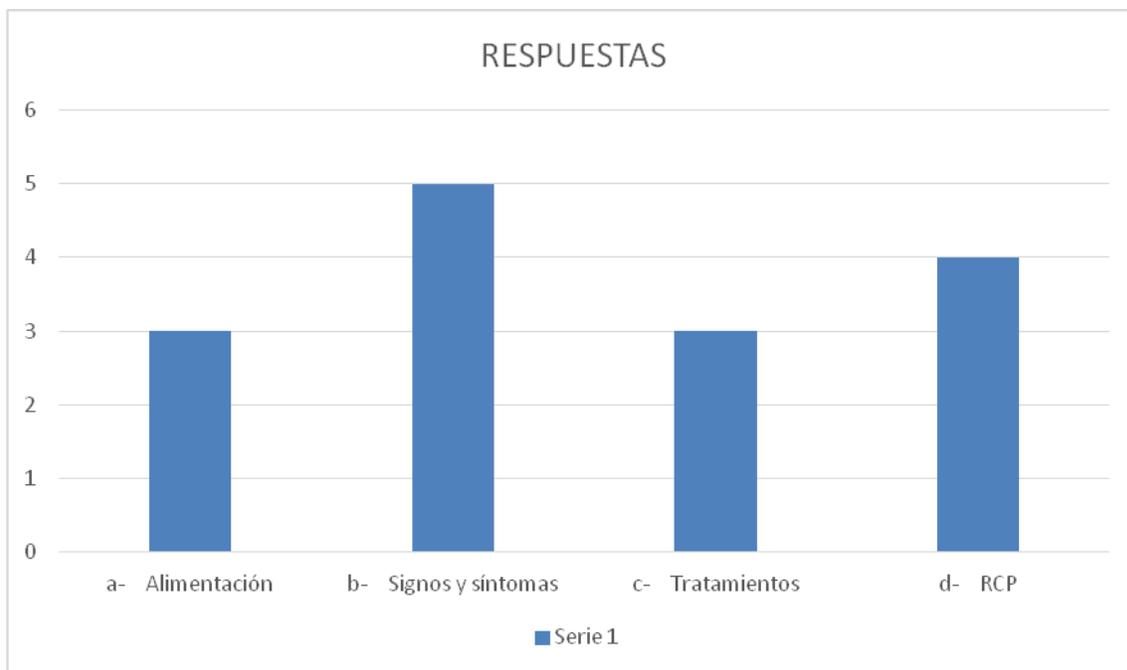
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De la población en estudio, el 60% refiere conocer cómo actuar ante una emergencia en el hogar.

Gráfico N° 18 “TIPOS DE EMERGENCIAS”

En caso de responder “Sí”, ¿Cuáles?

a- Alimentación	3
b- Signos y síntomas	5
c- Tratamientos	3
d- RCP	4



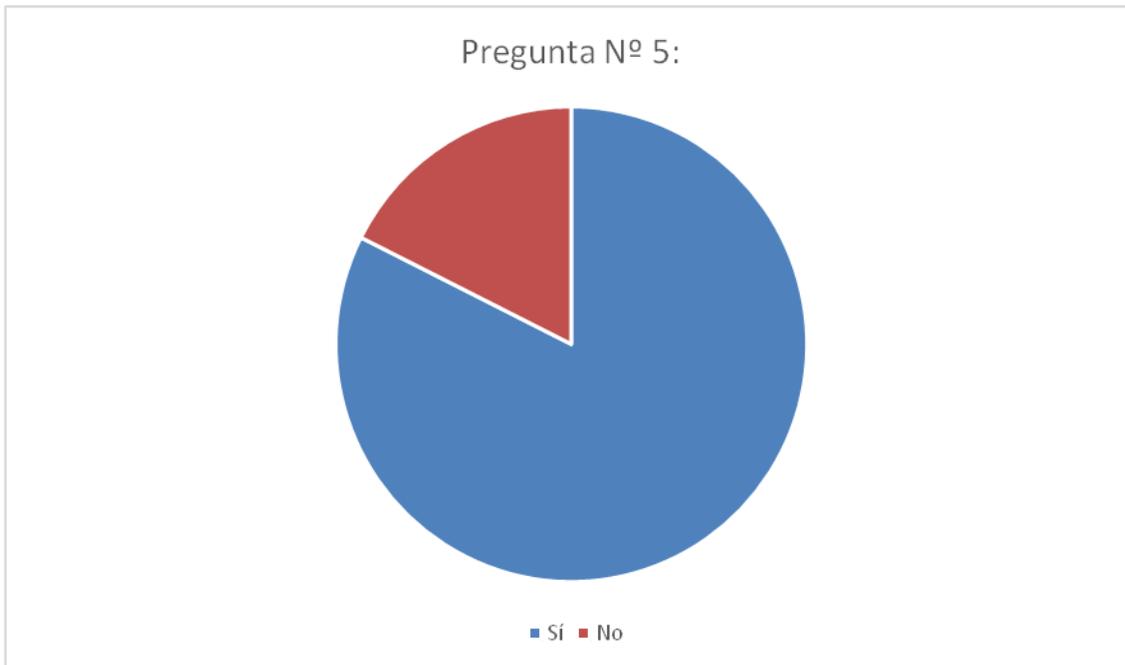
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: De las madres que refieren saber manejarse en casos de emergencia, el 42% se basa en la detección de signos y síntomas.

