

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LOS PADRES DE RECIÉN  
NACIDOS PREMATUROS EN CASA, UCI NEONATAL HUSJ, ABRIL - MAYO  
DE 2010**

**Ángela María Muñoz Escudero.  
Aura Marisela Zúñiga Meneses.**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
2011**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LOS PADRES DE RECIÉN  
NACIDOS PREMATUROS EN CASA, UCI NEONATAL HUSJ, ABRIL - MAYO  
DE 2010**

**Asesora/ Investigador principal:  
Enf. Esp. Mabel Amalia Cuellar Tobar.**

**Asesora Metodológica:  
Enf. Mag. Carmen Ofelia Daza Córdoba**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por ser la fuente de toda sabiduría, a nuestras familias por su incansable lucha y apoyo incondicional, a los padres de los niños que hicieron posible este proyecto, al personal de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario San José por su colaboración durante el desarrollo del estudio, a nuestras docentes Enf. Esp. Mabel Amalia Cuellar Tobar, Enf Mag. Carmen Ofelia Daza y Enf. Mag. Gladys Amanda Mera por compartir con nosotras sus conocimientos y por apoyar nuestra formación profesional y personal.

Aura Maricela y Angela María

## **DEDICATORIA**

Al Todopoderoso por permitirme vivir, soñar y alcanzar una de mis metas, a mi madre por su amor, comprensión y apoyo incondicional, a mi esposo por su cariño y entrega que me ayudaron a llegar a un buen puerto, a mi hijo por su paciencia, por ser el motor y artífice de este logro, a mis hermanos por creer en mí y ser cómplices de mis sueños, a mis suegros por acogerme y hacer que me sintiera como su hija, a mi familia y amigos por su colaboración.

Aura Maricela

## **DEDICATORIA**

A José Manuel y Santiago por enseñarme el valor infinito de la vida.  
Con profundo y eterno amor

Angela María

## CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCION.....	12
1. MARCO TEORICO.....	14
1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS NIÑOS PREMATUROS .....	16
1.1.1 Bebés moderadamente prematuros.....	16
1.1.2 Bebés muy prematuros.....	17
1.1.3 Prematuros extremos.....	17
1.1.4 Bebés microprematuros.....	17
1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO..	18
1.2.1 Termorregulación.....	18
1.2.2 Hipoglicemia.....	18
1.2.3 Líquidos y electrolitos.....	19
1.2.4 Nutrición.....	19
1.2.5 Audición.....	19
1.3 CAUSAS DE LA PREMATUREZ.....	20
1.3.1 Factores maternos.....	20
1.3.2 Factores relacionados con el embarazo.....	21
1.3.3 Factores relacionados con el feto.....	21

1.3.4	Otras causas.....	21
1.4	EL CUIDADO HUMANO DE MADRES Y PADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO	22
1.5	LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO.....	25
1.6	MÉTODO MADRE CANGURO.....	29
1.7	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	29
1.7.1	Cuidado de la piel.....	29
1.7.2	Cuidados de sociogo y confort.....	32
1.8	MIEDOS DE LOS PADRES QUE LOS LIMITAN PARA DAR CUIDADO.	32
1.9	MODELO TEORICO DE ENFERMERÍA NOLA PENDER.....	34
1.9.1	Definición de conceptos.....	35
2.	METODOLOGÍA.....	42
2.1	VARIABLES.....	43
2.2	PRUEBA PILOTO.....	44
3.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	45
4.	DISCUSIÓN.....	56
5.	CONCLUSIONES.....	61
6.	RECOMENDACIONES.....	63
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	64
8.	ANEXOS.....	67

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Tipo de Alimentación que brindaran los padres a sus hijos.....	45
Tabla 2. Formas de reconocimiento de la intolerancia a la alimentación.....	46
Tabla 3. Frecuencia de alimentación en un bebe prematuro durante los primeros seis meses de vida.....	46
Tabla 4. Descripción de cuidados a tener en cuenta al alimentar a un niño prematuro.....	47
Tabla 5. Porcentaje de formas para acostar al bebé.....	47
Tabla 6. Razones para acostarlo. Anunciado anteriormente.....	48
Tabla 7. Frecuencia para cambiar de posición al niño prematuro.....	48
Tabla 8. Porcentaje consideraciones con quién debe dormir el niño.....	48
Tabla 9. Porcentaje lugar donde dormirá el niño en casa.....	49
Tabla 10. Porcentaje características que debe tener el ambiente de la habitación del bebé.....	49
Tabla 11. Frecuencia de aspectos a observar mientras el bebé duerme.....	50
Tabla 12. Porcentaje de acciones que evitaría mientras el niño está dormido.....	50
Tabla 13. Porcentaje de conocimiento del programa de seguimiento a niños de alto riesgo que ofrece la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del HUSJ.....	51
Tabla 14. Porcentaje género de los padres participantes en el estudio.....	52



<b>Tabla 15. Frecuencia lugar de nacimiento de los padres.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 16. Frecuencia lugar de residencia de los participantes.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 17. Porcentaje grado de escolaridad de los padres.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 18. Porcentaje ocupación de los padres.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 19. Porcentaje tipo de afiliación al SGSSS.....</b>	<b>54</b>

## LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo A Consentimiento Informado.....	67
Anexo B Instrumento.....	68

## RESUMEN

En Colombia en el año 2008 se reportaron 714.477 nacimientos, de los cuales el 18% (130.932) fueron prematuros. Este grupo de niños necesita de cuidados especiales por parte de sus padres o cuidador principal además de los requeridos por un niño a término ya que por su inmadurez son más susceptibles a presentar complicaciones a nivel biológico, psicomotor y afectivo.

En este momento de la vida de los niños los conocimientos que tienen los padres y madres respecto al manejo pertinente y las prácticas de cuidado que realizan, marcan la diferencia en la supervivencia y repercuten directamente en el desarrollo del bebé, razón por la cual es de gran importancia brindar una atención completa y de calidad, según el entorno y situación de cada neonato, para ofrecer cuidado individualizado debido a que cuando un bebé nace prematuro, puede llegar a sufrir una serie de riesgos y complicaciones entre las que se encuentran: síndrome de dificultad respiratoria, apnea, hemorragia intraventricular, anemia, ictericia, conducto arterioso persistente, etc. Solo el conocimiento que adquieran sus padres o cuidadores principales para brindar un cuidado adecuado en casa, apoyará la salud del niño prematuro; y fortalecerá el proceso iniciado a nivel hospitalario por lo tanto se planteó el siguiente **objetivo general**: Determinar el conocimiento que tienen los padres de los recién nacidos prematuros y que prácticas de cuidado deben realizar, previo al alta del paciente hospitalizado.

Se evaluó en los padres los conocimientos y prácticas de cuidado teniendo en cuenta al individuo como objeto de cuidado, familia y entorno en el cual se desarrolla. Se obtuvo: Edad se tomó por mediana 26 años, nivel de escolaridad básica secundaria incompleta, procedentes de municipios del departamento del Cauca diferente a la capital, pertenecientes al régimen subsidiado, con ingresos inferiores a 1 SMLV.

Palabras clave: Prematuro, diversidad cultural, cuidado neonatal

## INTRODUCCIÓN

En Colombia en el año 2008 se reportaron 714.477 nacimientos, de los cuales el 18% (130.932) fueron prematuros<sup>1</sup>. Este grupo de niños necesita recibir cuidados especiales por parte de sus padres o cuidador principal además de los requeridos por un niño a término dado que por su inmadurez son más susceptibles a presentar complicaciones a nivel biológico, psicomotor y afectivo.

Es aquí donde los conocimientos que tienen los padres y las prácticas de cuidado que realizan marcan la diferencia en la supervivencia de estos niños pues el cuidado adecuado en esta etapa de la vida repercute directamente en el desarrollo del bebé, razón por la cual es de suma importancia brindar una atención completa y de calidad, según el entorno y situación de cada neonato, ya que cuando un bebé nace prematuro, puede llegar a sufrir una serie de riesgos y complicaciones entre los que se destacan: síndrome de dificultad respiratoria, apnea, hemorragia intraventricular, anemia, ictericia, conducto arterioso persistente, enterocolitis necrozante, retinopatía del prematuro, entre otros. Solo el conocimiento adquirido por sus padres para brindar un cuidado adecuado por fuera del ámbito hospitalario apoyará la salud del niño prematuro; por lo tanto se planteó el siguiente **objetivo general** : Determinar el conocimiento que tienen los padres de los recién nacidos prematuros y que prácticas de cuidado deben realizar, previo al alta del paciente hospitalizado, y para su desarrollo los siguientes objetivos específicos; Caracterizar a la población de padres de familia (cuidador principal) de los niños prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del HUSJ de Popayán. Identificar los conocimientos tiene el cuidador principal de los niños prematuros respecto a su manejo y cuidado y determinar las prácticas fundamentales de cuidado que deben realizar los padres de recién nacidos prematuros en casa.

Partiendo de esta afirmación y del hecho de que día a día el personal de salud se ve enfrentado a diversos factores de riesgo y causas de morbimortalidad que vierten su efecto sobre la población infantil, y en este grupo especialmente, se

---

<sup>1</sup> DANE Estadísticas Vitales 2008

llevó a cabo el presente trabajo con el fin de estandarizar ciertas prácticas de cuidado ajustadas al conocimiento y la evidencia científica actuales para mejorar la calidad de atención asistencial del recién nacido prematuro, vinculando como agentes fundamentales del cuidado a los padres y resaltando la importancia de la interacción padres-hijo-entorno, acciones encaminadas a mejorar la supervivencia y desarrollo del bebé, dado que cuando se enseña a los padres acerca de los cuidados que pueden proporcionar a sus hijos durante la hospitalización, se logrará mayor seguridad y preparación para el momento del alta; esto fortalece sus habilidades y permite al equipo de salud promover prácticas saludables como lactancia materna, estimulación, manipulación, etc., haciendo énfasis en la importancia a nivel fisiológico, afectivo y social tanto para el recién nacido como para la madre.

De acuerdo a los resultados del estudio se planteó como propósito facilitar la transferencia y réplica del conocimiento del cuidado al recién nacido prematuro, mediante la elaboración de un instrumento educativo (cartilla) en el cuál se ofrezca orientación relacionada con el manejo, desde una concepción biopsicosocial e incluyendo los aspectos fundamentales que se deben conocer para garantizar cuidado de calidad, entre ellos: Alimentación, termorregulación, estimulación y signos de alarma.

## MARCO TEÓRICO

Un Recién Nacido Prematuro es todo niño nacido antes de las 37 semanas de gestación contadas a partir de del primer día de la ultima menstruación o lo equivalente a 258 días.<sup>2</sup> Debido a su nacimiento anticipado, los prematuros pesan mucho menos que los bebés que cumplieron su gestación hasta el plazo normal y pueden tener problemas de salud ya que sus órganos no han tenido el tiempo suficiente para desarrollarse.

