

# DESDE LA HOSPITALIZACION HASTA EL ALTA

Material Informativo para padres



Realizado por APAPREM

Supervisado por: Dra. Nora Juttenpeker,  
Lic. Silvia González.

AÑO 2007



**APAPREM**  
ASOCIACION ARGENTINA DE  
PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

Auspiciado por:



**FUNDACION  
HOSPITALARIA**

# Índice

## 04 ¿BEBÉ PREMATURO?

Definiciones.

Valoración de la edad gestacional antes y después del nacimiento.

---

## 06 LA UCIN - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

¿Cómo es crecer en un mundo diferente al útero?

---

## 08 ¿CÓMO COMUNICARNOS CON NUESTRO BEBÉ?

Entender su comportamiento.

Los sentidos. Cómo se desarrolla la vista, el oído, el tacto.

Caricias maternas.

La importancia del contacto piel a piel.

Síntomas de Estrés. Saber percibirlos.

---

## 13 LA ALIMENTACIÓN DEL PREMATURO

Alimentación con leche materna.

Extracción de la leche materna. Pasos a seguir.

La leche del "final".

Conservación y transporte de la leche.

Administración.

Alimentación Artificial.

---

## 16 EL ALTA - NOS PREPARAMOS PARA IR A CASA

El momento del alta y la importancia del seguimiento post - hospitalario.

---

## 18 INMUNIZACIONES

Calendario de vacunación.

Normas nacionales de vacunación.

Otras vacunas.

Recomendaciones de la SAP para el Virus Sincicial Respiratorio.

---

## 20 DICCIONARIO DE LA PREMATUREZ. Para entender de qué hablan los

médicos. Abreviaturas.

---

## 22 BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA Y SITIOS WEB CON INFORMACIÓN

PARA PADRES

---

## 23 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

# Introducción



Por medio de la información los papás pueden disminuir la angustia, minimizar el impacto al que se enfrentan cuando deben dejar a sus bebés en un ambiente desconocido y no esperado como es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, entenderse mejor con el equipo de salud que cuida a sus hijos, ejercer el derecho a saber y preguntar, pero sobre todo poder comprender a su hijo sin compararlo con otros niños, y ayudarlo a alcanzar el desarrollo apropiado.

Sin embargo hay que tener en cuenta:

- Cuál es la necesidad de información de las mamás y los papás.
- Que nada puede sustituir la buena comunicación entre el personal médico que atiende al bebé y los padres.
- Que los médicos y enfermeros deben ser la primera y principal fuente de información y de apoyo.

# ¿Bebé prematuro?

Podríamos comenzar definiendo la palabra prematuro desde el diccionario. Esta palabra tiene su origen en el latín *praematurus*, de *prae* (antes) + *maturus* (maduro). Para la clínica médica, el bebé prematuro no cumplió con el proceso de maduración biológica y por lo tanto es **pre-maduro**.



Este bebé merece una atención especial y adecuada a sus necesidades. Debe crecer en un mundo diferente al bebé que crece dentro del útero de la mamá donde está a una temperatura perfecta, no tiene que respirar o digerir porque la placenta le entrega oxígeno y alimento, no siente el efecto de la gravedad y se siente mecido constantemente, no está sometido a luces o sonidos intensos y su sistema nervioso no tiene que responder a estímulos sensoriales.

La definición propuesta desde 1961 por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud es la de **"recién nacido de peso inferior a 2500gr. y nacido antes de 37 semanas de gestación"**.

Los términos de *prematuro* y *pretérmino* se suelen confundir y se hacen sinónimos. Pero se da preferencia a la edad gestacional sobre el peso, ya que la inmadurez va más ligada a la edad gestacional que al peso al nacer. Entonces se considera prematuro a todo niño cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación, teniendo en cuenta que la duración del embarazo normalmente es de 37 a 42 semanas.

La edad gestacional se puede calcular antes del nacimiento y en el momento del nacimiento.

## EDAD GESTACIONAL ANTES DEL NACIMIENTO

La edad gestacional se calcula tomando como punto inicial la fecha del último período menstrual. Este método es el más usual cuando los ciclos son regulares.

También puede estimarse utilizando el ultrasonido o la ecografía para medir al bebé en el útero y valorar su tamaño a fin de calcular en forma indirecta su edad gestacional.

Para complementar el diagnóstico, en ocasiones, el obstetra realiza una punción a través de la pared abdominal hasta la cavidad uterina (amniocentesis), toma una muestra del líquido amniótico y puede valorar la maduración pulmonar fetal.

## EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Para calcular la edad gestacional cuando nace el bebé, se tienen en cuenta algunas caracte-

terísticas externas como:

- Textura de la piel.
- Presencia y distribución de vello fino en el cuerpo (lanugo).
- Consistencia de las orejas.
- Presencia de pliegues en la planta de los pies.
- Características de los genitales.
- Examen oftalmológico - Observación de la cápsula vascular anterior del cristalino.
- Tamaño de las mamilas<sup>1</sup>.

La maduración neurológica se estima mediante la búsqueda de algunos reflejos propios del recién nacido. Se mide el peso, la talla y el perímetro cefálico.

Toda esta valoración determina la edad gestacional correspondiente, según tablas ya establecidas, y permite prever los problemas que el niño puede llegar a presentar en el futuro.

## La UCIN

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o la "Neo"

El cumplimiento de los grandes avances introducidos a los protocolos obstétricos y neonatales, sumado a poder disponer de recursos tecnológicos cada vez más perfeccionados en las UCIN, permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés prematuros.

Una vez que el niño es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se lo coloca en cunas térmicas o incubadoras que controlan de forma automática el calor administrado según sus necesidades térmicas.