Gráfico N° 19 “REQUISITOS PARA LA ESTADIA DEL BEBE EN SU HOGAR”

Pregunta N° 5: ¿Sabe cuáles son los requisitos que se piden para la estadía del bebe en el hogar?

Pregunta N° 5:	
Sí	15
No	10



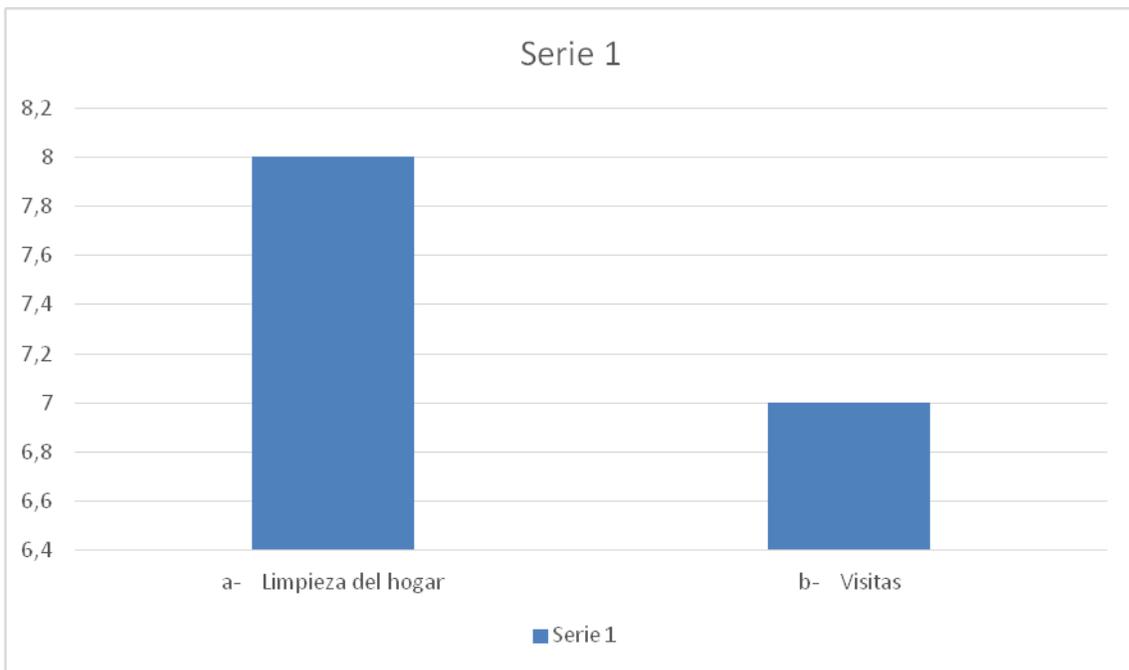
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 60% de las madres encuestadas, conocen cuales son los requisitos para el cuidado de su hijo en el hogar.

Gráfico N° 20 “TIPOS DE REQUISITOS”

En caso de responder “Sí” ¿Cuáles?

a- Limpieza del hogar	8
b- Visitas	7



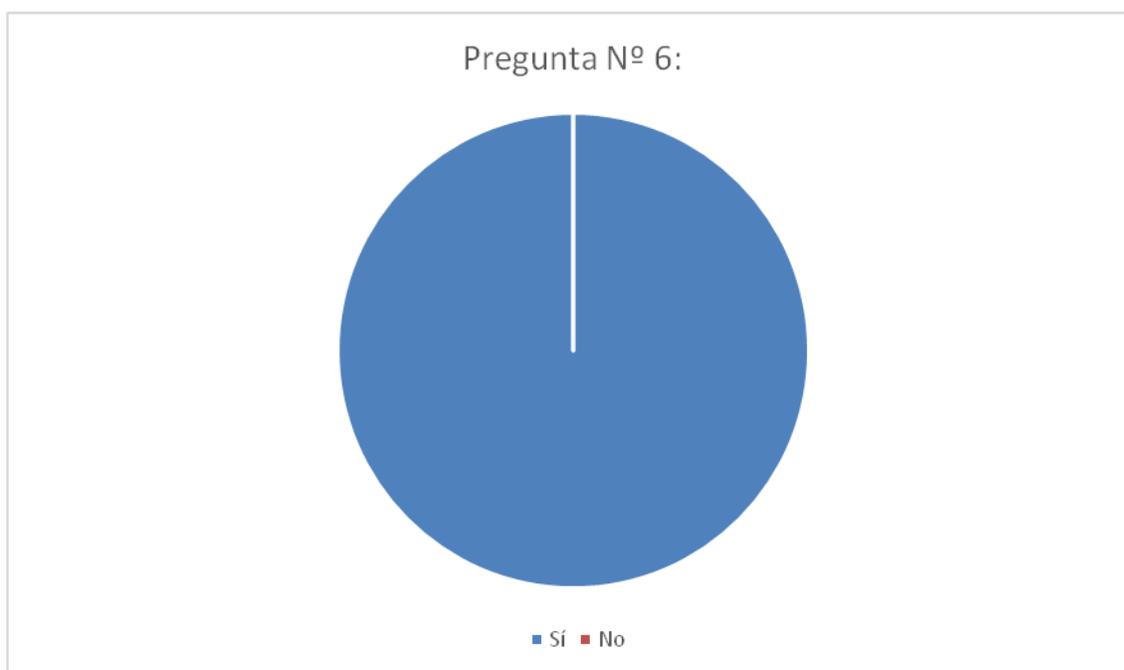
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 53% de la población, reconoce los requisitos de limpieza en el hogar y el 47%, el tema de las visitas.