La duración del embarazo se considera normal cuando el parto se produce entre las semanas 37 y 42. El niño prematuro nace con una “inmadurez” de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) esto le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.). Es posible que un niño nazca a las 40 semanas con un peso igual al de un niño prematuro de 32 semanas, son los pequeños con relación a su edad gestacional. No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una Sala de Neonatología. Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas esta en relación a la edad gestacional (duración de la gestación en semanas).

Los prematuros cuyo peso es menor a 2000 gr, necesitan atención médica especial en una unidad de cuidados intensivos neonatal o UCIN y deben permanecer ahí hasta que sus sistemas de órganos puedan funcionar sin ayuda.<sup>2</sup>

El cerebro de un niño prematuro se caracteriza inicialmente por el aspecto liso de su superficie y la aparición progresiva de las circunvoluciones que se completan al final de la vida extra uterina normal, también de manera progresiva se realiza la diferenciación entre la sustancia gris y la blanca, las sinapsis son inexistentes pero estarán incompletas aun al termino del a gestación.

---

<sup>2</sup> MANOTAS CABARCAS Rafael, Neonatología, Editorial Universidad de Antioquia, 1994

Entre la semana 28 y 32 existe una red arteriovenosa muy rica localizada en el área periventricular. No existe mielinización de los nervios periféricos, ni de la médula espinal, en la zona reticular el número de células es escaso y sus comunicaciones están incompletas. El prematuro tiene establecidas las uniones neuromusculares aunque el funcionamiento no es total ni siquiera al término de la gestación, como todo desarrollo nervioso la progresión se hace céfalo caudal, esto tiene una implicación muy importante para la fisiología de la respiración por la relación entre la función de la placa motora y la respuesta muscular diafragmática e intercostal.

El comportamiento del prematuro es un fiel reflejo de su inmadurez, su posición es de flexión generalizada y pasiva, pero con un escaso tono muscular y sin reflejos automáticos primarios especialmente en los miembros inferiores, ocasionalmente se ven esbozos del reflejo de Moro alrededor de la semana 26 de gestación.

El Recién Nacido Prematuro presenta dos tipos de sueño: activo y tranquilo. Durante el sueño activo se notan algunas acciones fisiológicas como mayor circulación cerebral, temperatura, movimientos de extremidades, faciales, oculares, aumento de la secreción de jugo gástrico y excreción aumentada de adrenalina.

Durante el sueño tranquilo aumenta la producción de hormona del crecimiento. El Recién Nacido Prematuro es susceptible a la hipotermia, debido a la relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y escaso glucógeno. La nutrición es un desafío continuo ya que el prematuro tiene altos requerimientos energéticos por su mayor tasa de crecimiento y debido a la pérdida de calor por la piel también se incrementan sus necesidades calóricas para lograr el crecimiento mínimo deseado de 20 gr /día. La mejor elección para la alimentación enteral es la leche materna. El neonato de cualquier edad es capaz de obtener su nutrición casi totalmente de la leche materna. El prematuro tiene algunas dificultades de que dependen no tanto de la maduración sino del tamaño de su estómago, el cual es incapaz de tolerar las cantidades que necesita para llenar sus requerimientos.

Al nacer existe un bajo flujo sanguíneo al riñón y este se va incrementando progresivamente a medida que transcurren los días. El flujo aumenta a medida que baja la resistencia renal y el Na va nivelando su excreción total con el aumento del flujo. Los niveles de Creatinina y úrea están elevados los primeros 7 días pero van disminuyendo paulatinamente. Los Recién Nacidos Prematuros tienen grandes dificultades respiratorias, ya que el epitelio alveolar está en una fase muy temprana de su desarrollo. Por otra parte las células alveolares tipo II presentan también secreción de material surfactante, lo que depende de la edad gestacional, no solo en cantidad sino también en calidad. La ausencia o deficiencia de tal material ocasiona dificultad notable en la mecánica alveolar como en el intercambio aéreo, lo que se manifiesta como Síndrome de Dificultad Respiratoria.

El corazón fetal se caracteriza por mantener una frecuencia alta que puede llegar hasta 180 PPM. Pero en condiciones normales oscila entre 120 a 160, además también presenta un gasto cardíaco elevado que moviliza alrededor de 200ml de sangre/Kg/min. Cantidad que equivale 2 veces y media a la que mueve un adulto. Todas las funciones inmunes se encuentran disminuidas incluso la síntesis del complemento, la capacidad fagocítica, la opsonización, la respuesta inflamatoria y la degradación intracelular de antígenos, la labilidad a las infecciones es un hecho definitivo y definido en el prematuro y uno de los factores que muchas veces ocasiona la muerte.

## **1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS NIÑOS PREMATUROS**

### **1.1.1 Bebés moderadamente prematuros**

En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 35 y 37 de edad gestacional (de tres a cinco semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 1.700 y 3.400 gramos y miden entre 43.2 y 45.7 centímetros. La tasa de sobrevivencia para estos niños es de 98 a 100%.



### **1.1.2 Bebés muy prematuros**

En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 30 a 34 (seis a diez semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 1.000 y 2.500 gramos y miden entre 35.6 y 46 centímetros. La tasa de sobrevivencia para estos bebés es de 98%

### **1.1.3 Bebés prematuros extremos**

En este grupo se encuentran los bebés nacidos entre la semana 26 y 29 (11 a 14 semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 750 y 1.600 gramos y miden entre 30.5 y 43.2 centímetros. Para estos bebés la tasa de sobrevivencia es variable: aquéllos nacidos en la semana 26 y que pesan cerca de 1.000 gramos tienen de 90 a 95% de posibilidades. Los que nacen en la semana 28 a 29 tienen hasta 98%. Cifras como éstas explican el porqué se realizan esfuerzos intensivos por prolongar o detener un trabajo de parto prematuro, ya que cada hora que el bebé pueda pasar dentro del útero materno aumenta sus posibilidades de vivir.

### **1.1.4 Bebés microprematuros**

En este grupo se encuentran los bebés que nacen antes de la semana 26 de gestación (más de 14 semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan menos de 750 gramos y miden menos de 30 centímetros. Menos del 5% de los prematuros cae dentro de este grupo, y la sobrevivencia es variable: los que nacen cerca de la semana 26 y pesan alrededor de 750 gramos tienen hasta 50% de posibilidades. Para los que nacen antes de la semana 25 las posibilidades son menores.

## 1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

A continuación describimos los aspectos clínicos más importantes de los recién nacidos prematuros, los cuales deben ser conocidos por el personal de enfermería y los padres de los niños para poder intervenir precoz y oportunamente.

### 1.2.1 Termorregulación

El Recién Nacido Prematuro es particularmente susceptible a la hipotermia, debido a la elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y escaso glucógeno, existen 4 formas por las cuales el niño prematuro puede perder calor:

- **Radiación:** Pérdida de calor con objeto más frío.
- **Conducción:** Pérdida de calor por contacto con una superficie.
- **Convección:** Pérdida de calor con aire circundante.
- **Evaporación:** Pérdida de calor por disipación de agua.

La hipotermia a la vez puede resultar en hipoglucemia, apnea y acidosis metabólica. El control térmico es fundamental para la sobrevivencia y típicamente se alcanza con el uso de lámparas de calor radiante o incubadoras.

### 1.2.2 Hipoglicemia

Además el Recién Nacido Prematuro tiene dificultad para mantener niveles de glucosa normal, debido al cese de aporte de glucosa por parte de la madre, el estrés y los depósitos de glucógeno insuficientes para dar el aporte necesario.

Las manifestaciones clínicas de hipoglucemia en el prematuro no se presentan o son diferentes a las del Recién Nacido a Término y entre algunas de ellas están: convulsiones, temblor, letargia, apnea, lo que obliga a realizar controles rutinarios de glicemia para hacer el diagnóstico e instaurar manejo oportuno.

### **1.2.3 Líquidos y electrolitos**

Comparando con los Recién Nacidos a término, los Recién Nacidos Prematuros tienen una mayor proporción de líquidos en el compartimiento extracelular que en el intracelular. Además tienen una mayor proporción de peso corporal total constituido por agua. En los primeros días de vida, la diuresis puede acarrear una pérdida del 10-20 % del peso, la cual puede exacerbarse en forma iatrogénica, estos niños pueden tener comprometida la función renal, debido a una disminución de la tasa de filtración glomerular. Por esto, debe tener un control especial de los líquidos y electrolitos.

### **1.2.4 Nutrición**

La nutrición del niño prematuro es un desafío continuo ya que el prematuro tiene altos requerimientos energéticos por su mayor tasa de crecimiento y debido a la pérdida de calor por la piel también se incrementan sus necesidades calóricas para lograr el crecimiento mínimo deseado de 20 gr /día. La tendencia actual es iniciar la alimentación enteral en forma rápida con leche materna fortificada, se considera que la leche materna es la mejor elección para la alimentación enteral y se ha sugerido que tiene efecto protector en contra de la Entero colitis necrotizante. Es necesario fortificarla con calcio y fósforo para garantizar un crecimiento óseo adecuado. Cuando se inicia la alimentación enteral con leches industrializadas existe mayor riesgo de presentar Entero Colitis Necrotizante. En el prematuro extremo es difícil alcanzar los aportes calóricos requeridos, por lo que se inicia soporte parenteral después de las 24 horas de vida. El uso prolongado lleva a complicaciones secundarias a la colocación de catéteres centrales: metabólicas, infecciosas y en forma tardía predispone a hepatopatía colestática.

### **1.2.5 Audición**

Todos los RNPT deben tener evaluación auditiva antes del egreso hospitalario, ya sea por emisiones otacústicas o con potenciales evocados auditivos del tallo cerebral. Estos pacientes están en mayor riesgo de lesión auditiva debido a su

bajo peso. Otros factores de riesgo incluyen meningitis, asfixia y administración de drogas ototóxicas. También deben tener examen auditivo a los 6 meses.

### **1.3 CAUSAS DE LA PREMATUREZ**

Existen muchos factores relacionados con los nacimientos prematuros. Algunos de estos factores inducen directamente el trabajo de parto y nacimiento prematuros, mientras que otros pueden provocar un trastorno o una enfermedad en la madre o el bebé, y requieren un parto anticipado. A continuación se enumeran algunos factores que pueden contribuir al nacimiento prematuro.

#### **1.3.1 Los factores maternos**

- Haber tenido otros partos prematuros previos.
- Haber tenido más de tres abortos provocados o espontáneos.
- Pre - eclampsia (también llamada toxemia o presión sanguínea alta en el embarazo).
- Diabetes gestacional
- Enfermedad médica crónica ( enfermedad renal, cardiopatía, anemia, alteraciones tiroideas)
- Infecciones (por ejemplo, estreptococos del grupo B, infecciones del tracto urinario, vaginales, de los tejidos del feto o la placenta)
- Consumo de alcohol y drogas (como por ejemplo, la cocaína)
- Estructura anormal del útero.
- Incompetencia del cuello uterino (incapacidad del cuello uterino para permanecer cerrado durante el embarazo)
- Edad de la madres si es menor a 17 años y mayor de 35 hay más posibilidades de sufrir un parto prematuro.<sup>3</sup>
- Malnutrición materna o estar baja de peso.
- Exceso de actividad física

---

<sup>3</sup> HOSPITAL DE NIÑOS DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA, Unidad de cuidados intensivos del recién nacido guía de alta “nos vamos a casa”.