Mediante sistemas no invasivos, es decir no dolorosos para el bebé porque están pegados a la superficie de la piel, se los conecta a monitores que mantienen informados a los enfermeros y médicos, traduciendo en números el correcto funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Puede apreciarse la frecuencia cardíaca, respiratoria, su nivel de oxigenación y su presión arterial.

Al principio es el período en que se valoriza la problemática del niño y se lo debe ayudar a sobrevivir con procedimientos sustitutivos, dándole tiempo a que su organismo vaya madurando.

Todo esto pondrá a prueba la paciencia de los padres y exigirá mucha confianza en el equipo profesional, ya que también ellos van a tener que adaptarse a esta nueva situación. Primero sobreponiéndose al impacto que genera ver a su bebé entre toda la aparatosidad de la UCIN, y luego intentando comprender la problemática de su hijo.

De a poco los padres se irán familiarizando con las técnicas, con los protocolos que se cumplen, con el lenguaje utilizado por el personal de enfermería y médico.

<sup>1</sup> Mamilas: parte principal de la mama, exceptuando el pezón.

Los bebés que tienen dificultades para respirar, ya sea por su inmadurez o porque carecen de la fuerza suficiente para realizar estos movimientos, pueden ser colocados en un respirador.

Por lo general es necesaria la alimentación parenteral<sup>2</sup> en los primeros días en los que el bebé aún no puede comer y necesita nutrientes en su organismo. Luego se incorpora lo más pronto

posible la leche materna. Si aún no puede succionar, se le administrará por sonda nasogástrica o gástrica<sup>3</sup>.

A medida que el niño vaya adquiriendo estabilidad fisiológica, es decir que pueda controlar su respiración, su frecuencia cardíaca, etc., los padres podrán acceder más fácilmente a él, se les permitirá el contacto piel a piel.

En el pasado no estaba permitido el ingreso de los padres en las UCIN ya que se temía por las infecciones que desde el exterior se pudieran transmitir.

Hoy se permite el ingreso controlando estrictamente el lavado de manos, la colocación de ropa facilitada por el personal del servicio de neo, la utilización de barbijos y guantes estériles si fuera necesario.

Varios estudios demostraron que estar en contacto con el bebé incrementa su curva de peso, lo ayuda a madurar más rápidamente y posibilita a los padres la tarea de establecer el vínculo que no pudo afianzarse en el momento del nacimiento.

Comenzar con el cuidado temprano facilitará a los papás el desvolvimiento y la confianza cuando se le dé el alta al bebé.



## ¿Cómo comunicarnos con nuestro bebé?

El bebé prematuro es diferente al bebé de gestación completa y por lo tanto no debemos esperar que actúe como éste.

Comienza a vivir en un ambiente sensorial muy diferente del intrauterino.

Es necesario saber cómo están desarrollados sus sentidos para comunicarnos con él, conocer la im-

<sup>2</sup> Alimentación Parenteral: Solución endovenosa que se les da a los nuevos recién nacidos. Se les agrega nutrientes (proteínas, azúcar, minerales, vitaminas) que son administrados a través de un suero colocado en una vena del bebé.

<sup>3</sup> Sonda nasogástrica o gástrica: El bebé, cuando no tiene desarrollados los reflejos de succión o por alguna otra razón no puede tomar el pecho o mamar, recibe su leche por un tubo flexible de polietileno que pasa a través de la boca o la nariz y desciende hasta el estómago, fijado al rostro del bebé con tela adhesiva hipoalergénica.

portancia del contacto piel a piel y aprender a leer sus reacciones y sus posibles síntomas de estrés. Es importante no comparar el comportamiento de un niño prematuro con otros bebés internados. Cada uno tiene su tiempo. Y sobre todo no decaer en la tarea de entender al bebé. A veces es difícil comprender lo que necesitan.

Lo importante es observarlo e intentar comprenderlo.

## ENTENDER SU COMPORTAMIENTO

En el último trimestre del embarazo se completan en el bebé los procesos de crecimiento en áreas que involucran el control muscular, la coordinación de movimiento y equilibrio. De ello dependen las respuestas a estímulos sensoriales, como luz y sonido, y el mantener un adecuado equilibrio metabólico.

El recién nacido prematuro debe adaptarse a la vida extrauterina para la cual aún no está preparado. La conducta inicial de los bebés prematuros está relacionada con una continua inestabilidad, visualizada en el cambio de la frecuencia cardíaca, respiratoria, en el nivel de oxigenación, de su presión arterial o el color de su piel.

Por lo tanto hay que favorecer la organización y el desarrollo de esas áreas que le faltan madurar.

Actualmente hay una teoría que describe cómo se organiza un bebé prematuro:

Cuando el niño alcanza el equilibrio fisiológico (como la respiración, el ritmo cardíaco, cambios de color en la piel, digestión, evacuaciones) posibilita el control motor (es decir la postura, los movimientos, el tono muscular) y de los estados de conciencia (despierto-dormido) en los que se inicia la interacción (por ejemplo mirar fijamente los rostros u objetos, prestar atención), y la respuesta social.

Diversas investigaciones han demostrado que con pequeñas acciones se puede ayudar a organizar a estos **recién nacidos inmaduros y desorganizados**.

Por ejemplo:

- Ubicar la incubadora lejos de aquello que ocasione ruidos que puedan sobresaltarlos como canillas, piletas, puertas que se abren y cierran constantemente, teléfonos, radios, diálogos en voz alta.

- Evitar la excesiva iluminación directa sobre el niño. Ofrecerle ciclos de luz y sombra. Cubrir las incubadoras durante la noche con sábanas gruesas. De esa forma no se interrumpe el sueño profundo.