Gráfico N° 21 “ASISTIÓ A LOS CONTROLES LUEGO DEL ALTA”

Pregunta N° 6: Luego del alta ¿fue a los controles?

Pregunta N° 6:	
Sí	25
No	



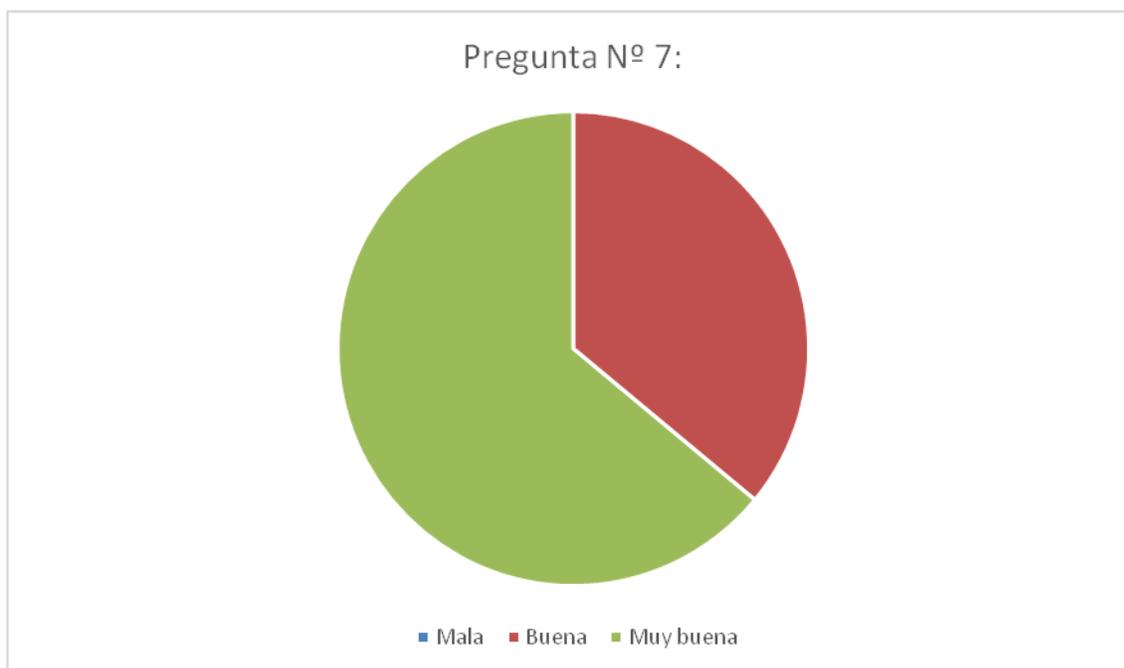
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 100% de La población encuestada, acudió luego del alta a los controles médicos.

Gráfico N° 22 “ADAPTACION/ACEPTACIÓN FAMILIAR.

Pregunta N° 7: ¿Cómo fue la adaptación/ aceptación de la familia?

Pregunta N° 7:	
Mala	
Buena	9
Muy buena	16



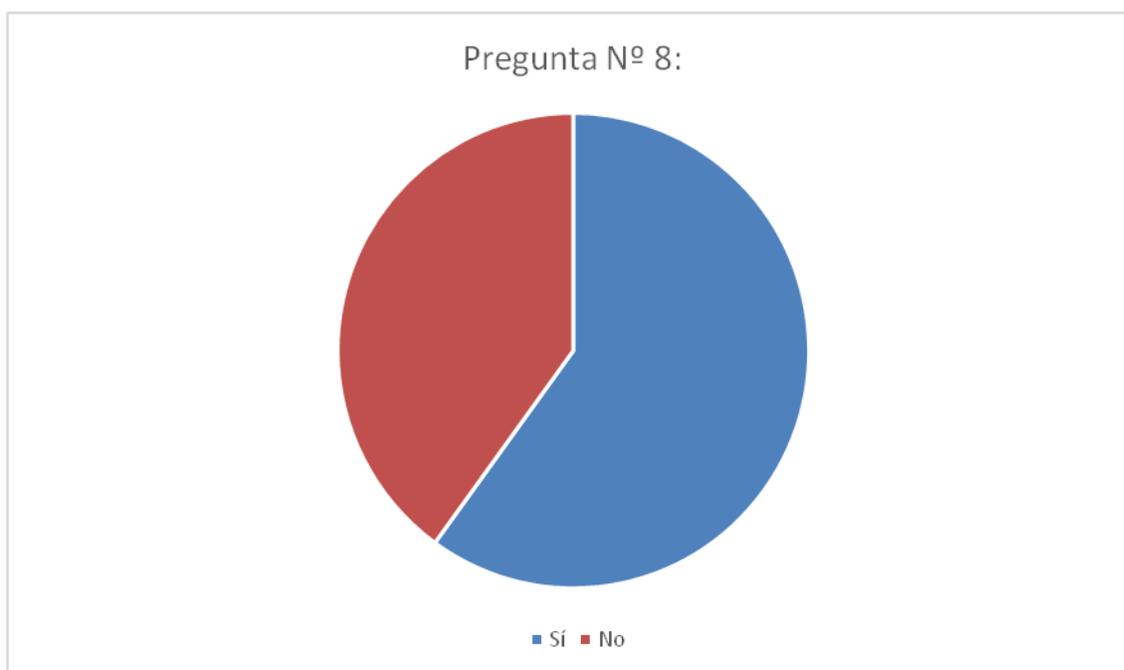
Fuente: Elaboración propia.