- Estado emocional de la madre: el estrés y la depresión pueden causar un parto prematuro, además de otros factores como el maltrato físico, emocional o sexual.

### **1.3.2 Los factores relacionados con el embarazo**

- Funcionamiento anormal o disminuido de la placenta.
- Placenta previa (implantación de la placenta en el segmento inferior del útero).
- Desprendimiento de placenta (separación prematura de la placenta y el útero).
- Ruptura prematura de membranas (saco amniótico).
- Poli hidramnios (demasiado líquido amniótico).

### **1.3.3 Los factores relacionados con el feto**

- Cuando el comportamiento fetal indica que el medio intrauterino no es saludable.
- Gestación múltiple (mellizos, trillizos, etc.).

### **1.3.4 Otras causas**

Al llegar la gestación a su término, el riñón fetal fabrica una proteína que es excretada con la orina hacia el líquido amniótico, donde, al aumentar su concentración, estimula el Amnios, el Corion y la Decidua Vera para que se libere ácido Araquidónico a partir de la Fosfatidiletanolamida y el Fosfatidilinositol allí presentes; a causa del estímulo hormonal de los estrógenos maternos, el aumento de la concentración de Calcio libre, el Factor activador plaquetario y la Vitamina D3, el ácido Araquidónico se transforma en Prostaglandinas E2 y F2 Alfa, las cuales serían encargadas de inducir la contracción miometrial y conducir el trabajo de parto hasta su fin.

Queda por aclarar cuáles son los factores que determinan que en un momento dado se desencadene el parto en forma prematura; lo que sí está definido es que existen situaciones que con el tiempo han establecido claramente su relación con la iniciación del parto pretérmino.

Algunas de dichas situaciones son más frecuentes que otras; se ha considerado que la incompetencia cervical muestra una fuerte asociación con el parto prematuro, y es necesario sospecharla siempre que una gestación relate haber tenido partos pretérmino previos, abortos tardíos, metrorragias sin placenta previa, o cuando el obstetra encuentre acortamiento o permeabilidad del canal cervical.<sup>4</sup>

#### **1.4 EL CUIDADO HUMANO DE MADRES Y PADRES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO**

La palabra *cuidado* deriva del latín *cogitatum* que quiere decir pensamiento, y es definido a su vez como solicitud y atención para hacer bien alguna cosa. Bajo esta concepción diversos autores han conceptualizado el cuidado, entre los que se destaca Stricckland, quien establece que este es la fuente de nuestra conciencia y que al ser proporcionado se manifiesta como la expresión de nuestra humanidad y reflexión de nuestros valores, principios profesionales y personales. Dadas estas características es posible describirlo como un rasgo humano, un imperativo moral, como afecto, como un proceso de interacción personal, como una intervención terapéutica, tal como es mencionado por Morse.

Mayeroff lo describe como ideal filosófico, resaltando que a través del, el ser humano vive el significado de su vida, y que el cuidar puede ser considerado como un proceso que involucra desenvolvimiento.

Leonardo Boff, por su parte, establece que cuidar “más que un acto, es una actitud” y por tanto abriga más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Además menciona que el cuidar representa una actitud de ocupación, de

---

<sup>4</sup> MANOTAS, op cit. Pag. 9

preocupación, de responsabilidad y de involucramiento afectivo con los otros. En concordancia con Boff Colliere considera que “cuidar es un acto de vida, cuyo objeto es primero y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de este modo luchar contra la muerte: del individuo, del grupo y de la especie”. Esto es enfermería.

Dichas dimensiones, a la luz de los aportes proporcionados a la enfermería por la filosofía y el humanismo, permitirán que el cuidado sea considerado como la expresión artística de enfermería y que el mismo mantenga su brillo demostrando un equilibrio entre los avances tecnológicos y el cuidado humanizado, especialmente en aquellas áreas de hospitalización como las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, espacios destinados al cuidado de recién nacidos con alteraciones, prematuros, críticos, y junto a ellos sus padres, quienes experimentan la realidad de no tener a su hijo con ellos, sino en un ambiente ajeno, con personas extrañas, diferentes al ambiente hogareño previsto durante la gestación. Por tal motivo, siendo que el enfermero es la persona que tiene mayor contacto y cuidado dirigido al bebé y es el encargado de apoyar a los padres en sus visitas, requiere la capacitación científica, humana y técnica para conocer más a fondo las necesidades de estos padres y así proporcionar el cuidado humano como foco de su práctica. Ayudarlos a crecer como padres, responsables del desarrollo de ese nuevo miembro familiar, que por diversas circunstancias, se le ha limitado su derecho a recibir amor a través de caricias, gestos y palabras, que requiere ser reconocido como persona y como ser humano y como tal ser respetado en todos los aspectos que involucra esta condición.

Otros elementos importantes son la honestidad y la confianza, la primero invita que aceptemos a los padres tal y como son, y en consecuencia mostrarnos ante ellos tal y como somos, recordando que de alguna manera estamos sustituyendo su papel de cuidadores de ese ser vulnerable, como lo es el recién nacido, y el ser honestos con ellos permite florecer el segundo; este a su vez estimula la participación de estos padres en los cuidados, sin crear dependencia con nuestro quehacer, que se sientan capaces de cumplir sus funciones al momento del egreso hospitalario. Para ello se requiere además, humildad, porque de los padres también se aprende.

En efecto, el cuidado incluye además de la contribución para realizar actividades, como las necesidades básicas, que la persona no puede realizar sola, el facilitar la expresión de sentimientos, con la intención de favorecer la capacidad de afrontamiento ante una nueva experiencia de la persona que es cuidada y de su familia, por lo cual Morse, establece entre las cinco concepciones del cuidado, el cuidado como afecto, considerando que esta perspectiva epistemológica incluye: sentimiento de empatía por la experiencia de la persona, sentimiento de preocupación, protección y sentimiento de dedicación, lo cual sin lugar a dudas expresa el arte de la profesión.

Mercer establece que el estado de salud del niño, interfiere con el proceso de unión con la madre, es decir la creación de un vínculo afectivo y emocional, sin obviar la importancia del padre como disipador de la tensión entre la dualidad madre e hijo. Es decir, que ese proceso interactivo y de desarrollo se ve interrumpido por la separación después del nacimiento, limitando la expresión del placer y gratificación que se genera al cumplir el rol de padres y lograr, en el caso de la mujer, la identidad materna. En tal sentido, el profesional de enfermería que labora en los servicios destinados a brindar cuidados a la familia durante el proceso de maternidad, incluyendo el embarazo y puerperio, es el responsable de promover la salud de familias y niños. Esta promoción no solo debe obligarnos al desarrollo de estrategias de valoración que permitan identificar el nivel de comprensión de los padres y las respuestas comportamentales, sino también a proporcionarles una mano amiga que les ayude a afrontar la crisis, que comprendan sus actitudes, intereses y motivaciones.

Por tal razón la enfermería tiene como razón de ser la persona cuidada, y en este caso, los niños prematuros y sus padres, quienes a su vez forman parte de un contexto, de una sociedad que amerita personas capaces de manejar asertivamente sus experiencias de vida.



## **1.5 LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO**

### **Bebés prematuros**

El ritmo del desarrollo del feto tiene como referencia límite su nacimiento al final del embarazo: 40 semanas. Los nacidos antes de las 35 semanas son considerados prematuros, según el tiempo de adelanto necesitará cuidados especiales.

### **Riesgos para la salud**

En consecuencia al inadecuado desarrollo fisiológico, los bebés prematuros pueden tener dificultades respiratorias, de alimentación y de termorregulación, además vulnerabilidad a las infecciones. Su nivel de azúcar en sangre suele ser muy bajo, lo cual puede causar lesiones cerebrales de no ser tratado a tiempo. También es importante suplir la necesidad de suplementos de minerales esenciales: Hierro y Calcio. Los bebés prematuros y los recién nacidos a término en condiciones especiales requieren traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos si se dan las siguientes condiciones.

- Peso inferior a un Kg.
- Nacimiento antes de las treinta y cuatro semanas de gestación.
- Presencia de problemas respiratorios graves.
- Asfixia perinatal.
- Infecciones graves.
- Convulsiones.
- Ictericia que precise transfusión sanguínea.
- Síndrome de abstinencia, en casos de drogadicción materna.

El niño prematuro precisa de cuidados especiales para prosperar como organismo independiente. Dentro de las medidas básicas a tener en cuenta están:

## **Respiración**

Por debajo de las treinta semanas y por supuesto de las veinte siete los pulmones y el sistema respiratorio en general no han madurado lo suficiente para permitir la entrada de oxígeno al torrente sanguíneo, lo cual sugiere la necesidad ineludible del Agente Surfactante, mediante el cual se evita el colapso alveolar. En algunas ocasiones se hace necesario incluso el soporte ventilatorio mecánico. En consecuencia a la inmadurez del sistema nervioso, el mecanismo respiratorio del bebé se puede ver afectado, causando apneas, que a veces van acompañadas de bradicardia.

## **Alimentación**

El niño debe recibir pequeñas dosis de alimento a intervalos de una hora, que poco a poco se espaciarán a intervalos de tres horas. En los bebés muy prematuros o muy enfermos, puede estar contraindicada la ingesta de leche, en este caso se le dará alguna preparación especial a base de glucosa, Potasio y sales minerales, hasta que sea posible restituir la lactancia materna o formulada. Además, la alimentación deberá realizarse mediante sonda nasogástrica o por nutrición enteral.

## **Entorno**

En sus primeros días e incluso meses de vida el bebé deberá permanecer dentro de una incubadora en la cual se mantenga la temperatura, humedad y nivel de oxígeno suficientes para que puede desarrollarse y crecer. Además, deberá monitorizarse de manera continua la frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación tisular periférica.

El cuidado de un niño prematuro debe estar guiado por el trato humano ya que un recién nacido necesita atención médica desde su nacimiento a causa de prematuréz, enfermedades o malformaciones congénitas, se presentan de manera simultánea una serie de acontecimientos que, en su mayoría, son inesperados, y

en consecuencia abrumadores para los padres. El significado que ellos otorgan a esta vivencia, implica comprenderlos dentro de su marco de referencia y aplicarles estrategias de apoyo paternal, en aras de favorecer su crecimiento.

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo constituyen un sistema de cuidados para el bebé recién nacido prematuro que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad estos se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente y los aplica al periodo neonatal. Comprenden intervenciones dirigidas a mejorar tanto el ambiente de luces, ruido, como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulación, dolor...) además, se actúa con la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño.