- Crearle límites a través de un "nido"<sup>4</sup>, lo que le permite sentirse contenido y estimula la posición prenatal. Como les es difícil moverse contra la gravedad suelen mantener los brazos extendidos hacia adelante. Mantener esta posición mucho tiempo lo conduce a una rigidez del tono muscular y puede demorar su desarrollo motor.

<sup>4</sup> Nidos: Pañales en forma de rollo en la espalda, con piel médica antiescaras.

- Estimular la propia autorregulación favoreciendo:
  - la oportunidad de succionar durante y entre comidas,
  - la posición de flexión prenatal sosteniendo los bracitos y piernitas, mientras se lo manipula para atenderlo o para darle pecho o mamadera, envolverlo con una manta para mantener la posición al retirarlo de la incubadora.
  - el estímulo del reflejo de prensión plantar y palmar con distintos elementos.
- Procurar que la atención al niño sea en lo posible por las mismas personas, personal de enfermería de la UCIN, y tratando de reducir a lo necesario las intervenciones.
- Evitar la sobreexcitación. Mirarlo, tocarlo y hablarle pero sin exageración.
- Cuando muestre síntomas de estrés tratar de ayudarlo a superarlos con movimientos no bruscos, colocándolo en posición de flexión prenatal.

A medida que van sucediendo las semanas, el sistema nervioso del bebé se organiza. Puede autorregular los estados de disgusto o molestia llevándose las manos a la boca para tranquilizarse. También doblando los brazos y manteniéndolos cerca del cuerpo deja de llorar y se mantiene despierto por más tiempo.

Poco a poco los papás se sienten protagonistas porque pueden identificar sus reacciones, pueden interactuar con él y establecer el vínculo afectivo, de apego. Los papás deben conocer la importancia del contacto piel a piel.

Es importante que el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales les transmita a los padres los conocimientos necesarios para posibilitar el cuidado de los hijos mientras se encuentran internados. Esto favorecerá el desenvolvimiento de los padres cuando se dé el alta hospitalaria al bebé.

## LOS SENTIDOS. SABER CÓMO SE DESARROLLA LA VISTA, EL OÍDO, EL TACTO.

**El oído:** a las 20 semanas se encuentra bien desarrollado. Entre las 25-28 semanas de gestación puede diferenciar y responder a los diferentes sonidos. A las 28 semanas puede oír sonidos con una intensidad sonora como el habla normal y el cuchicheo.

El prematuro prefiere el sonido de las voces, sobre todo la voz de su mamá que es la que escuchaba mientras crecía en la panza.

Es importante comenzar hablándole lentamente, con suavidad, y luego en forma gradual retomar la voz normal.

Se asusta con las voces altas y los sonidos fuertes.

Las cajas o los muñecos musicales, con melodías que suenan una y otra vez (rutina) pueden tener un efecto calmante.

Cantarle o hacerle escuchar música suave los estimula auditivamente.

A las 40 semanas, el bebé oye tonos bajos como cualquier adulto con buen oído.

**La vista:** tiene una maduración más lenta que el oído y el tacto. El desarrollo es más progresivo a partir de la semana 22 de gestación.

- Pasa períodos cortos con los ojos abiertos y sin enfocar un objeto.
- La luz fuerte lo hace parpadear o cerrar los ojos.
- Con luz suave puede enfocar un objeto, aunque no sigue los movimientos con la cabeza.

- Ve a una distancia de 20-25cm y de modo borroso porque aún no puede hacer foco como un bebé de gestación completa.

Inclusive los bebés de menos de 34 semanas pueden ser estimulados visualmente. Mirando al bebé bien a la cara, manteniéndose una distancia de unos 20cm, se puede mover la cabeza, inflar los cachetes, hacer muecas. Todo esto llama la atención del bebé. Colocar un móvil o una imagen en blanco y negro a un costado de la incubadora ayuda a la estimulación visual.

**El tacto:** se desarrolla muy tempranamente. Sin embargo su piel es muy frágil.

El bebé debe reposar dentro de la incubadora sobre una piel médica especial, que evita que se le produzcan escaras debido a que mantienen la misma posición por un tiempo prolongado. La ropa debe ser suave, de tela de algodón, sin costuras.

Acariciar al prematuro, en ocasiones puede estresarlo. A medida que va madurando, las caricias maternas o paternas le producen sensación de placer y bienestar, y el contacto emocional le recuerda su vivencia prenatal.



## CARICIAS MATERNALES O PATERNALES

Si el bebé no tiene asistencia mecánica para su respiración, su ritmo cardíaco y respiratorio son lo suficientemente estables y no tiene signos de infección o temperatura, puede recibir caricias maternas. Es un pequeño masaje cuyos movimientos tienen que ser suaves, sin brusquedad, con calma, con ternura.

### ¿CÓMO HACERLO?

- Es necesario estar relajado.
- Calentarse las manos y colocarse unas gotas de aceite de almendras.
- Acostar al bebé boca abajo.
- Masajear suavemente los muslos, la espalda y descender hasta las manos.
- Masajear la palma de la mano doblada en forma de cuña.
- Todo mientras se le habla con voz suave y dulce.

Pero es necesario observar bien al bebé. Si se perciben síntomas de estrés se debe interrumpir el masaje, no hablarle, no buscar su mirada. Dejarlo reposar sobre el pecho o introducirlo en la incubadora. Si está dentro de ésta, dejar la mano sobre él, sin hablar.

## LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL

A los recién nacidos los tranquiliza sentir el latido del corazón, la respiración y la voz de su mamá porque se asemeja al momento en que se encontraban en el vientre materno. Prolon-

gar ese contacto íntimo con ella los lleva a recordar sus vivencias prenatales.