Resultado: En cuanto a la adaptación familiar, el 64% de la población manifestó que fue muy buena y el 36% buena.

Gráfico N° 23 “APOYO PSICOLÓGICO”

Pregunta N° 8: ¿durante el período de internación recibió apoyo psicológico?

Pregunta N° 8:	
Sí	15
No	10



Fuente: Elaboración propia.

Resultado: El 60% de la población, recibió apoyo psicológico durante la internación.

CAPÍTULO III.

CONCLUSIÓN GENERAL:

Luego de haber realizado un trabajo de campo en el Servicio de Seguimiento de Neonatología, se encuestó un grupo de 25 madres de pacientes prematuros, se ha observado y llegado a la conclusión que en su mayoría son mujeres de entre 25 y 29 años, presentándose pocos casos de edades extremas (menores de 18 años o mayores de 35 años) que son las edades que se esperaban encontrar para este caso. Solteras, amas de casa, con un nivel educativo básico (secundario) Casi en su totalidad, cuentan con todos los servicios indispensables de vivienda (agua, luz y gas), siendo esto beneficioso para garantizar un hogar seguro para la llegada del bebe.

Las encuestas confirman que son madres primerizas, en su mayoría con embarazos de 28 a 30 semanas de gestación, que, dentro de la clasificación de la OMS, los bebés se ubicarían como “muy prematuros”.

Por otra parte, en cuanto a la atención de enfermería durante la internación, la mayoría expresa que era “muy buena”. El nivel de instrucción que se les brindó les resultó útil, aunque en varios casos presentaron dificultades para comprender, lo que confirma la hipótesis que plantearon las autoras de este proyecto.

La totalidad de las madres encuestadas ha cumplido con los controles posteriores al alta y manifiestan una buena aceptación por parte de la familia.

Se ha podido cumplir solo con una parte de los objetivos, planteados, primeramente.

Para finalizar, se podría decir deducir que las madres han recibido educación por parte del personal de enfermería, pero ha sido dificultosa su comprensión, lo que este proyecto sería beneficioso para optimizar la información que se brinda.

PROPUESTAS

- Unificar los discursos del personal de enfermería desde que ingresa el bebé a la unidad de neonatología, hasta su alta.
- Priorizar lo que deben aprender los padres en el manejo del bebé y no con respecto a lo que lo rodea. (ARM, vías, sensores)
- Brindar apoyo a la hora de la charla con los padres y solventar sus dudas, sin aplicar retos y ni aumentos en la voz.
- Entrenamiento de una o más profesionales dentro del neo que se dediquen a la preparación de los padres para el alta.
- Creación de talleres para padres de manejo de RCP en el hogar (¿Cómo y cuándo realizar tal maniobra?)
- Aumentar el tiempo de las visitas de los padres sin necesidad de que estén acompañados todo el tiempo por los profesionales en este apartado se busca que ellos logren la independencia del manejo del bebé previo al alta, donde en seguimiento se refleje su desempeño como padres.

BIBLIOGRAFÍA

- Guías de atención ambulatoria integral para el seguimiento de recién nacidos en riesgo, UNICEF, Provincia de Córdoba, 2012.
- http://www.sact.org.ar/docs/Guia_pautas.pdf
- <http://enfermerapediatrica.com/test-de-silverman/>
- Luaces Cubells, jefe sección de urgencias y J. Lorenzo Payeras Grau, médico del servicio de urgencias del Hospital Sant Joan de Déu.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), **“Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 9: que sus familias los acompañen todo el tiempo”**. Impreso en Argentina Primera edición, septiembre de 2011.
- Artículo: “El estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales”. Traducción y adaptación de la escala parental estresor scale: neonatal intensive care unit. (PSS: NICU- M. S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M. S. Miles y S.G. Funk, 1998)
- Artículo: “El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales.” IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología XIX. Caruso, Agostina. 2012.

ANEXOS

REANIMACION CARDIOPULMONAR

Es de vital importancia que un papa/mama sepa realizar RCP o identificar los signos y síntomas de alarma para poder socorrer al bebe, hasta llegar al hospital o al primer efector de salud disponible para que continúen con el trabajo de reanimación. Los padres deben saber y tener la seguridad de que cualquier persona puede hacer RCP en cualquier sitio y sin tener que esperar. De hecho, es vital iniciar la RCP, dentro de los tres primeros minutos posteriores a la parada cardiorrespiratoria, para prevenir secuelas e inclusive la muerte, que puede ocurrir en tan solo 4 o 6 minutos.