Se realizan de forma rutinaria en muchos países europeos desde hace muchos años. En nuestro medio, en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para su implantación, algunos de estos cuidados son medidas sencillas, que implicarían:

- Control de ruido.
- Cobertores para las incubadoras.
- Sensibilización del personal y disminución de la intensidad sonora de las alarmas.
- Controlar la intensidad lumínica con focos regulables.
- Establecer horas quietas para permitir el descanso de los niños.
- Implantar el protocolo de manipulación mínima.
- Acometer medidas para el confort y el control del dolor.
- Utilizar nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión.
- Permitir la entrada a los padres y otros familiares.
- Fomentar la lactancia materna.

El bebé recién nacido prematuro o no, nace con la imperiosa necesidad de encontrarse con su madre, ya que ella es el entorno más seguro para él. La OMS,

recomienda no separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, mental y emocional de bebé y la madre. La cercanía con la madre favorece un mejor desarrollo psicomotriz, una mayor estimulación y un aumento de sensación de seguridad al bebé. El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa en sangre y el sistema inmunitario del bebé.

Incrementar la interacción madre-hijo favorece que la madre obtenga mayor seguridad y confianza en sí misma. La separación provoca que el recién nacido se sienta desamparado y sufra estrés.

En la actualidad, se considera que la práctica del método canguro es uno de los instrumentos más valiosos de los que disponemos para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el recién nacido prematuro para mejorar su desarrollo. Favorece el vínculo de los padres con sus hijos, el conocimiento mutuo e incrementa la confianza y el grado de competencia de los padres. La facilidad en su aplicación y la ausencia de efectos no deseados apoyarían su aplicación en todas las unidades. Si bien existen casos en los que se ha de separar a los recién nacidos de sus madres, lo ideal cuando un bebé nace es colocarlo sobre el pecho de su madre, observarlo e identificarlo sin separarlos.

La implementación de este tipo de cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano.

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo suponen por tanto, un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes. Existen dificultades en la implantación de ellos, pero en la misma forma que en la incorporación de otras intervenciones se ha conseguido un consenso, también se está avanzando en su conocimiento y aplicación. Se ha demostrado la eficacia de dichos cuidados en la mejoría de los periodos de sueño, en la reducción de las conductas de estrés del recién nacido, se constata mayor estabilidad en las constantes del recién nacido y se observan beneficios a corto y largo plazo.

## **1.6 MÉTODO MADRE CANGURO**

En la actualidad, se considera que la práctica del método canguro es uno de los instrumentos más valiosos de los que disponemos para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el recién nacido prematuro para mejorar su desarrollo. Favorece el vínculo de los padres con sus hijos, el conocimiento mutuo e incrementa la confianza y el grado de competencia de los padres. La facilidad en su aplicación y la ausencia de efectos no deseados apoyarían su aplicación en todas las unidades. Si bien existen casos en los que se ha de separar a los recién nacidos de sus madres, lo ideal cuando un bebé nace es colocarlo sobre el pecho de su madre, observarlo e identificarlo sin separarlos.

La implementación de este tipo de cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano.

Los cuidados centrados en el desarrollo suponen por tanto, un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes. Existen dificultades en la implantación de los mismos, pero en esta forma se da la incorporación de otras intervenciones se ha conseguido un consenso, también se está avanzando en el conocimiento y en la aplicación del cuidado.

Se ha demostrado la eficacia de dichos cuidados en la mejoría de los periodos de sueño, en la reducción de las conductas de estrés del recién nacido, se constata mayor estabilidad en las constantes del recién nacido y se observan beneficios a corto y largo plazo.

## **1.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PIEL DE RECIÉN NACIDOS ENFERMOS Y PREMATUROS**

### **Mantener la integridad de la piel**

Evaluar las condiciones de la misma durante la admisión y una vez por turno. Realizar limpieza adecuada y oportuna, según la necesidad específica de cada

uno de los neonatos ya que estas necesidades son identificadas por el profesional de enfermería al ingreso y de ellas se desprende el plan de cuidado que se establece para cada niño.

### **Evitar las lesiones cutáneas**

Se debe utilizar solo cintas adhesivas apropiadas para la piel sensible del recién nacido, usar el mínimo de cinta adhesiva para fijar catéteres intravenosos y dejar un área libre para visualizar el lugar de fijación.

El baño de rutina en los recién nacidos que pesan más de 1500 gr debe realizarse con agua tibia y jabón neutro, evitar el uso diario de jabón. En los recién nacidos de menos de 1500gr y de menos de 30 semanas de gestación debe utilizarse solo agua destilada durante las dos a tres primeras semanas de vida.

### **Prevenir las lesiones físicas y químicas**

Entre ellas las lesiones químicas que puede presentar un prematuro están las relacionadas con el uso de soluciones yodadas y agua oxigenada. En los recién nacidos extremadamente prematuros que pesan 1Kg o menos se deben usar protectores o barreras cutáneas antes de colocar la cinta adhesiva para fijar sondas, catéteres umbilicales y electrodos, proteger la piel con un adhesivo con base de Pectina y Metilcelulosa. En los recién nacidos extremadamente prematuros, evitar la colocación de electrodos en la región torácica para monitorizar función cardíaca. Obtener la frecuencia cardíaca mediante el transductor de presión arterial central por el catéter umbilical durante las dos primeras semanas de vida. Retirar los restos de adhesivos con algodón humedecido con agua, solución salina o aceite de Almendras para facilitar la remoción. Evitar el uso de cremas y lociones a menos que estén indicadas por el médico.

## **Prevenir quemaduras**

En caso de ser necesario el uso de monitor transcutáneo de oxigenación, utilizar el electrodo con la temperatura lo más baja posible. Evitar el uso de compresas muy calientes para calentar el talón cuando se toman muestras para gases en sangre u otro análisis de laboratorio.

## **Evitar infiltraciones de medicamentos por vía endovenosa**

Controlar el sitio anatómico de la punción, en los casos de infusión continúa una vez por hora si se produce una infiltración informar inmediatamente al médico y actuar según protocolo.

## **Prevenir la pérdida insensible de agua**

Mantener al recién nacido prematuro en incubadora y utilizar humidificación calentada durante las dos o tres primeras semanas de vida y hasta observar signos de estabilidad mantener ambiente térmico neutro.

- Minimizar la pérdida insensible de agua.
- Mantener la temperatura estable.
- Prevenir la infección.
- Proteger la absorción de agentes tópicos.
- Cambiar los pañales según la necesidad.

## **Evitar lesiones por presión**

Cambiar la posición corporal cada 2 a 3 horas, según la estabilidad del recién nacido e indicaciones específicas de manipulación mínima, mantener la piel seca y humectada para evitar resequedad, además de ubicar al niño dentro del nido para disminuir la posibilidad de deslizamiento dentro de la incubadora.

## **1.8 CUIDADOS DE SOCIEGO Y CONFORT DE LOS NIÑOS PREMATUROS**

### **Relacionados con la termorregulación**

La piel ayuda a regular y mantener la temperatura corporal. La temperatura corporal constante se alcanza cuando la cantidad de calor producida por el cuerpo es igual a la cantidad de calor que se disipa hacia el medio ambiente. Los prematuros, sobre todo los que tienen menos de treinta semanas de gestación, pierden calor por evaporación debido a la disminución de la capa aislante proporcionada por el tejido adiposo. Esto ocasiona problemas a la hora de mantener estable la temperatura corporal. La piel produce una sustancia ácida que forma una capa con propiedades bactericidas en su superficie. El Ph de la piel se torna ácido a partir del cuarto día de vida en los recién nacidos a término. Los prematuros con 24 semanas de gestación o menos carecen de este manto ácido. La piel es casi estéril en el momento del nacimiento, y se coloniza rápidamente entre el 2 y 7 días. La piel cambia constantemente, con reposición de células nuevas y descamación de las viejas. Los recién nacidos prematuros tienen una piel más fina y gelatinosa, el estrato córneo es escaso y en consecuencia ofrece menos protección contra agresiones externas, como toxinas y agentes que puedan causar infecciones.

Este aumento de la permeabilidad también permite la absorción muy rápida de agentes químicos y terapéuticos tópicos. La diferenciación entre la epidermis y la dermis es escasa, lo que los vuelve más propensos a lesiones cutáneas por remoción de adhesivos.

La mayoría de los prematuros presenta edema subcutáneo, lo que favorece la disminución de la circulación sanguínea y aumenta sí el riesgo de lesiones cutáneas.

## **1.9 MIEDOS DE LOS PADRES QUE LIMITAN EL CUIDADO**

Los principales miedos que limitan a los padres para brindar cuidado a sus niños tienen fundamento en que hace años se pensaba que no convenía encariñarse con los niños nacidos antes de tiempo, por si no sobrevivían. Hoy se sabe que el



amor de sus padres les ayuda a salir adelante. Sin embargo por su delicado estado de salud suele hacer preciso el ingreso en una unidad de cuidados neonatales. A pesar de ello, el vínculo se puede establecer con la misma intensidad. La clave reside en el cariño el bebé necesita sentirse querido.

Afortunadamente, ahora se sabe con certeza que el cariño que reciben de sus padres es lo que permite a muchos niños seguir viviendo cuando más frágiles parecen. Es más, cuando las cosas no van bien, pero el bebé vive rodeado de amor, es precisamente ese vínculo creado lo que más consuela a los padres. Los cuidados psicológicos al prematuro son, por lo tanto, tan importantes como los físicos, y potenciar el vínculo materno-filial es una de las claves para que todo vaya mejor. Los bebés, por pequeños que sean, necesitan saber que sus padres están ahí y sentirse queridos.

La tristeza de los padres es normal, tener un hijo prematuro e ingresado en la Unidad de Cuidado Intensivo neonatal es una de las experiencias más traumáticas que puede haber para los padres. Es normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión. Entre las dudas que les asaltan suele estar la de si el niño sabrá quiénes son sus padres o cómo le afectara estar ingresado. Algunas veces, incluso piensan que no quieren a su hijo y se asustan de tener dicha sensación, esta reacción es normal. Forma parte de lo que se conoce como «duelo anticipado», el miedo a perder al hijo es tan grande que, como mecanismo de defensa, se produce un distanciamiento del bebé y los padres pueden «sentir» que no le quieren. En realidad, en cuanto el niño mejora un poco desaparece esa sensación y los padres se dan cuenta de cuánto le quieren, y de que, precisamente, ese amor era lo que les producía el miedo a perderle. Por todo ello, es necesario que los profesionales ayuden a los padres durante estos días y les faciliten el acercamiento a su pequeño.

Las investigaciones más recientes en el campo de la psicología pre y perinatal han aportando una serie de datos importantes, que confirman lo que muchas madres sabían desde siempre: los bebés escuchan y entienden, aprenden y recuerdan, se alegran y se emocionan; en definitiva, son personas como las demás. No importa lo pequeños que sean, siempre necesitan sentirse queridos y que les expresemos nuestro cariño.