Los bebés prematuros, en cambio, no pueden establecer ese vínculo afectivo y contenedor con su mamá ya que necesitan ser atendidos inmediatamente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Numerosos estudios sobre prematuros fisiológicamente estables describen que el contacto piel a piel entre madre-hijo contribuye a:

1. Incrementar el sueño profundo favoreciendo la maduración del sistema nervioso central.
2. Disminuir la actividad motora y muscular, lo que favorece al ahorro energético.
3. Reducir el llanto del bebé, aumentando la interacción y disminuyendo su estrés y la angustia de la madre.
4. Incrementar un estado de alerta reposado que favorece a la interacción madre-hijo.
5. Iniciar la estimulación somato sensorial a través de las caricias de la mamá (estímulos hormonales).
6. Incrementar el peso al producirse un ahorro energético.

Asimismo:

- No se registra aumento de infecciones y persiste la estabilidad fisiológica.
- La temperatura corporal de la madre asciende o disminuye según la necesidad del bebé reemplazando a la incubadora.
- La respiración es más regular y profunda, disminuyen los periodos de apnea<sup>5</sup>.
- La frecuencia cardíaca y la saturación del oxígeno se mantienen estables, con tendencia a un ligero incremento.

De esta forma se reduce significativamente la internación y se posibilita el apego y la interacción madre-hijo, al mismo tiempo que se estimula la confianza de los padres que sienten que ese bebé es su hijo y que ellos pueden cuidarlo.

El primer antecedente de este contacto precoz es el **Método Madre Canguro**.

## SÍNTOMAS DE ESTRÉS

Durante los cuidados cotidianos como cambiarle los pañales, alimentarlo, realizar intervenciones como extraerle sangre, ponerle suero, sacarle radiografías, ecografías, o cuando se los sobre excita con los ruidos fuertes o la luz intensa, es probable que los bebés prematuros muestren síntomas de estrés.

Al observarlo puede que:

- Cambie el color de la piel.
- La respiración y el ritmo cardíaco sean desiguales.
- Su cuerpo se arquee, se crispe, esté tenso, tiemble o esté flojo.
- No se mantenga en posición fetal.
- No se mantenga en estado de alerta o de atención por mucho tiempo.
- No mire fijamente o se canse tratando de responder a los estímulos.
- Le cueste recobrar la calma después de que se lo haya excitado.
- No pueda prestar atención a dos estímulos a la vez, como alimentarlo y hablarle.

<sup>5</sup> Apnea: Pausa respiratoria mayor de 20 segundos.

Los papás pueden aprender a leer sus reacciones. Si se manifiestan estos síntomas, hay que tratar de contenerlos, de ayudarlos a serenarse.

### ¿De qué forma?

- Tratando de que mantenga la posición de flexión prenatal.
- Minimizando la estimulación, sobre todo la sonora o luminosa.
- Evitando hablarle.
- Ayudándolo a que se lleve las manitos a la boca, las podrá chupar y eso lo tranquilizará.
- Ofreciéndole algo que le permita apoyar los pies, le dará la sensación de contención.



**Siempre es necesario comunicarle al personal de la UCIN los cambios observados en el bebé, por mínimos que sean. El equipo de salud orientará a los padres en el cuidado del niño.**

## La alimentación del prematuro

Los bebés, dentro del útero, son alimentados por el cordón umbilical a través de la placenta. Los bebés prematuros o de muy bajo peso inicialmente son nutridos por alimentación parenteral, vía endovenosa para luego comenzar con la alimentación oral, que antes de las 32 semanas debe administrarse a través de un tubo o gavage o sonda nasogástrica dado que el bebé no puede succionar.

### ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA

El **protocolo de alimentación** fue uno de los cambios más importantes introducidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. De esta forma, se dio prioridad a la alimentación con leche materna y se modificaron pautas alimenticias a seguir en niños prematuros. Se incorpora la leche humana lo más pronto posible siguiendo los protocolos establecidos para su utilización y cuidando la esterilidad al máximo.

Las madres de bebés prematuros producen una leche especial para sus hijos, con mayor valor en proteínas, calorías, sodio y menos lactosa que la “leche a término” (37-42 semanas de edad gestacional).

El calostro –líquido medio amarillento que segregan los senos inclusive antes del parto o de que se produzca la bajada de la leche– es riquísimo en anticuerpos, posee leucocitos o glóbulos blancos, es fácilmente digerido, tiene propiedades laxantes, previene la ictericia neonatal y contiene hormonas de crecimiento, además de otros nutrientes que no deben ser desperdiciados. Ofrecerlo al prematuro, aunque sea en pequeña cantidad, produce un gran efecto para su desarrollo.

## EXTRACCIÓN DE LA LECHE

Es importante que la mamá practique la extracción manual de leche varias veces al día, idealmente cada tres horas, ya que le permitirá mantener una buena producción de leche aunque, al principio, el bebé requiera sólo muy escasa cantidad.

La extracción manual de la leche debe realizarse cuando el bebé se encuentra hospitalizado y es alimentado por gavage o sonda gástrica, cuando el bebé no sabe mamar o se fatiga al succionar.

Hay varias maneras de retirar la leche de los senos. La mamá puede realizar la extracción con sus propias manos o utilizar un sacaleche manual o bombas eléctricas.



### La mamá deberá procurar:

- Que la extracción sea en un ambiente cómodo y tranquilo.
- Estar descansada.
- Dormir bien.
- Alimentarse adecuadamente.
- Ingerir más líquidos que lo habitual, con excepción de bebidas alcohólicas.
- No fumar, ya que disminuye la producción de leche.
- Extraer la leche entre 6 y 8 veces al día, idealmente cada 3 horas, para mantener una buena producción.
- Realizar un baño diario, no siendo necesaria una higiene extra para la extracción de la leche.