¿Ante qué síntomas hay que actuar?

Los síntomas a los que tenemos que estar alerta ante un niño son:

- Pérdida de conocimiento.
- Paro respiratorio.
- Ausencia de signos de vida. (perdida de pulsos centrales y periféricos, ausencia en la frecuencia respiratoria, cambio de color en la piel, de rosa a pálido-cianótico)

¿Qué pasos debemos seguir?

Los pasos de la RCP siguen una secuencia lógica para garantizar la efectividad y éxito de la técnica. Por ello no debemos saltarnos ningún paso:

1. Verificar el nivel de consciencia del niño. Podemos preguntar cómo se encuentra o practicarle leves sacudidas o palmadas, siempre y cuando tengamos la certeza de que no padece ninguna posible lesión en el cuello o en la cabeza debido a un accidente. Se debe observar si se mueve o emite algún ruido.

2. Si obtenemos respuesta. Si el niño responde moviéndose o verbalmente, deberemos dejar al niño en la posición en la que lo hemos encontrado (a menos que esté expuesto a algún peligro adicional), comprobar su estado y pedir ayuda si fuera necesario.

3. Si no obtenemos respuesta, pedir ayuda. Si el niño está inconsciente debemos pedir ayuda a alguna persona cercana. Si no hay nadie cerca no debemos dejar solo al niño.

4. Colocar al niño boca arriba. Debemos tumbar al niño sobre una superficie dura y plana, con la cabeza boca arriba y las extremidades alineadas. Es importante evitar torcerle la cabeza y el cuello, ya que si el niño ha sufrido un accidente podría tener lesiones cervicales.

5. Abrir las vías respiratorias. Para la abertura de las vías respiratorias se realizará la maniobra frente-mentón destinada a facilitar la entrada de aire por la boca. Para evitar que la lengua caiga hacia atrás, debemos levantar la barbilla con la cabeza fija y con una mano. A la vez, con la otra mano inclinaremos la cabeza del niño hacia atrás empujando la frente hacia abajo con la otra mano. En caso de presencia de un cuerpo extraño visiblemente y fácilmente extraíble en la boca, se intentará retirarlo con la punta de los dedos, pero nunca deberemos realizar un barrido a ciegas de la cavidad bucal.

6. Valorar y comprobar la respiración del niño. Debemos poner el oído cerca de la nariz y boca del niño y observar el tórax para comprobar si respira. Observaremos, escucharemos y sentiremos durante no más de 10 segundos antes de decidir si la víctima respira con normalidad. Si hay alguna duda actuaremos como si NO fuera normal.



7. Si respira, le colocaremos en posición lateral de seguridad (PLS) siempre que sea posible y llamaremos a urgencias hasta la llegada de los equipos asistenciales comprobando en todo momento su respiración.

En lactantes, la PLS resulta complicada. Debemos procurar poner al lactante en una superficie dura, aunque sea con un soporte, ya que así mejorará la permeabilidad de la vía respiratoria y disminuirá el riesgo de atragantamiento con vómitos o secreciones.

8. Si el niño no respira y estamos acompañados de otra persona, debemos indicarle que avise a emergencias (112). Mientras, nosotros no nos separaremos del niño e iniciaremos la respiración artificial (boca-boca). Para ello, nos colocaremos de rodillas junto a la cabeza del niño y seguiremos los siguientes pasos:

- Abrir las vías aéreas.
- Tapar la nariz del niño.
- Inspirar profundamente.
- Colocar nuestros labios alrededor de la boca del niño (si es menor de un año podemos cubrir boca y nariz a la vez de manera que quede completamente sellada).
- Hacer 5 insuflaciones de rescate (soplos) uniformes hasta comprobar que el tórax del niño se eleva. Retirar la boca para tomar aire y observar que el tórax vuelve a bajar. Entre cada insuflación debemos mantener la posición de la cabeza y las manos, pero debemos retirar la boca para facilitar la respiración.



Mientras se realizan las insuflaciones de rescate, deberemos comprobar si provocan alguna respuesta en forma de movimientos, respiraciones o tos. Si no conseguimos que, entre aire, deberemos sospechar que algún objeto está obstruyendo las vías respiratorias.

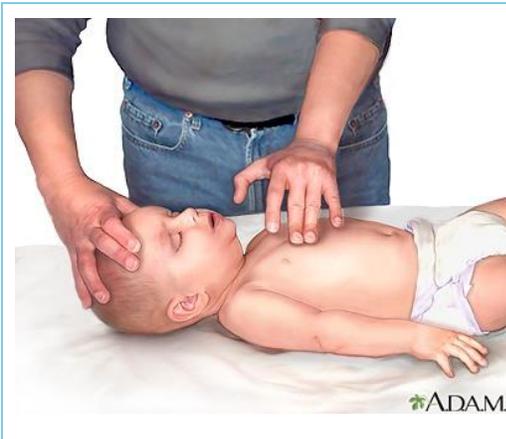
9. Comprobar signos de vida. Para comprobar los signos de vida deberemos observar signos de tos, movimientos y/o respiración.

- Si presenciamos signos de vida: seguir con la ventilación boca a boca a un ritmo de 20 por minuto hasta la llegada de los servicios de asistencia comprobando en cada momento su estado de respiración y los latidos de su corazón.
- Si NO presenciamos signos de vida: si el niño sigue inconsciente, no respira, no se mueve o tiene mal color, son otros signos de que su corazón no late. Iniciaremos las compresiones torácicas.