Ahora sabemos que incluso los grandes prematuros (desde la semana 25) diferencian perfectamente la voz de su madre de las demás. No sólo la reconocen, oír a su mamá beneficia a su salud: así, por ejemplo, la saturación de oxígeno en la sangre de los prematuros mejora cuando tienen a su familia cerca.

Cuando un prematuro está estresado, presenta una serie de síntomas: cambia de color con facilidad, tiene hipo, tiembla, suele tener las piernas y brazos rígidos, los dedos estirados y la espalda arqueada y suele llorar. También puede ser que no se despierte o que se duerma de golpe, que se muestre irritable o que no centre la mirada. Por el contrario, si está tranquilo, su color no cambia, suele succionar, sus movimientos son suaves, mantiene una postura relajada, presiona el dedo cuando se lo ofrecemos, se despierta lentamente y su atención está más centrada.

Por desgracia, a menudo su delicada situación física hace necesario someterle al niño a procedimientos o técnicas dolorosas. Afortunadamente, esto le permite darse cuenta enseguida que sus padres son los que nunca le hacen daño, los que le traen el consuelo y la calma. Así se construye el vínculo, en realidad, mediante el cariño y el consuelo que la madre o el padre ofrecen a su pequeño bebé, a pesar de los momentos difíciles que ambos atraviesan.<sup>5</sup>

## **1.9 MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD ADAPTADO PARA EL ESTUDIO**

### **Principales supuestos de la teoría**

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.

---

<sup>5</sup> OLZA Ibone, El vínculo en prematuros

- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

### **1.9.2 Definición de conceptos**

#### **Conducta previa relacionada**

Nola la considera como frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, es decir como los efectos directos e indirectos de comprometerse con las conductas de promoción de la salud, de acuerdo a vivencias anteriores.

Respecto a la conducta de los conocimientos acerca del cuidado se menciona en la literatura que estos conocimientos existen alrededor de los padres en una cultura de cuidado que tiene sus pilares fundamentales en las redes de apoyo tales como: la pareja, familia y grupos de padres.

Si no hubo una educación y preparación prenatal para el nacimiento del bebé, al personal de salud le corresponde la responsabilidad de motivar a los padres al aprendizaje continuo sobre motivos de llanto, necesidades nutricionales y afectivas del niño, etc.

## **Factores Personales**

Factores predictivos de cierta conducta dentro de los que encontramos:

### **Factores biológicos**

Variables como, edad, sexo, IMC, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.

La edad y la paridad forman parte del factor biológico de los padres, la edad de los mismos influye en el conocimiento y las prácticas de cuidado que realicen a sus hijos ya que las experiencias previas en el manejo de un bebé aumentan la capacidad de adaptación al cambio en el cuidado del recién nacido prematuro en las padres en edad adulta que en los adolescentes.

### **Factores personales psicológicos**

Aspectos en los que se tiene en cuenta la autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud. Los factores psicológicos también guardan relación para el éxito o fracaso de adquirir los conocimientos y prácticas de cuidado, ya que ningún factor es más importante para el bienestar del niño prematuro que una situación feliz y relajada en compañía de sus padres. Las preocupaciones y la tristeza son las formas más eficaces para disminuir en la madre la producción de leche materna, sobre este tema se dice que los estados de ánimo negativos inhiben la secreción de oxitocina, primordial sustancia para la eyección de la leche es por eso que la madre debe conocer cómo influye el estado emocional en la salud de su hijo y como este estado de ánimo se lo puede transmitir al niño.

## **Factores personales socioculturales**

La raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico. Variados factores socioeconómicos y culturales influyen en los conocimientos y prácticas de cuidado que tengan los padres de los niños ya que en una población como la caucana la diversidad cultural brinda distintas formas de cuidado enfocado en el entorno en que se desarrollan estas familias y al que se adaptara al niño prematuro, el abandono de la lactancia, la incorporación de la alimentación complementaria, el uso del biberón; etc. El efecto de los factores sociales podría ser crucial en la teoría del aprendizaje que propone que se aprende imitando modelos.

A continuación se detallan una serie de variables específicas de la conducta y el afecto, las cuales son modificables mediante las acciones de enfermería.

## **Beneficios percibidos de acción**

Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud van desde el aprendizaje de prácticas adecuadas para el manejo del prematuro hasta como estas recuperan el estado de salud del niño, brindando cuidados de compensación, socio y confort en casa, además de poder identificar precozmente los signos de alarma en el bebé que requieren manejo terapéutico en una institución de salud.

## **Barreras percibidas de acción**

Los bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada, se relacionan más con los conceptos previos acerca de una conducta, en el manejo del niño prematuro estas barreras van más allá de la razón para brindar cuidado ya que el temor a la pérdida del bebé disminuye el interés por el aprendizaje de técnicas para el manejo del prematuro.

### **Autoeficacia percibida**

Es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, la autoeficacia juega un papel vital en la manera de adquirir conocimientos para llevar a cabo unas prácticas adecuadas de cuidado en el prematuro.

### **Afecto relacionado con la actividad**

Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Influye en la autoeficacia percibida esto significa que, cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco el aumento de los sentimientos de eficacia puede generar un mayor efecto positivo, ya que tener la oportunidad de cargar, acunar, acariciar, tocar, masajear; cada una de estas cosas es importante tanto para los padres como para los niños y es tan indispensable como cubrir sus necesidades biológicas.

### **Influencias interpersonales**

Según N. Pender son los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Es bien reconocido que las conductas que las personas adoptan en determinados momentos están estrechamente por las influencias que pueda ejercer el entorno, frente a las conductas y factores que generan conocimientos y prácticas de cuidado en el niño prematuro dado que la pareja y la familia son un punto de apoyo crucial.

## **Influencias situacionales**

Definidas en el modelo de promoción de la salud como percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta. Un conocimiento óptimo sobre cuidado del niño durante los primeros años de vida, involucra un sin número de aspectos que suelen influenciar posibles complicaciones en el crecimiento y desarrollo del niño.

## **Compromiso con un plan de acción**

El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

## **Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas**

- **Demandas C:** Conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control por contingentes del entorno como el trabajo y las responsabilidades de cuidado de la familia.
- **Preferencias C:** Conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, poder elegir.

## **Conducta promotora de salud**

Resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.

El modelo de promoción de salud se ha formulado mediante procedimientos inductivos, empleando las investigaciones existentes para conformar un conjunto de conocimientos así pues el modelo de promoción de la salud puede

considerarse como un modelo conceptual formulado con el objetivo de reunir todo lo que se conoce sobre las conductas que favorecen la salud.

En nuestro actual sistema se le brinda especial atención a familia y comunidades no solo con el objetivo de reunir todo lo que se conoce sobre las conductas que favorecen la salud en el trabajo con el entorno en general, higiene, educación sanitaria, dando lugar a la prevención disminuyendo y eliminando los factores de riesgo y previniendo el curso de diversas enfermedades o complicaciones en la salud.

Teniendo presente el trabajo que se lleva a cabo en la atención primaria esta está encaminada al individuo, la familia y la comunidad como receptor de los cuidados de enfermería cuyo punto de interés corresponde a un sistema de valores sobre el compromiso social de la profesión, la naturaleza de su servicio y el área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento. Este foco de interés dicta que el cuerpo de conocimientos de enfermería incluye el cuidado y la experiencia humana de salud encaminando los cuidados al entorno, factores de riesgo situaciones, fenómenos que inciden en la salud física, psíquica y social del individuo por lo que los cuidados están encaminados de forma holística conceptualizando el rol profesional o naturaleza de la enfermería.

El modelo de promoción de salud de Pender se basa en la teoría del aprendizaje social que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento, seguido de la promoción y prevención continua la recuperación en el ejercicio de sus funciones donde está presente la atención y el cuidado al paciente con el fin de su reincorporación de inmediato a la sociedad la cual lleva implícita el grado de responsabilidad y los conocimientos adquiridos en el ejercicio de la profesión donde la actuación del enfermero abarca actividades de observación y vigilancia y aplicación del tratamiento encaminándose todas ellas a identificar, tratar y controlar la enfermedad, prevenir y detectar la aparición de complicaciones realiza cumplimientos de enfermería en el hogar, actividades de terreno así como la realización de acciones dependientes e interdependientes



identificando su contribución independiente y específica a los cuidados según las necesidades.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> TONEY Ann, ALLIGOOD Martha. Modelos y teorías en enfermería: El modelo de promoción de la salud. 5ed. Madrid 671pag. (625-635).

## 2. METODOLOGIA

**Diseño epidemiológico:** Tipo descriptivo, cuantitativo.

**Población a estudiar:** Padres de niños hospitalizados en UCIN Hospital Universitario San José, entre Abril - Mayo de 2010.

**Criterios de Inclusión:** Ser padre de un niño prematuro hospitalizado en la UCIN de HUSJ y Padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN de HUSJ, durante el período establecido para el estudio que voluntariamente acepten participar en él.

**Criterios de exclusión:** Padres que no acepten participar en el estudio. Padres de niños prematuros fallecidos durante las primeras 48 horas de nacimiento.

**Instrumento:** Encuesta dirigida, contiene preguntas cerradas de tipo dicotómicas, politómicas, y preguntas abiertas. Ver anexo B

**Procedimiento:** Se iniciara la recolección de información, realizando una prueba piloto del instrumento en una población de similares características. Después se procederá a iniciar la recolección de la información en la UCIN del HUSJ durante el periodo comprendido entre Abril y Mayo de 2010. Tabulación y análisis de datos: Se realizo con Microsoft Excel.

### **Aspectos éticos**

El estudio tuvo en cuenta los aspectos éticos referidos por la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia por el cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se tuvo en cuenta los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, por lo que se construyó un modelo de Consentimiento informado que fue firmado por los padres y madres que voluntariamente aceptaron participar en el estudio, se dio una explicación detallada de los objetivos del estudio y la metodología a desarrollar, garantizando la confidencialidad de la información obtenida. Los resultados obtenidos serán socializados con los padres y madres de los niños vinculados a la unidad de cuidado intensivo neonatal, verificando la correlación de la interpretación de las investigadoras con la fuente de los datos a través de un proceso de retroalimentación. Ver anexo A.

## **2.1 VARIABLES**

### **Variable independiente**

Conocimientos que poseen los padres acerca del cuidado del recién nacido prematuro.

### **Variable dependiente**

Cuidado al recién nacido prematuro.

### **Variables intervinientes**

1. Características biopsicosociales de los padres de los RNP hospitalizados en la UCI neonatal del HUSJ.
2. Educación brindada a los padres por el personal de salud

## **2.2 PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto fue realizada en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del HUSJ de Popayán los días 19 y 20 de abril de 2010, en la cual se contó con 8 padres de familia tomados de la unidad que voluntariamente aceptaron participar, se diligenció el consentimiento informado, y se prosiguió a realizar la entrevista dirigida.