### Para extraer la leche se deben seguir los siguientes pasos:

1. Lavar y secar las manos y los brazos.
2. Realizar un masaje suave sobre los senos con la yema de los dedos con movimientos circulares. Esto evita la congestión y el estancamiento de la leche.
3. Rotar suavemente el pecho desde la parte superior hacia la areola.
4. Colocar el pulgar encima y los dedos medio e índice formando una C.
5. Empujar los dedos hacia las costillas y luego presionar hacia adelante.
6. La leche debe recogerse en un recipiente de plástico colocado debajo del pecho.

El aprendizaje de este movimiento es muy importante porque permitirá ayudar al bebé cuando comience a mamar.

No hay una regla para realizar la extracción de la leche; puede alternarse la extracción de un pecho y el otro, o intentar vaciar primero uno y luego el otro. La recolección manual debe realizarse también en casa respetando las normas de higiene y conservación.

### LA LECHE DEL “FINAL”

No debe sorprender el aspecto de la leche, ya que el que parezca aguada se debe a que posee 87% de agua. Al principio es posible que la leche extraída sea poca. La “leche del final” es aquella que queda en el pecho materno luego de que el bebé fue amamantado. Esta leche posee una mayor concentración de grasas que la leche inicial, y es la que da la sensación de

saciedad al bebé y lo nutre mejor. Cuando se extrae manualmente, debe ser guardada en recipientes plásticos separando la leche inicial de la final, prefiriendo esta última para lactar al bebé y pudiendo utilizar la leche inicial si el bebé quedó insatisfecho.

## CONSERVACIÓN DE LA LECHE

La leche extraída puede ser conservada de **6 a 8 horas a temperatura ambiente y hasta 24 horas en la heladera**. Siempre debe ser etiquetada (con el nombre y apellido del niño, fecha y hora) y guardada. En el caso de tener una gran producción de leche o cuando el bebé no es alimentado momentáneamente con ésta, puede ser congelada en el freezer por tres meses.

Para transportarla de la casa al hospital debe colocarse el recipiente en un pote de telgopor con hielo o en un recipiente térmico portátil.

La enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos debe mantener a la mamá informada acerca de la cantidad de leche y a qué intervalos debe administrarla al bebé.

## ADMINISTRACIÓN

La leche puede ser dada al bebé por la mamá o por el papá, incorporándolos tempranamente al cuidado del bebé, o por el personal de la UCIN, administrándosela a través de sonda, gotero, vasito o cuchara. Es importante ofrecer al bebé el pecho materno tan rápidamente como su estado lo permita.

Es necesario que la mamá pase el mayor tiempo posible con el bebé internado, ya que él la reconoce y la necesita. De esta forma puede poner el bebé al pecho para que, poco a poco, aprenda a mamar aunque no pueda extraer la leche.

Promover el contacto físico con el bebé ayuda a fortalecer el vínculo afectivo y facilita la transferencia de inmunidad materna a través de un sistema de exportación inmunológica. La mamá, al ingerir y respirar involuntariamente antígenos (bacterias, virus hospitalarios), hace que su organismo produzca anticuerpos (inmunoglobulina) específicos que, por medio de sus glándulas mamarias, son transferidos al bebé a través de la leche.

## ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL

Cuando no es posible la alimentación materna, se le proporciona al bebé leche artificial adaptada a las necesidades del bebé de bajo peso al nacer.

También puede utilizarse como complemento cuando los bebés no ganan peso alimentándose sólo con leche materna. En este caso debe administrarse utilizando una cucharita o un gotero plástico para que el uso de la mamadera no interfiera en la lactancia materna. Es importante que las mamás sepan preparar adecuadamente la leche de fórmula.

La proporción de leche y agua (hervida) debe ser de acuerdo a las instrucciones médicas a fin de evitar infecciones o episodios de diarrea. Si es imprescindible la utilización de mamadera, ésta deberá estar esterilizada o hervida para cada toma.



**Las mamás que no pueden amamantar y necesitan recurrir a la alimentación artificial deben saber que igualmente el amor y los cuidados alimentan.**

# El Alta

## Nos preparamos para ir a casa

El momento del alta permite a los padres establecer una nueva relación con su hijo, similar a la que está presente en el momento del nacimiento. Por eso el momento del alta adquiere gran importancia emotiva para los padres, pudiendo aflorar angustias y ansiedades respecto del rol que recae sobre ellos: cuidar solos y en casa a su hijo.



Desde el punto de vista orgánico, los criterios para el alta institucional están relacionados en primer lugar con las condiciones de salud del bebé:

1. Que el peso sea mayor a 2000gr. y que se observe un aumento de peso estable durante los últimos cinco días de internación.
2. Que esté en condiciones de mantener una temperatura corporal vestido normal, en cuna, fuera de la incubadora y con 21 a 23°C ambiental.
3. Que pueda ser amamantado en el pecho o artificialmente cada 3 ó 4 horas.
4. Que no presente episodios de apnea<sup>6</sup>.
5. Que presente un nivel de hematocrito<sup>7</sup> no menor a 25%.

Además de evaluar los puntos citados anteriormente, el equipo médico debe poner atención en cuál es el momento más adecuado para el regreso a la casa.

Es importante que se invite a los papás a participar de algunos cuidados como suministrarle al bebé las vitaminas<sup>8</sup>, cambiar los pañales, su ropa y la de la cuna.