10. Realizar las compresiones torácicas. El objetivo es comprimir el tórax contra la espalda de forma rítmica para conseguir que la sangre salga del corazón y circule por el cuerpo. Colocaremos al niño boca arriba en un plano duro y con las extremidades alineadas y seguiremos estos pasos:

- Colocar el talón de la mano en el esternón, justo por debajo de los pezones, nunca en el extremo del esternón. En los niños menores de 1 año colocaremos 2 dedos, y en niños mayores de 8 años podemos utilizar las 2 manos.

- Colocar la otra mano de manera que aguante la frente un poco inclinada hacia atrás.
- Aplicar presión hacia abajo en el pecho del niño comprimiéndolo entre 1/3 y 1/2 de su profundidad.
- Hacer 30 compresiones dejando que el pecho se eleve completamente. Debemos hacer estas compresiones de forma rápida, fuerte y sin pausa.
- A continuación, hacer 2 insuflaciones más.
- Continuar la RCP (30 compresiones cardíacas, seguidas de 2 insuflaciones y repetir).



11. Llamar a urgencias y comprobar signos de vida. Si al cabo de un minuto de empezar la RCP, seguimos solos y no hemos podido llamar a urgencias (112), deberemos hacerlo ahora, aunque para ello tengamos que abandonar momentáneamente al niño.

A los 2 minutos deberemos comprobar la eficacia de nuestras maniobras: aparición de signos de vida y/o respiración espontánea.

12. Finalizar la RCP. Debemos continuar combinando 30 compresiones torácicas con 2 ventilaciones hasta que:

- llegue la ayuda del profesional
- la víctima recupere la respiración efectiva
- estemos exhaustos

Es importante recordar que no es recomendable realizar maniobras de reanimación con el lactante en brazos y en movimiento. Solo de forma excepcional, podemos movilizar al niño en caso de que nos desplazemos para solicitar ayuda y continuar las maniobras en el otro lugar.

¿Cómo podemos prevenir el tener que hacer RCP?

A diferencia de los adultos, son causas previsibles las que llevan a practicar la RCP en la gran mayoría de niños. Teniendo en cuenta esta premisa, es mejor prevenir que curar siguiendo estos prácticos consejos:

- Prevenir lesiones por accidentes de tráfico. Utilizar sillas homologadas según la edad del niño y conducir con precaución y sentido común.
- Prevenir atragantamientos con alimentos o cuerpos extraños. Enseñar al niño lo que debe comer y lo que no, y hacerlo de forma pausada. En niños más pequeños hay que estar atentos a que el niño no consuma objetos pequeños.
- Dar al niño juguetes aptos para su edad, que hayan pasado todos los controles de seguridad y calidad.
- Prevenir la ingesta de productos tóxicos. Mantener productos tóxicos, medicamentos, productos de limpieza, etc. fuera del alcance de los niños.
- Enseñar al niño a nadar desde pequeño.
- Enseñar al niño educación vial y a montar en bicicleta, triciclos, etc. de forma segura.

Nunca debemos subestimar lo que puede hacer un niño. Seguramente es capaz de hacer muchas más cosas de las que creemos que puede hacer. Por ello es recomendable estar siempre muy atentos a lo que está haciendo el niño y estar preparados ante una emergencia.

Por último, creemos que, aunque todos los padres, otros familiares e incluso maestros deben conocer la técnica del RCP, son los padres de niños con problemas de salud causados por patologías crónicas, especialmente del corazón o de respiración, los que deben preocuparse por conocer cuándo se puede producir una parada cardiorrespiratoria y utilizar la RCP cuanto antes.

DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS.

Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal ocupa un lugar importante dentro de la patología quirúrgica neonatal debido a su elevada frecuencia.

Se debe sospechar y solicitar los métodos diagnósticos adecuados con celeridad para su temprana resolución y evitar complicaciones. Se puede clasificar en altas (intestino delgado) y bajas (colon). Otra forma de clasificarla es en obstrucciones mecánicas (atresias, vólvulos, estenosis) o funcionales (enfermedad de Hirschsprung, síndrome de micro colon- mega vejiga).

El objetivo del seguimiento dar recién nacido de riesgo es puntualizar los datos de su presentación clínica y los pasos para llegar al diagnóstico etiológico correcto.

El diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal permite la identificación de aquellas causas que requieren tratamiento quirúrgico de emergencia (ej. vólvulo intestinal).

La tríada clásica incluye vómitos, distensión abdominal y falta de eliminación de meconio. El examen físico puede evidenciar una mal formación ano-rectal. Estos síntomas varían de acuerdo con la altura de la obstrucción, en general, mientras más proximal es la obstrucción hay más débito bilioso y menos distensión abdominal. El dolor abdominal es un signo de alarma.

Ostomías intestinales

Una ostomía es una solución quirúrgica en la que se práctica un orificio o estoma para dar salida artificial a un órgano en un punto diferente al de su lugar de salida natural.

Las ostomías del tracto intestinal requieren de cuidados y controles que evitarán molestias al paciente y sus familiares.