Al terminar la prueba y realizar el análisis de las entrevistas se decidió reestructurar el instrumento cambiando algunas preguntas abiertas por preguntas de selección múltiple, en las cuales se enunciaron algunas de las respuestas obtenidas, con el fin de evitar el sesgo de la información.

### 3. ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis de los resultados se presentará teniendo en cuenta el modelo teórico de Nola Pender abordando como primera medida al individuo objeto de la intervención de enfermería, seguido del entorno y la familia. Para ello fue necesario agrupar las preguntas del instrumento que cumplieran con cada uno de los elementos del referente teórico.

#### 3.1 INDIVIDUO

**Tabla 1. Tipo de Alimentación que brindaran los padres a sus hijos.**

<b>Tipo de Alimentación</b>	<b>Porcentaje</b>
Lactancia materna exclusiva	85%
Lactancia materna y alimentación complementaria	10%
Leche animal	5%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Como se muestra en la anterior tabla la mayor proporción de padres de los niños prematuros los alimentará con leche materna, lo cual constituye una práctica fundamental para el desarrollo físico, mental y emocional de los bebés. Además, es posible afirmar que se ha logrado difundir y captar información relacionada con la importancia de la lactancia materna y todos los beneficios que esta representa para el niño, la madre y la familia.

**Tabla 2. Formas de reconocimiento de la intolerancia a la alimentación**

<b>Forma de Reconocimiento</b>	<b>Porcentaje</b>
Vomita	30%
No aumenta de peso	25%
No Crece	25%
No come Bien	20%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Las formas de reconocimiento de la intolerancia a la alimentación están distribuidas de manera equitativa. Los padres saben identificar las manifestaciones de esta complicación en sus niños,

**Tabla 3. Frecuencia de alimentación en un bebe prematuro durante los primeros seis meses de vida.**

<b>Intervalo</b>	<b>Porcentaje</b>
Cada Hora	15%
Cada Hora y media	5%
Cada Dos Horas	45%
Cada Tres Horas	30%
No Sabe/ No responde	5%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

De los padres de familia 9 poseen el conocimiento adecuado ya que sabe que el niño debe ser alimentado cada dos horas, 1 desconoce esta frecuencia y 10 de ellos tienen conocimientos inadecuados sobre el tema.

**Tabla 4. Descripción de cuidados a tener en cuenta al alimentar a un niño prematuro**

<b>Cuidado</b>	<b>Frecuencia</b>
Posición Corporal	5
Higiene	2
Adecuada Técnica de Succión	10
Lavado del Biberón	1
Que Respire Bien	2

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Durante la alimentación del bebé los padres tendrán en cuenta la posición de succión en su mayor número, también la posición corporal, higiene y respiración, pero prevalece todavía aunque en menor número el uso del biberón en los padres de los niños.

**Tabla 5. Porcentaje de formas para acostar al bebé**

<b>Posición</b>	<b>Porcentaje</b>
De lado	45%
Boca abajo	45%
No sabe/ no responde	10%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

**Tabla 6. Razones para acostarlo. Anunciado anteriormente**

<b>Razón</b>	<b>Porcentaje</b>
Para que no se canse	30%
Para evitar la asfixia	50%
No sabe/ no responde	20%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Como es evidente en la anterior tabla los padres reconocen el fundamento para acostar a su hijo adecuadamente, aunque prevalecen razones erróneas para esta práctica, cabe resaltar que un porcentaje significativo no conoce la importancia de llevar a cabo esta acción de cuidado.

**Tabla 7. Frecuencia para cambiar de posición al niño prematuro**

<b>Intervalo</b>	<b>Frecuencia</b>
Cada media hora	5
Cada hora	4
Cada dos horas	8
Cada tres horas	3

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

**Tabla 8. Porcentaje consideraciones con quién debe dormir el niño**

<b>Respuesta</b>	<b>Porcentaje</b>
Solo	25%
Con los padres	75%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010



**Tabla 9. Porcentaje lugar donde dormirá el niño en casa**

<b>Lugar</b>	<b>Porcentaje</b>
En cama	75%
En cuna	15%
En corral	10%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Como se evidencia en las tablas anteriores los padres afirman que los niños deben dormir en la cama acompañados por ellos ya que esto les brinda seguridad tanto a los niños como a ellos mismos y pueden estar más tranquilos si tienen a los niños cerca para poder observarlos constantemente.

**Tabla 10. Porcentaje características que debe tener el ambiente de la habitación del bebé**

<b>Característica</b>	<b>Porcentaje</b>
Limpio y ordenado	45%
Bien ventilado	40%
Tranquilidad	10%
Sin presencia de animales	5%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Los padres mantendrían la habitación del niño limpio, ordenado y ventilado, para favorecer la salud del bebé y su adaptación a su nuevo hogar.

**Tabla 11. Frecuencia de aspectos a observar mientras el bebé duerme**

<b>Aspectos</b>	<b>Frecuencia</b>
Respiración	5
Posición	2
Riesgo de caídas	2
Abrigo	2
Vomito	2
Color de la piel	1
Llanto	1
Objetos cercanos	1
Compañía	1
Que coma antes	1
Limpieza	1
Que no haya presencia de animales	1

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Como muestra la tabla los padres observan principalmente que sus hijos respiren 5 padres, con menor frecuencia la posición que tienen 2 padres y el riesgo de caídas 2 padres.

**Tabla 12. Porcentaje de acciones que evitaría mientras el niño está dormido.**

<b>Acción</b>	<b>Porcentaje</b>
Ruido	30%
Corrientes de Aire	10%
Objetos	15%
Luz	20%
Dejarlo solo	5%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

En cuanto a estimulación temprana el 70% de los participantes en el estudio no sabe el significado de esta práctica de cuidado, el 50% no reconoce su importancia, el 60% afirma que favorecería el vínculo afectivo, seguido 25% que favorece el neurodesarrollo, el 60% no está al tanto mediante que acciones se lleva a cabo la estimulación temprana, el 75% no sabe con qué frecuencia se debe practicar, el 60% no ha recibido orientación sobre el tema y del 25% restante la información fue brindada el 15% por parte del profesional de enfermería y el 10% por parte del médico.

En cuanto a la identificación de signos de alarma, los padres en un 95% identifican la fiebre como signo de peligro, el 65% lo relaciona con presencia de infección, mientras el 30% no sabe la complicación que puede traer al niño.

En las practicas de cuidado si el niño presenta fiebre los padres el 45% consultaría al médico, el 45% lo auto medicaría, el 10% usaría medios físicos para disminuir la temperatura. Si la piel del niño se torna cianótica el 75% de los participantes en el estudio consultaría a urgencias, el 10% lo soplaría, el 5% lo movería y el 10% no sabe qué hacer en estas circunstancias. Después del alta del bebé el 55% de los padres lo llevaría a control médico antes de un mes, el 30% después de un mes, 15% consultaría a los seis meses. En cuanto al conocimiento del esquema de vacunación actual el 75% de los padres no sabe cada cuanto tiempo deben ser vacunados sus hijos, las enfermedades que identifican para que sean vacunados son: TB 10%, poliomielitis 15%, influenza 15%, sarampión, rubeola y paperas 15%, difteria, tosferina y tétanos 5%, mientras que el 40% de los participantes no sabe o no responde.

**Tabla 13. Porcentaje de conocimiento del programa de seguimiento a niños de alto riesgo que ofrece la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del HUSJ.**

<b>Conoce</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	30%
No	70%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Existe desconocimiento en el 70% de los padres sobre el programa de seguimiento a niños de alto riesgo que ofrece el Hospital Universitario San Jose lo que interfiere en la recuperación de los bebés después del alta y no permite establecer y ajustar parámetros en su cuidado individualizado por parte del personal de salud de la unidad.

### 3.2. ENTORNO

**Tabla 14. Porcentaje género de los padres participantes en el estudio.**

<b>Género</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	70%
Masculino	30%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

Se obtuvo mayor participación de las madres de los recién nacidos prematuros, con 14 madres y 6 padres; el cálculo de edad se realizó por mediana dadas las edades extremas comprendidas entre 13 y 55 años

**Tabla 15. Frecuencia lugar de nacimiento de los padres**

<b>Lugar</b>	<b>Frecuencia</b>
Popayán	5
Municipios del Sur del Cauca	7
Municipios del Norte del Cauca	2
Municipios de Nariño	3
Municipios del Valle	1
Municipios de Quindío	1
Municipios de Caquetá	1

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

**Tabla 16. Frecuencia lugar de residencia de los participantes**

<b>Lugar</b>	<b>Frecuencia</b>
Popayán	8
Sur del Cauca	9
Norte del Cauca	3

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

La mayoría de participantes proviene del área rural del Sur del Cauca, apartados del Municipio de Popayán, lo cual dificulta en gran medida el acercamiento entre padres e hijos, la permanencia en el Hospital, el sustento, entre otros. Secundario a esto surgió la necesidad de implementar un hogar paso.

**Tabla 17. Porcentaje grado de escolaridad de los padres**

<b>Escolaridad</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria completa	15%
Primaria incompleta	10%
Secundaria completa	25%
Secundaria incompleta	35%
Universidad completa	0
Universidad incompleta	15%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

La mayoría de los padres cuenta con escolaridad básica (secundaria incompleta), lo cual es un factor determinante para el conocimiento y las prácticas de cuidado, además de representar un indicador de la calidad de vida que se puede ofrecer al bebé. Desafortunadamente es posible afirmar que la mayoría de los padres no cuenta con un nivel educativo insuficiente.

**Tabla 18. Porcentaje ocupación de los padres**

<b>Ocupación</b>	<b>Porcentaje</b>
Trabajador independiente	40%
Ama de casa	35%
Desempleado	15%
Estudiante	10%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

A pesar de que en la encuesta la mayoría de los padres/madres afirma desempeñarse como trabajador independiente o ama de casa no cuentan con ingresos permanentes ni suficientes. Además, existe un porcentaje considerable de padres desempleados y estudiantes (25%), lo cual indica que habrá muchas limitaciones para abastecer las necesidades de sus hijos

**Tabla 19. Porcentaje tipo de afiliación al SGSSS**

<b>Tipo de afiliación</b>	<b>Porcentaje</b>
Subsidiado	75%
Contributivo	20%
Vinculado	5%

**Fuente:** Conocimientos y prácticas de cuidado de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ Popayán, Abril - Mayo de 2010

El 75% de padres pertenece al régimen subsidiado y desconocen el funcionamiento del sistema y el trámite para afiliarse a su hijo. Es importante resaltar que no hay sensibilización sobre el impacto que tienen los costos de la estancia hospitalaria y la atención en la UCI Neonatal para el sistema de salud. Teniendo en cuenta que muchos de los niños se complican al egreso debido al desconocimiento del manejo en casa, a la suspensión u omisión del tratamiento indicado y a las diversas prácticas de cuidado es imprescindible explicar con detenimiento el plan de alta de cada paciente y dedicar el tiempo necesario para

dar educación según las necesidades de cada niño, con el fin de favorecer la recuperación y evitar complicaciones.