Además es necesario que:

- los padres puedan detectar los síntomas de estrés y prevenir la sobre-estimulación de bebé.
  - conozcan algunas posiciones que puedan favorecer el desarrollo de los bebés y a la vez maximizar los momentos de interacción.
  - tengan en cuenta cuál es la posición correcta para dormir: boca arriba o eventualmente de costado.
  - conozcan el calendario de vacunas, inmunizaciones y, si fuera necesario, la colocación de la vacuna antigripal a convivientes.
  - manejen las distintas medicaciones, fórmulas o dietas especiales, aclarando en forma escrita: **dosís, horarios, formas, vías de administración, tiempo de duración y así también los efectos colaterales que pudieran aparecer.**
  - conozcan signos y síntomas frecuentes que pueden aparecer y cuál es la conducta a seguir.
- Tanto la experiencia desarrollada día a día por los padres como las charlas con los otros papás de bebés internados o aquellos que han pasado por la misma experiencia, los van preparando para el alta.

<sup>6</sup> Apnea: pausa respiratoria mayor de 20 segundos.

<sup>7</sup> Hematocrito: examen de laboratorio que se realiza para conocer rápidamente la cantidad de glóbulos rojos que se tiene. Se realiza de rutina en los bebés de alto y de bajo peso y en los que tiene ictericia.

<sup>8</sup> Vitaminas: son sustancias alimenticias accesorias necesarias para el cuerpo en cantidades pequeñas con el fin de guiar ciertos procesos metabólicos. La falta de las mismas produce enfermedad por carencia. En el Recién Nacido se usan de rutina las A, C y D hasta el sexto mes.

Los papás deben exponer todas sus dudas y sentirse seguros para llevar al niño a casa. Además, deben tener anotado a dónde dirigirse y con quienes comunicarse en caso de dudas o urgencias: **tener a mano nombres, apellidos, teléfonos y direcciones.**

El equipo médico programará con anticipación el alta del niño cuando detecte que ya están dadas las condiciones clínicas y que la familia está preparada para recibirlo. Estos bebés nacidos de alto riesgo deben recibir un cuidado continuado en los meses y años posteriores al alta de la Terapia Intensiva Neonatal, vitales para su crecimiento y su desarrollo. Por este motivo, es necesario que luego del alta hospitalaria, estos niños estén incluidos en un **Programa de Seguimiento** y se realicen controles de crecimiento físico y neurológico para determinar la necesidad de otras intervenciones y tratamientos.

## Inmunizaciones

### CALENDARIO DE VACUNACIÓN RECOMENDADO POR LA SAP – AÑO 2006

Edad	B.C.G.	Hepatitis A (HA)	Hepatitis B (HB)	Cuadruple (DPT + Hib)	Sabin (OPV)	Tiple Viral (SRP)	Tiple Bacteriana (DPT)	Doble Adultos (dTa)
	Tuberculosis		Hepatitis B	Difteria Tétanos Tos convulsa HIB	Poliomielítica oral	Sarampión Rubéola Paperas	Difteria Tétanos Tos convulsa	Difteria Tétanos
Recién nacido	1° dosis (*)		1° dosis (**)					
Meses	1							
	2		2° dosis	1° dosis	1° dosis			
	4		3° dosis	2° dosis	2° dosis			
	6		4° dosis	3° dosis	3° dosis			
	12		1° dosis			1° dosis		
Años	18			4° dosis	4° dosis			
	6	Refuerzo			Refuerzo	2° dosis	Refuerzo	
	11		(***)			Refuerzo (****)		
	16							Refuerzo
c/10							Refuerzo	
Embarazadas	Doble adultos dTa, 2 dosis a partir del 5to. mes de embarazo, 1er. Refuerzo al año y 1 dosis cada 10 años.							

(\*) Antes del egreso de la maternidad.

(\*\*) Preferentemente en las primeras 12 horas de vida. El Recién Nacido prematuro con peso menor a 2000gr. debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12hs. de vida) y tres dosis más: a los 2, 4 y 6 meses.

(\*\*\*) Iniciar o completar esquema. Si no recibió el esquema en la infancia, se aplicará el esquema de vacuna contra la hepatitis B con tres dosis pediátricas, la primera en momento 0, la segunda al mes de la primera y la tercera dosis a los 6 meses de la primera.

(\*\*\*\*) Si no recibió previamente dos dosis de triple viral o bien de triple viral + una dosis de doble viral (Sarampión + Rubéola).

### NORMAS NACIONALES DE VACUNACIÓN

Se acepta completar el esquema de acuerdo a la edad cronológica, independientemente del peso de nacimiento, salvo la indicación de BCG, y se sugieren algunos puntos a tener en cuenta:

- **BCG:** aplicar cuando el niño tiene un peso igual o mayor a 2000gr.
- **SABIN:** si el bebé se encuentra todavía internado a los 2 meses, se debe vacunar para polio

con vacuna Salk; si no se cuenta con ella, no colocar Sabin por estar contraindicada durante la internación por la eliminación viral.

• **CUÁDRUPLE:** puede aplicarse durante la internación. Se recomienda no aplicar vacuna anticoqueluche (celular, que es la presente en cuádruple y triple estándar) en niños con posibilidades de presentar, o que ya presenten, un cuadro neurológico severo. En estos casos la indicación es la vacuna antipertussis acelular.

## OTRAS VACUNAS

• **Vacuna antigripal (influenza):** Recomendada para niños con DBP<sup>9</sup> o cardiopatías congénitas, a partir del 6to. mes y hasta los 3 años, 0,25cc. con intervalo de 4 semanas a partir del mes de marzo. Si ya la había recibido en la estación invernal anterior, se debe indicar una sola dosis de 0,25cc. A partir de los 3 años, 0,5cc. con los mismos intervalos.

### • Vacuna hepatitis:

Hepatitis A: A partir del año de vida, y a los 6 meses si concurre a jardín maternal.