Estos cuidados son útiles para la prevención de futuras complicaciones que siempre generan problemas de difícil solución como:

- Irritación de la piel, lesión ampollar, ulceraciones, úlcera necrótica.
- Sangrado periostoma.
- Hundimiento del ostoma.
- Prolapso del intestino.
- Pérdidas de contenido intestinal de la bolsa de ostomía por mala adherencia de esta.

Es frecuente observar ostomías con algún tipo de complicación, y muchas veces a pesar de los buenos cuidados de enfermería. Esto puede deberse a la patología de base del paciente, pero en general se debe a una mala preparación de los padres o algún descuido en el cuidado diario que exige importante re orientación. La complicación más frecuente es la irritación de la piel que rodea la ostomía.

Hidrocefalia

La hidrocefalia no es una enfermedad, es una condición patológica caracterizada por una alteración entre la cantidad de líquido céfalo raquídeo (LCR) producida y la cantidad reabsorbida. Esto conduce a un aumento del volumen del espacio ocupado por LCR y puede ocasionar cambios en la presión intracraneal. Tres son los mecanismos que pueden ocasionar hidrocefalia:

1. Aumento de la producción de LCR
2. Obstrucción en la circulación de LCR.
3. Disminución de la absorción de LCR.

El mecanismo más frecuente es la obstrucción en la circulación, tanto por un tumor como por un quiste, un coagulo, un absceso, etc. Estos elementos se

pueden encontrar directamente dentro de los ventrículos obstruyendo la circulación o fuera ocasionando deformidad y compresión.

Neumotórax

Es la presencia de aire en la cavidad pleural con el consiguiente colapso pulmonar. Este gas puede provenir de una perforación pleuro-pulmonar (lo más frecuente) o de la tráquea, del esófago, de una solución de continuidad en la pleura parietal o ser producido por las bacterias de un empiema.

Se los puede clasificar en:

- Simple
- Secundario
- Iatropatogénico
- Traumático

Infección por Virus Respiratorio Sincicial

Es una enfermedad inflamatoria aguda de las vías respiratorias bajas, sobre todo de los bronquiolos, como respuesta a un agente viral que produce obstrucción bronquiolar que le ocasiona al niño dificultad respiratoria.

El Virus Respiratorio Sincicial (VRS) es el principal agente etiológico de infección respiratoria baja en el lactante. La prematures, la displasia broncopulmonar, las cardiopatías con alteraciones hemodinámicas y los trastornos de la humanidad constituyen factores de riesgo para desarrollar formas graves de la enfermedad.

Cuadro clínico (Síndrome Bronquiolar):

- Tos
- Taquipnea
- Tiraje

- Aleteo nasal
- Sibilancias
- Espiraciones prolongadas

Se ha estudiado dentro de los parámetros neonatales y destacando aún más la presencia de estos rangos definidos anteriormente como normales en el bebe prematuro, se utiliza como referencia ante un cuadro de dificultad respiratoria, el Índice de Silverman (score)

El **Test de Silverman- Anderson** evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido. Es recomendable que se pase al niño dentro de la primera hora de vida y dentro de la primera media hora de vida en el neonato pre término, con alguna dificultad respiratoria, aspirado de líquido en el parto, etc. Con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación entre 7 y 10 puntos precisaran de algún tipo de soporte respiratorio.

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

Por la magnitud de estas recomendaciones, es importante destinar suficiente tiempo para explicar de manera clara y precisa a los padres de los pacientes.

Los niños con enfermedades pulmonares crónica deberán recibir las vacunas obligatorias de acuerdo con la edad cronológica y el peso. También, la vacuna antigripal a los mayores de 6 meses y la vacuna anti neumococo. Se recomienda la vacunación antigripal a los convivientes.

En lactantes que requieren el uso de B₂ y/o corticoides, se preferirá la vía inhalatoria con aerocámara.

La tarea del cuidado del neonato y el lactante con problemas respiratorios es un trabajo en conjunto del equipo de salud y la familia.

Modelo de Encuesta

Método cualitativo. Estudios correlacionales. Diseño transversal

Datos Personales

Edad:

Estado civil:

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otros

Nivel Educativo:

Primario Secundario Terciario Universitario

Ocupación:

Cantidad de hijos:

Localidad:

Cuenta con servicios de...

Gas Luz Agua Potable

Internación

Edad Gestacional al nacer:

Días de internación:

¿Cómo considera Ud. la atención de enfermería en el servicio?

Malo Bueno Muy Bueno

¿Ud. recibió instrucciones durante la internación, por parte del personal de enfermería, sobre el cuidado de su hijo en el hogar?

Si No

En caso de responder "SI"

¿Ud. cree que fueron de utilidad? Si No

¿Tuvo dificultades para entender las instrucciones? Si No

En caso de responder "SI" ¿Por qué?

.....
.....

En caso de emergencia, en el hogar ¿aprendió cómo responder ante dicha situación?

Si No

En caso de responder "SI" ¿Cuáles?

.....
.....

¿Sabe cuáles son los requisitos que se piden para la estadía del bebé en el hogar?

Si No

En caso de responder "SI" ¿Cuáles?

.....
.....

Luego del alta ¿fue a los controles?

Si No

En caso de responder "NO" ¿Por qué?

.....
.....

¿Cómo fue la adaptación/ aceptación de la familia?