#### 4. DISCUSIÓN

A través del desarrollo de la investigación fue posible identificar que existe un gran desconocimiento del cuidado al recién nacido prematuro, el cual se puede explicar por distintas razones entre las que se encuentra, principalmente, una alta incidencia de maternidad y paternidad adolescente, un nivel de escolaridad deficiente y una arraigada diversidad cultural, todas ellas determinantes para el desarrollo biopsicosocial de los niños. Por ello es importante intentar comprender la realidad y las emociones de los padres y experimentar paso a paso sus vivencias para así determinar los aspectos sobre los cuales intervenir, como parte del equipo de salud y como cuidadores secundarios.

Propiciar y mantener prácticas adecuadas de cuidado que favorezcan el estado de salud del bebé, su crecimiento y desarrollo es una misión que compromete a los padres, la familia, los educadores y por supuesto a los profesionales de salud, quienes tenemos el compromiso de velar por que el cuidado sea de calidad y porque cada intervención se ejecute respetando la vida, integridad y derechos de los niños. Es lamentable afirmar que la prevalencia de morbimortalidad por prematuréz es muy elevada, no solo en Colombia, y que esto merece atención e intervenciones orientadas a corregir el problema. Una buena manera de hacerlo es desde el cuidado asistencial pero también desde la vinculación y cooperación de los padres, como pilares fundamentales del niño.

Dentro del quehacer del enfermero se encuentra una labor muy importante, que en ocasiones se pasa por alto y es la educación. Omitir este paso fundamental o no dedicarle el tiempo suficiente puede representar la pérdida de la oportunidad de orientar a los padres, escuchar y aclarar sus dudas y opiniones, y peor aún, ocasionar que por desconocimiento se lleven a cabo prácticas inadecuadas que ponen en riesgo la salud y la vida del niño. No se ha cumplido por completo la labor si por omitir la educación a los padres los niños deben reingresar al hospital en consecuencia a diversas complicaciones.

Mediante la información obtenida en la encuesta dirigida se encontró que los padres no poseen conocimientos suficientes respecto al manejo y cuidado del niño



prematureo, además de que persisten prácticas inadecuadas y peligrosas que se deben corregir. Dadas las edades extremas y las demás condiciones ya mencionadas se determina que en la UCI Neonatal del Hospital Universitario San José existe la necesidad de implementar una estrategia para dar a conocer las pautas adecuadas de manejo, signos de alarma y cuidados especiales de manera que sean comprensibles y adaptables a cada necesidad, para así lograr el objetivo de dar continuidad en la casa al manejo llevado a cabo en el hospital.

Estudios científicos demuestran los beneficios que trae para el niño que sus padres sean partícipes activos en el cuidado y estimulación del neurodesarrollo, como verdaderos “estimuladores /habilitadores” y como los encargados de las tareas habituales del cuidado de su bebé. Por ello el instructivo debe ofrecer pautas adecuadas y beneficiosas dentro de la rutina diaria, haciéndola fácil, cotidiana, activa y práctica: cómo se da de comer, vestir, movilizar, posicionar; adecuación del mobiliario; etc. Las indicaciones deben ser siempre individualizadas, flexibles, modificables y sensibles a variaciones del estado neuropsicomotor del bebé, en forma específica, pues otro problema a que se enfrentan los padres de niños prematuros es la falta de comunicación. El complejo lenguaje clínico crea un abismo entre ellos y el equipo de salud. Resulta inaceptable que la primera información respecto a la condición de su recién nacido sea entregada por personal ajeno al equipo de salud neonatal, pese a que estas manifiestan su derecho de ser informadas por el médico.

Los padres a veces se muestran inconformes con la información, la cual consideran confusa, compleja y contradictoria. Cuando no se comprende lo que ocurre con el bebé, crece el temor a la muerte y las secuelas, se fortalece la desesperanza, la inseguridad, se inhibe el deseo de saber, ya que suponen que no comprenderán la respuesta. Así y en forma paradójica, mientras hay un gran esfuerzo detallar los problemas del niño, los padres están preocupados del peso y la talla, lenguaje simple e intuitivo pero que permite estimar el bienestar de su hijo y los progresos en su evolución. A medida que la hospitalización avanza, los padres experimentan un cambio de emociones, que nunca se debe ignorar y que se debe aprovechar para recordarles que es posible trabajar en equipo y participar del cuidado de su bebé.

El propósito del instructivo es constituir un gran apoyo y utilidad para el personal de enfermería y principalmente para los padres, como estrategia de comunicación para propender el bienestar y la calidad de vida de los niños.

#### 4.1 ESTADO DEL ARTE

MODELO TEÓRICO NOLA J. PENDER	ESTUDIO RELACIONADO	RESULTADO DEL ESTUDIO
<p>Identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de situaciones y comportamientos.</p>	<p><b>PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LOS CUIDADOS DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA</b></p> <p>Adriana Bermúdez, Angélica Gordillo, Martha Meneses, Jeimy Olarte, Patricia Otálora.</p> <p>La presente investigación posiblemente influyó de manera positiva en el conocimiento de los padres, esto se evidenció en el incremento del porcentaje de los conocimientos acerca del cuidado en casa del niño prematuro.</p>	<p>El 85% de los padres cree que se debe dar lactancia materna exclusiva (6m). 30% porque crece y se desarrolla de manera adecuada. 45% debe alimentarse c/2hrs.</p> <p>Los cuidados predominantes a la hora de alimentar el bebé: limpieza y posición corporal. 70% evita alimentos pesados. 45% prefiere acostarlo de lado, 45% boca abajo. Porqué: 50% NS. 40% Refiere que el cambio de posición debe hacerse c/2hrs. 75% cree que el BB debe dormir con los padres. 75% dormirá en cama. 30% evitaría el ruido mientras su hijo duerme.</p>

<b>MODELO TEÓRICO NOLA J. PENDER</b>	<b>ESTUDIO RELACIONADO</b>	<b>RESULTADO DEL ESTUDIO</b>
<p>En nuestro actual sistema se le brinda especial atención a familia y comunidades no solo con el objetivo de reunir todo lo que se conoce sobre las conductas que favorecen la salud, el trabajo con el entorno en general, higiene, educación sanitaria, dando lugar a la prevención disminuyendo y eliminando los factores de riesgo y previniendo el curso de diversas enfermedades.</p>	<p><b>INTERPRETACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA NEONATAL DESDE LAS EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS DE LOS PADRES.</b>  Juan Clemente Guerra y Carmen Helena Ruiz de Cárdenas.  El hecho de incluir a los padres de los neonatos que hayan tenido una hospitalización de por lo menos un mes nos permite valorar en el tiempo experiencias en las cuales tanto las(os) enfermeras(os) como los padres de los neonatos hospitalizados han tenido vivencias e interacciones de cuidado y han pasado por varias etapas a partir del momento mismo de la separación de la madre y el neonato al nacer.</p>	<p>El 50% de los participantes vive en Unión libre.  El 80% de los encuestados tiene un ingreso familiar inferior al SMLV.  Promedio número de hijos: 2.</p>

<b>MODELO TEÓRICO NOLA J. PENDER</b>	<b>ESTUDIO RELACIONADO</b>	<b>RESULTADO DEL ESTUDIO</b>
<p><b>Factores personales</b> Factores predictivos de cierta conducta</p> <p><b>Factores biológicos:</b> Edad, genero.</p> <p><b>Factores psicológicos:</b> Autoestima, auto motivación, competencia personal.</p> <p><b>Factores socioculturales:</b> Raza, etnia, aculturación, formación académica y estado socioeconómico</p>	<p><b>PERFIL SOCIAL DE PADRES CON NIÑOS DE ALTO RIESGO PERTENECIENTES A UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO.</b></p> <p>Luján Martínez, María Elizabeth; Rodríguez Ledezma, María Teresa; Fernández Carrocera, Luis.</p> <p>Se estudiaron 82 padres de recién nacidos de alto riesgo UCIN. Edad, escolaridad, ocupación de la pareja, ingresos, número de hijos, número de miembros.</p> <p>se observó que la mayoría de la población en estudio tiene una escolaridad básica, baja captación de ingresos que puede reducir la integración social del niño.</p>	<p>Se obtuvo mayor participación del género femenino.</p> <p>El cálculo de la edad por mediana corresponde a 26 años.</p> <p>El 60% de los participantes provenía de Municipios del Cauca, diferentes a la Ciudad de Popayán.</p> <p>Escolaridad: Básica.</p> <p>La ocupación predominante es trabajador independiente, seguido de ama de casa.</p> <p>El SGSSS: Subsidiado.</p>

## 5. CONCLUSIONES

- La presente investigación se enmarcó en el conocimiento y prácticas de cuidado de los padres de niños prematuros, con el fin de identificar los factores que influyen en que el entorno sea o no apropiado para garantizar el adecuado desarrollo físico, emocional y afectivo del niño prematuro.
- Se encontró un perfil socio demográfico caracterizado por adulto joven, con escolaridad básica, ingreso inferior a 1 SMLV, con un promedio de 2 hijos, que provienen de Municipios caucanos diferentes a la Capital.
- El impacto emocional ante la evidencia de tener que dejar a su hijo en una UCIN enfrenta a los padres a una separación muy prematura de este, al desconocimiento de las condiciones en las que se encuentra y a la incertidumbre sobre su recuperación.
- Durante la hospitalización de su hijo los padres se tienen que adaptar a una cultura impuesta por la UCIN, donde las normas, los horarios y los cuidados son muy diferentes a lo que ellos conocen y a la manera como han visto que se cuida a los niños que han nacido a término y en buenas condiciones de salud.
- Durante el desarrollo del trabajo se encontró que existe gran desconocimiento por parte de los padres con referencia a la estimulación temprana, su importancia, técnicas y frecuencia para llevarla a cabo.
- No existe en la Unidad un programa de orientación dirigido a padres de niños prematuros en el cual se les integre al cuidado de sus hijos y se les den pautas especiales de manejo.
- Prevalece un gran déficit en el reconocimiento e identificación de signos de alarma y tolerancia a la alimentación.
- Persiste la conducta de automedicación.
- Se desconoce la frecuencia y el tipo de Vacuna que debe recibir el niño de acuerdo al esquema

- No se ha implementado una estrategia para difundir la existencia del programa de seguimiento de niños de alto riesgo que ofrece la unidad ya que para la mayoría de los padres este es desconocido.
- La falta de conocimientos y las prácticas inadecuadas de los padres influyen de manera negativa en el desarrollo y evolución del RN en casa, lo cual es causa de reingreso del niño a la Unidad.