Hepatitis B: Está recomendada la vacunación para todos los RN al nacimiento, ya que la determinación del estado serológico para HVB<sup>10</sup> no es aún universal para todas las mujeres embarazadas. En el caso de los prematuros con peso inferior a 2.000gr., agregar una dosis complementaria coincidiendo con el resto de las inmunizaciones. (Nacimiento, 2 meses, 4 meses y 6 meses.)

• **Virus Sincicial Respiratorio (VSR):** Los niños de muy bajo peso al nacer y aquellos con DBP están en riesgo de padecer infecciones respiratorias bajas por VSR durante el final del otoño e invierno. Muchos de ellos pueden requerir internación y quedar con una enfermedad respiratoria crónica o agravar la ya existente, requiriendo oxígeno suplementario, broncodilatadores y/o diuréticos.

Los intentos para desarrollar una vacuna no han sido exitosos. Se ha probado el uso de gammaglobulina en administración endovenosa, y más recientemente de anticuerpos monoclonales intramusculares como inmunización pasiva contra VSR (palivizumab), que tiene un costo actualmente elevadísimo. Esta última opción podría disminuir la incidencia de reinternaciones por dicha patología, si bien no la mortalidad ni la necesidad de ARM<sup>11</sup>.

Es necesario administrar dosis repetidas mensualmente durante la época de mayor incidencia (abril a septiembre). Dicha prevención debe quedar limitada a los niños de mayor riesgo.

La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda poner énfasis en las medidas generales de prevención de las infecciones respiratorias agudas bajas y en forma más estricta en los grupos de riesgo ya mencionados.

La indicación de palivizumab debiera restringirse a los siguientes pacientes de riesgo y según el criterio del médico tratante:

- Prematuros extremos (peso al nacer menor a 1000gr. y edad gestacional menor o igual a 28 semanas) con o sin DBP, durante su primera estación invernal en el hogar.
- Pacientes con DBP de 2 años de edad o menores al comienzo de la estación de VSR, si han requerido oxígeno u otro tratamiento dentro de los 6 meses previos.
- Prematuros de muy bajo peso al nacer (menor a 1500gr.) y edad gestacional menor a 32 semanas que hayan padecido patología neonatal grave, especialmente respiratoria, considerando cada caso en particular.
- No se recomienda el uso en caso de infección por VSR establecida ni en la prevención de diseminación en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. En estos casos se deben priorizar las medidas generales de control de infecciones respiratorias.

Nota: extraído de **GUIA PARA SEGUIMIENTO DE RECIEN NACIDOS DE RIESGO**, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales, Noviembre de 2001, Ministerio de Salud.

<sup>9</sup> DBP: Displasia broncopulmonar.

<sup>10</sup> HVB: Hepatitis Viral B.

<sup>11</sup> ARM: Asistencia respiratoria mecánica.

# Diccionario de la prematurez

A continuación brindamos algunos términos usados frecuentemente en la Sala de Neonatología.



**Papás: si el personal médico usa algún término que no entienden ¡pregunten qué significa!**

• **ANEMIA:** Número anormalmente bajo de glóbulos rojos en la sangre. Los glóbulos rojos sirven para el transporte del oxígeno en los tejidos. Se da frecuentemente en los prematuros porque no han podido constituir sus reservas de hierro que se producen en los últimos meses de crecimiento.

• **APNEA:** Pausa respiratoria mayor de 20 segundos. El 45% de los bebés nacidos menores a 2500gr. y el 85% de los nacidos menores a 1100gr. tienen períodos de apnea durante las primeras semanas de vida.

• **BRADICARDIA:** Enlentecimiento del ritmo cardiaco (los bebés prematuros tienen por debajo de 100 latidos por minuto). Un gran número de prematuros hace bradicardia.

• **DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP):** Anomalia del conjunto del tejido broncopulmonar en prematuros tratados por un distres respiratorio con ventilación y oxigenoterapia intensa. Los niños que tienen todavía oxígeno a semanas de la edad gestacional tienen una displasia broncopulmonar.

• **ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (NEC):** Enfermedad grave del tracto gastrointestinal que ataca por sobretodo a los prematuros. Consiste en una inflamación de los intestinos que causa la destrucción de los tejidos comprometidos.

• **ERITROPOYETINA:** Medicación que se administra en forma subcutánea a los prematuros menores de 35 semanas para favorecer la propia **eritropoyesis** (formación de glóbulos rojos). Como los prematuros crecen muy rápido y su médula ósea no alcanza a fabricar los glóbulos rojos con hierro solamente, se les puede dar hasta 18 dosis de ERITROPOYETINA (750 unidades por semana en tres dosis semanales de 250 unidades cada una), junto con hierro y ácido fólico. Así, se pueden evitar las comunes transfusiones de glóbulos rojos a los prematuros.

• **GAVAGE o SONDA GÁSTRICA o NASOGÁSTRICA:** El bebé, cuando no tiene desarrollados los reflejos de succión, o por alguna otra razón no puede tomar el pecho o la mamadera, recibe su leche por un tubo flexible de polietileno que pasa a través de la boca o la nariz y desciende hasta el estómago, fijado al rostro del bebé con tela adhesiva hipoalérgica.

• **HEMORRAGIA CEREBRAL:** Sangrado dentro de los tejidos del cerebro que puede centrarse a los ventrículos. Las hemorragias cerebrales son de diferente gravedad y se miden del I al IV, siendo la número IV la más severa.

• **HIDROCEFALIA:** Dilatación de los ventrículos laterales por exceso de líquido. En algunos casos se debe insertar un drenaje a nivel del cerebro a fin de derivar el líquido que se acumula en grandes cantidades.

• **ICTERICIA:** Es causada por la impregnación de bilirrubina en los tejidos. Se caracteriza por una

coloración amarilla más o menos intensa de la piel y la esclerótica<sup>12</sup>.