Mala Buena Muy Buena

En caso de responder "MALA" ¿Por qué?

.....
.....

¿Durante el período de internación recibió apoyo psicológico?

Si No

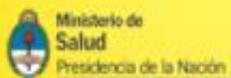
semana del Prematuro



PRIMERA SEMANA DE OCTUBRE

- 1** La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
- 2** Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
- 3** El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.
- 4** Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
- 5** Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
- 6** Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).
- 7** Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, luego del alta neonatal, a programas especiales de seguimiento.
- 8** La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
- 9** El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.
- 10** Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

sumate y participá



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



www.unicef.org.ar
www.facebook.com/unicefargentina



N	Ed	E	Niv	Oc	Hij	Lo	Se	Ed G	Int	At E	Pre	Pre	Pre	Pre	Pre	Pre	Pre	Pre
1	28	S	U	EP	2	MP	ABC	28	120	B	SI	NO	SI-B	SI-B	SI-B	SI	B	SI
2	34	C	T	AC	4	SM	BC	30	66	MB	SI	SI	NO	SI-D	SI-B	SI	MB	SI
3	21	S	T	AC	1	GY	ABC	34	60	B	SI	SI	SI-B	NO	NO	SI	MB	SI
4	22	S	S	AC	1	TY	BC	32	52	B	SI	SI	NO	SI-B	NO	SI	MB	SI
5	31	S	P	AC	1	CD	ABC	30	120	MB	SI	SI	NO	NO	NO	SI	B	NO
6	19	S	S	AC	1	GY	ABC	34	45	MB	SI	SI	NO	NO	SI-A	SI	MB	NO
7	29	S	S	EP	2	LC	ABC	38	19	MB	SI	SI	NO	SI-D	SI-B	SI	MB	NO
8	29	S	T	AC	1	CD	ABC	30	35	MB	SI	SI	SI-C	SI-B	NO	SI	B	NO
9	29	S	S	AC	1	TP	ABC	30	35	MB	SI	SI	NO	SI-A	SI-B	SI	MB	NO
10	29	S	U	EP	2	LH	BC	30	90	MB	SI	SI	NO	SI-C	SI-A	SI	B	SI
11	19	CB	P	AC	1	GY	ABC	27	120	MB	SI	SI	SI-A	SI-B	NO	SI	MB	SI
12	22	S	P	DS	2	GC	ABC	31	47	B	SI	SI	NO	NO	SI-A	SI	MB	SI
13	20	S	S	DS	2	SC	AB	32	120	MB	SI	SI	NO	NO	NO	SI	MB	SI
14	22	S	S	AC	1	MP	ABC	31	41	MB	SI	SI	NO	NO	SI-A	SI	MB	SI
15	28	CB	U	EP	2	SM	ABC	28	51	MB	SI	SI	SI-B	SI-A	SI-B	SI	MB	NO
16	16	S	S	ES	1	SM	ABC	25	90	B	SI	SI	SI-A	NO	NO	SI	MB	SI
17	23	CB	P	AC	1	GC	BC	25	60	MB	SI	SI	NO	SI-A	SI-A	SI	B	NO
18	37	C	U	EP	3	CD	ABC	28	90	MB	SI	SI	SI-A	SI-C	SI-A	SI	MB	SI
19	25	S	S	AC	2	GC	AB	30	40	B	SI	SI	NO	NO	NO	SI	B	NO
20	25	S	T	EP	1	SM	ABC	28	110	B	SI	SI	NO	SI-D	SI-B	SI	B	SI
21	24	S	S	DS	2	MP	BC	32	20	B	SI	SI	NO	SI-D	SI-B	SI	MB	SI
22	22	S	S	DS	2	GY	BC	29	101	MB	SI	SI	SI-A	SI-B	SI-A	SI	MB	NO
23	30	CB	P	AC	5	CD	AC	35	23	MB	SI	NO	NO	NO	NO	SI	MB	SI
24	33	C	T	AC	3	CD	ABC	36	14	MB	SI	SI	SI-C	SI-C	SI-A	SI	B	SI
25	29	CB	S	AC	3	GY	AB	35	28	B	SI	SI	NO	NO	NO	SI	B	NO

Referencias:																			
EC: Estado Civil	Niv E: Nivel Educativo	Ocup: Ocupación	Local: Localidad																
C: Casada	P: Primario	AC: Ama de casa	GC: Godoy Cruz	CD: Ciudad															
S: Soltera	S: Secundario	EP: Empleada	GY: Guaymallén	SC: San Carlos															
CB: Concubinato	T: Terciario	DS: Desocupada	MP: Maipú	TP: Tupungato															
	U: Universitario		TY: Tunuyán	LH: Las Heras															
			LC: Luján de Cuyo	SM: San Martín															
Serv: Servicios	Ed Ges: Edad gestacional, en semanas	Preg 3: A- Demasiada información	Preg 4: A- Alimentación.																
A- Gas	Int/ d: Internación en días.	B- Lenguaje complejo	B- Signos y síntomas																
B- Luz	At. Enf: Atención enfermería	C- No responde	C- Tratamientos																
C- Agua potable	MB- Muy bueno		D- RCP																
	B- Bueno																		
Preg 5: A- Limpieza del hogar	Preg 7: B- Buena																		
B- Visitas	MB- Muy buena																		