## 6. RECOMENDACIONES

- Enfermería debe partir de la premisa de que los padres de los neonatos siempre están dispuestos y quieren aprender a cuidar a su hijo. Por esto es necesario promover y facilitar el encuentro entre los padres de los neonatos y los enfermeros generando una relación de compañerismo y trabajo en equipo.
- El personal de salud debe iniciar el proceso de sensibilización con los cuidadores de los niños entablando relaciones interpersonales cordiales, comprendiendo los sentimientos, las emociones y las vivencias de los padres, apoyándolos, explicándoles, enseñándoles y permitiéndoles participar en el cuidado de su hijo permite planificar y ejecutar de mejor manera los cuidados.
- Realizar diseño, implementación y evaluación de un programa de acompañamiento a padres de niños prematuros hospitalizados en la UCI Neonatal del HUSJ, en el cual se ofrezca orientación psicológica, capacitación en cuidados especiales que requieren los niños y talleres prácticos que favorezcan el aprendizaje.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- ARENAS LAGOS Yaneth Lucia, SALGADO ROSO Claudia Yolanda, ESLAVA ALBARRACIN Daniel Gonzalo, Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá, [Versión online] Disponible en [www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-vivencias.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-vivencias.htm), Consultado 16/02/2011
- ARGOTE Luz Angela, MONTES VALVERDE Marlene, La donación hace la diferencia en el cuidado de padres y niños prematuros, [versión online]. Disponible en [www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5062/3829](http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5062/3829). Consultado 16/11/2009.
- ARIAS Sindi Carolina, FARFAN Carolina, HERRERA Claudia María, JIMENES Yudi Angélica, SALAZAR Paola, Creencias y conocimientos sobre el cuidado del recién nacido y del lactante, de mujeres gestantes y madres de menores de dos años que asisten a los hogares FAMI del ICBF Usaqué – Bogotá DC 2009. [versión online] Disponible en [www.uelbosque.edu.co/files/Archivos/creencias\\_conocimientos\\_sobre\\_cuidado\\_del\\_recien\\_nacido.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/files/Archivos/creencias_conocimientos_sobre_cuidado_del_recien_nacido.pdf), Consultado 15/02/2011.
- ASPRES Norma, Los cuidados del bebé prematuro en el hogar. [Versión online]. Disponible en [www.materna.com.ar/Bebe/Articulos-bebe/Los-cuidados-del-bebe-prematuro-en-el-hogar/Articulo/ItemID/18855/View](http://www.materna.com.ar/Bebe/Articulos-bebe/Los-cuidados-del-bebe-prematuro-en-el-hogar/Articulo/ItemID/18855/View). Consultado 16/11/2009
- BERMUDEZ Adriana, GORDILLO Angélica, MENESES Martha, OLARTE Jeimy, OTALORA Patricia, Programa educativo sobre los cuidados del niño prematuro en el hogar, [versión online] Disponible en [www.medilegis.com/BancoConocimiento/R/RepertorioV11N1\\_orig/Art\\_original.htm](http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/R/RepertorioV11N1_orig/Art_original.htm), Consultado 05/11/2009.
- BERNABEU María Dolores, BAVIERA María Jose, PRATS Mercedes, Prematuros preparándose para irse a casa, recomendaciones al alta y talleres para padres, [versión online] Disponible en



[www.publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4773-2007.pdf](http://www.publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4773-2007.pdf), Consultado 27/11/2009.

- DANE, Estadísticas vitales 2008, [Versión online] Disponible en [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co), Consultado 10/02/2011.
- GUERRA GUERRA Juan Clemente, RUIZ DE CARDENAS Carmen Helena, Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. [Versión online] Disponible en [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2\\_9.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_9.pdf) Consultado 16/02/2011.
- HOSPITAL ITALIANO ARGENTINA, Cuidado del bebé prematuro después del alta, [Versión online], Disponible en [www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/cursos\\_attachs/461.pdf](http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/cursos_attachs/461.pdf), Consultado 05/11/2009.
- HOSPITAL DE NIÑOS DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA, Unidad de cuidados intensivos del recién nacido guía de alta “nos vamos a casa”, [versión online] Disponible en [www.healthsystem.virginia.edu/intranet/per/](http://www.healthsystem.virginia.edu/intranet/per/). Consultado 16/11/2009.
- MANOTAS CABARCAS Rafael, Neonatología, Editorial Universidad de Antioquia.
- OLZA Ibone, El vinculo en prematuros, [Versión online] Disponible en [www.holistika.net/parto\\_natural/el\\_bebe/el\\_vinculo\\_en\\_prematuros.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/el_vinculo_en_prematuros.asp). Consultado 27/11/2009
- PALLAS Carmen Rosa, Seguimiento neurológico del niño prematuro, [Versión online] Disponible en [www.spapex.es/segpremat.htm](http://www.spapex.es/segpremat.htm). Consultado 29/11/2009.
- RODRIGUEZ Diana, Prematuros: educación para la familia, [versión online] Disponible en [www.intramed.net/44051- Argentina](http://www.intramed.net/44051-Argentina). Consultado 05/11/2009.
- ROSSEL Katherine, CARREÑO Tamara, MALDONADO María Estela, Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados un mundo

desconocido, Revista Chilena de Pediatría volumen 73, n° 1, 2002 [versión online] Disponible en [www.scielo.cl/scielophp?pid=S0370](http://www.scielo.cl/scielophp?pid=S0370). Consultado 05/11/2009.

- RODRIGUEZ VARELA Inmaculada, VEIGUELA MORENO Rosa, RÁBADE PRADO María del Carmen, BARRIEGO ALVEDRO Manuela, Al parecer acabo de nacer, [Versión online] Disponible en [www.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/XXI/html/m3c5.htm](http://www.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/XXI/html/m3c5.htm), Consultado 17/11/2009.
- TAMEZ Raquel Nascimento, Enfermería en la unidad de cuidado intensivo neonatal, tercera edición, Editorial Médica Panamericana 2008.
- TONEY Ann, ALLIGOOD Martha. Modelos y teorías en enfermería: El modelo de promoción de la salud. 5ed. Madrid 671pag. (625-635).

## 8. ANEXOS

### Anexo A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_  
CC N° \_\_\_\_\_, He sido informado de el estudio que se va a realizar, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, he recibido respuestas satisfactorias y suficiente información en relación con el estudio.

Sé que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee sin que tenga que dar explicaciones, sin que ello afecte los cuidados clínicos. También he sido informado de forma clara, precisa que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normatividad vigente de protección de datos.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación sobre **CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE CUIDADOS EN CASA DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HUSJ, ABRIL – MAYO DE 2010 .**

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre del investigador**

**Enfermera Esp. Mabel Amalia Cuellar Tobar**

## Anexo B INSTRUMENTO

A continuación Ud. encontrará una serie de preguntas que debe contestar de manera clara y específica, si conoce el objetivo del presente trabajo y previa autorización mediante consentimiento informado.

La mayoría de preguntas incluye espacio para respuesta. Si alguna presenta varias opciones de respuesta, por favor seleccione la letra correspondiente a la que considere correcta.

Recuerde que esta información es confidencial, con fines académicos estrictos.

1. **Género:** M  F

2. **Edad:**

3. **Estado civil:** Soltero:  Casado:  Unión libre:  Divorciado:

4. **Lugar de nacimiento:**

Municipio	
Departamento	

5. **Lugar de Residencia:**

Rural  Urbana

6. **Grado de escolaridad:**

<input type="checkbox"/>	Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Primaria Incompleta
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria Incompleta
<input type="checkbox"/>	Universidad Completa	<input type="checkbox"/>	Universidad Completa

7. **Ocupación:**

<input type="checkbox"/>	Empleado Público.
<input type="checkbox"/>	Empleado Privado.
<input type="checkbox"/>	Independiente.
<input type="checkbox"/>	Ama de casa.
<input type="checkbox"/>	Empleador.
<input type="checkbox"/>	Desempleado

**8. Ingresos familiares:**

- 1 Salario mínimo legal vigente.
- Menos de 1 SMLV.
- Más de 1 SMLV.
- Más de 3 SMLV.
- Otro, cuál:

**9. Sistema de seguridad social en salud:**

- a) Contributivo.
- b) Subsidiado
- c) Pobre no asegurado

**10. Cuántos hijos tiene?**

*Las preguntas siguientes hacen referencia al cuidado de su bebé en casa. Por favor, conteste en forma clara y sincera.*

**11. Para alimentar a su bebé en sus primeros seis meses de vida, usted considera importante:**

- Darle leche materna, exclusivamente
- Darle leche materna y alimentos complementarios mencione (cuáles):
- Darle leche de vaca:
- Darle leche comercial (de un ejemplo):

**12. Cómo reconoce si su hijo no tolera bien la alimentación?**

---

**13. Con qué frecuencia cree que debe alimentar a su hijo?**

- Cada media Hora
- Cada Hora
- Cada dos Horas
- Cada tres Horas

14. Qué cuidados se deben tener en el momento de alimentar a su hijo?

---

---

15. Qué tipo de alimentos prefiere evitar en la alimentación de su hijo, porqué?

---

---

16. Tiene Ud. Alguna preferencia sobre la posición para acostar a su bebe?

- Si
- No

Porque

17. Con qué frecuencia se debe cambiar de posición a su hijo?

- Cada media hora
- Cada dos horas

- Cada hora
- Cada tres horas

18. Ud. Considera que el niño debe dormir:

- Solo
- Con la madre y el padre
- Con los hermanos

19. Su hijo en casa dormirá:

- En la cama
- En la cuna
- En el corral
- En hamaca

20. Qué acciones evitaría a la hora de dormir del bebé?

- Ruido
- Frío
- Luz

21. Mencione cuáles son los aspectos que debe observar mientras su hijo duerme.

---

---

22. Explique qué significa para Ud. estimulación temprana.”

---

---

23. Es importante o no la estimulación temprana?

Si  No Porque

24. Mediante qué tipo de prácticas se lleva a cabo la estimulación temprana?

---

---

25. Con qué frecuencia cree usted que se debe aplicar esta técnica?

---

26. Ha recibido algún tipo de orientación sobre cómo realizar estimulación temprana?

Si  No  NS-NR

27. Quién le dio la información?

Medico  Enfermero(a)  Aux De Enfermería  NA

28. Es importante el control de la temperatura corporal de su bebé?

Si  No Porque

29. Qué complicaciones pueden traer los cambio de temperatura corporal para su hijo?

---

---

30. Qué hace si su hijo tiene fiebre?

---

31. Que hace si la piel de su niño se torna de color violeta?

---

**32. Después de la salida que le dieron al bebe con qué frecuencia debe asistir a control médico?**

- Antes de un mes       Después de un mes  
 Seis meses       Un año

**33. Conoce cada cuánto tiempo debe ser vacunado su bebe.**

- Si     No

**34. Conoce contra que enfermedades?**

- Tuberculosis  
 Poliomielitis  
 Difteria, tosferina y tétanos  
 Hepatitis B  
 Influenza  
 Sarampión, rubeola y paperas.

**35. Conoce la existencia del Programa de Seguimiento a los Niños de Alto Riesgo que ofrece la UCI Neonatal del HUSJ?**

- Si       No