- **INCUBADORA:** Cuna térmica que controla en forma automática el calor administrado según las necesidades térmicas que el niño requiere.
- **INTUBACIÓN:** Para un recién nacido que presenta frecuentes apneas o dificultad para respirar, lo adecuado es intubarlo. Se inserta un tubo plástico en la tráquea y se conecta a un respirador.
- **MONITORES:** Los monitores registran y vigilan el latido cardiaco, la respiración, la temperatura, la presión arterial y los niveles de oxígeno y anhídrido carbónico, pero mediante sistemas no invasores, es decir que no causan dolor porque están pegados a la superficie de la piel del bebé.
- **PERSISTENCIA DEL CANAL ARTERIOSO O DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE:** El ductus es un pequeño vaso que une la arteria pulmonar con la aorta. Luego del nacimiento, el canal arterioso se cierra. Puede suceder que en los prematuros este pequeño vaso permanezca abierto y que tenga que ser tratado para que se cierre.
- **RETINOPATÍA:** Condición que afecta la retina de los ojos de los bebés prematuros.
- **SURFACTANTE:** Líquido que forma una película muy delgada que tapiza la fase interna de los alvéolos pulmonares. La producción de surfactante en los bebés comienza a la semana 30 de gestación, pero no está muy desarrollada hasta la semana 34. Un bebé que sufre una falta de surfactante puede desarrollar Enfermedad de Membrana Hiliar (Síndrome de Distres Respiratorio).
- **VENOCLISIS O PARENTERAL:** Solución endovenosa que se les da a los nuevos recién nacidos. Se les agrega nutrientes (proteínas, azúcar, minerales, vitaminas) que son administrados a través de un suero colocado en una vena del bebé.

## ABREVIATURAS UTILIZADAS EN NEONATOLOGÍA

ARM: Asistencia Respiratoria Mecánica.	PC: Perímetro Cefálico.
BOR: Bronquitis Obstruccion Recidivante.	PEAT: Potenciales Evocados Auditivos de Tronco.
BPEG: Bajo Peso para Edad Gestacional.	PAEG: Peso Adecuado a Edad Gestacional.
BPN: Bajo Peso al Nacer.	PEV: Potenciales Evocados Visuales.
DBP: Displasia Broncopulmonar.	PN: Peso al Nacer.
ECG: Electrocardiograma.	RCIU: Retardo de Crecimiento Intrauterino.
ECN: Enterocolitis Necrotizante.	RCP: Reanimación Cardiopulmonar.
EG: Edad Gestacional.	RGE: Reflujo Gastroesofágico.
EPC: Enfermedad Pulmonar Crónica.	RN: Recién Nacido.
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica.	RNPT: Recién Nacido de Pretérmino.
FO: Fondo de Ojo.	RNR: Recién Nacido de Riesgo.
FUM: Fecha de Última Menstruación.	ROP: Retinopatía del Prematuro.
Hb: Hemoglobina.	Rx: Radiografía.
HI: Hernia Inguinal.	SDR: Síndrome de Dificultad Respiratoria.
HP: Hipertensión Pulmonar.	SNC: Sistema Nervioso Central.
IRA: Infecciones Respiratorias Agudas.	SNG: Sonda Nasogástrica.
MMII: Miembros Inferiores.	UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
MMSS: Miembros Superiores.	VSR: Virus Sincicial Respiratorio.
OTD: Oxigenoterapia Domiciliaria.	

<sup>12</sup> Esclerótica: membrana dura y opaca, blanquecina, que cubre el globo del ojo, salvo donde está la córnea transparente.

## Bibliografía recomendada

### LIBROS

“Ser Padres Prematuros - El parto prematuro: el nacimiento y la relación con el bebé.”; Lic. Gabriela Pose; Editorial Del Candil.

“El bebé prematuro y sus padres - Medicina de Amor.”; Dr. Jorge César Martínez; Ediciones Lidiun.

“Mi bebé es prematuro - Guía práctica de cuidados físicos y emocionales.”; Nora Rodríguez; Editorial Grijalbo-Mondadori.

### SITIOS EN INTERNET

Desde el sitio de Apaprem ([http://www.apaprem.org.ar/informacion\\_5/wlinks.htm](http://www.apaprem.org.ar/informacion_5/wlinks.htm)) se puede acceder a enlaces relacionados con:

- Prevención del Parto Prematuro.
- Información sobre niños prematuros.
- Lactancia Materna en prematuros.
- Madre Canguro.
- Asociaciones y Agrupaciones de Padres.
- Sitios sobre niños prematuros.

## Bibliografía consultada

“Guía para seguimiento de recién nacidos de riesgo.”; Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales; Noviembre de 2001, Ministerio de Salud.

“El bebé prematuro y sus padres - Medicina de Amor.”; Dr. Jorge César Martínez; Ediciones Lidiun.

“Los sentidos. Cómo se desarrolla la vista, el oído, el tacto.”; APEP- Asociación de Parents d'enfants Prématurés du Québec.

“Libro LACTANCIA MATERNA - Guía práctica de manejo”; [http://www.encolombia.com/lactancia\\_guia2.htm](http://www.encolombia.com/lactancia_guia2.htm)

“Aleitamento Materno 24hs.”; Coordinado por el Profesor, Pediatra y Consultor en amamantamiento Dr. Marcus Renato de Carvalho; <http://www.aleitamento.med.br/>



**APAPREM**  
ASOCIACION ARGENTINA DE  
PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

Tel: (011) 4709-6645, 15-5561-2438 o dejar mensajes en 4703-2333, int. 264 de 10 a 17hs.  
Crámer 4601- Ciudad Autónoma de Bs.As.

---

**INFOAPAPREM@APAPREM.ORG.AR**

**WWW.APAPREM.ORG.AR**