

EL ABC DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS BEBÉS PREMATUROS EXTREMOS

Estadísticas, clasificación y recepción en sala de partos.

Lic. María Fernanda Egan

“El primer paso, como sabemos, es lo que siempre importa, principalmente cuando se trata de aquellos que son jóvenes y tiernos. Es el momento en el que están tomando forma y cuando cualquier paso que demos puede dejar una huella permanente...”

Platón, 400 AC.

Primera parte

Dentro de las Unidades Neonatales, el cuidado de enfermería proporcionado a los recién nacidos de edad gestacional y peso al nacer extremadamente bajos constituye un verdadero desafío.

En las últimas décadas, la sobrevivencia de estos bebés ha contribuido a la disminución de las tasas de mortalidad neonatal. Sin embargo, la morbilidad y las secuelas que presentan continúan siendo muy altas.

El uso de tecnología apropiada, complementado con el cuidado de profesionales altamente calificados que basan su conducta en la mejor evidencia disponible, ha marcado la diferencia.

En los últimos años, el desarrollo de la enfermería como profesión permitió encontrar en el cuidado individualizado y holístico una filosofía propia, basada en la humanización de la atención. Esto implica poner en juego, a favor de los recién nacidos, el conocimiento científico y técnico, acompañado de una mirada integral, sobre la base de las necesidades individuales de cada bebé como ser humano único, junto a su familia.

Supone asimismo considerarlos en todas sus dimensiones: físicas, de desarrollo emocional y psico-social, y brindarles respeto sin distinción de creencias, raza o religión.

Los profesionales de la salud debemos comprender que cada bebé es un ser humano único, que requiere de una valoración completa, y que es un deber ético y moral el tener una mirada crítica sobre nuestra práctica diaria.

El objetivo de este artículo es describir los cuidados de enfermería que se proporciona a los recién nacidos prematuros extremos,

con el fin de ir profundizando cada uno de ellos en las próximas ediciones.

Clasificación y estadísticas

Estadísticas

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. La mortalidad neonatal es un indicador que expresa el nivel de desarrollo alcanzado por la atención del recién nacido en un determinado lugar o en un servicio. Esta se define como **el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días de vida por cada 1.000 nacidos vivos.**

La mortalidad infantil en nuestro país es del 14,4 ‰ y la mortalidad neonatal es de 9,7 ‰. La mortalidad neonatal representa el 67,8 % de las muertes infantiles. Esta varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica y de enfermería. A diferencia de la mortalidad postneonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada a la buena organización de la atención perinatal, del cuidado médico y de enfermería que, en algunos casos, requiere de alta especialización.

La madre con riesgo de tener un niño prematuro debe ser controlada en un centro calificado, al igual que su hijo prematuro. La mortalidad de los bebés prematuros, en especial los de muy bajo peso, es significativamente menor cuando nacen en un centro de Nivel III. Este es el que cuenta con los recursos de personal y equipamiento adecuados para su atención.

El control prenatal es primordial para detectar los embarazos de alto riesgo y permite tratamiento adecuado y derivación oportuna. En el momento del nacimiento se debe contar con una historia perinatal completa, para identificar los riesgos que pueda presentar el recién nacido, prevenir los problemas e intervenir oportunamente cuando éstos se producen.

Clasificación del Recién Nacido

Existen diferentes clasificaciones para los recién nacidos; pero las más usadas y útiles son las que tienen en cuenta el peso y la edad gestacional. Estas nos permiten determinar el riesgo e implementar las estrategias terapéuticas y de cuidado relacionadas al grado de inmadurez de cada uno de los bebés.

Se define como “pretérmino” o “prematuro” al Recién Nacido con una Edad Gestacional menor de 37 semanas completas (OMS). Existen diferentes clasificaciones para los R.N. pretérmino menores de 37 semanas.

Según las guías actuales de la Asociación Americana de Pediatría se aconseja no reanimar a los bebés menores de 23 semanas de edad gestacional con un peso menor de 400 gramos. Existe poca uniformidad en relación al uso de las definiciones para los prematuros entre 23 semanas y 37 semanas de edad gestacional. Algunos autores definen:

- Prematuro moderado: entre 33 y 36 semanas.
- Muy prematuros: entre 27 y 32 semanas.
- Prematuro extremo o microprematuro: entre 23 y 27 semanas o prematuros de extremadamente baja edad gestacional (EBEG) o, en inglés, very-low-birth-weight (VLBW)

En cuanto al parámetro peso, también se utilizan los conceptos de recién nacido de bajo peso (< 2500 g.), muy bajo peso (< 1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.). Estos últimos dan origen a aproximadamente de un 60 % a 70 % de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo.

Luego, según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en:

- PAEG - Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentilos 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino.
- BPEG - Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentilo 10.
- APEG - Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentilo 90.



La clasificación arriba descrita tiene importancia, pues expresa determinados riesgos según la edad gestacional, el peso de nacimiento y la adecuación de éste a ella.

Valoración de la edad gestacional

Existen diferentes sistemas para evaluar la edad gestacional.

Tal evaluación puede hacerse clínicamente, por medio del examen físico y a través de signos neuromusculares. El test más conocido y utilizado es el de Test de Capurro. Sin embargo, no es preciso para la valoración de los prematuros de extremo bajo peso y edad gestacional. El Test de Ballard, desarrollado en 1988, es el más rápido y simplificado para la valoración de los bebés pretérmino.

La valoración de la edad gestacional y la valoración clínica inicial son las herramientas fundamentales para el cuidado adecuado de los bebés prematuros. Por medio de ellas podemos anticipar los problemas relacionados con la inmadurez de los distintos sistemas u órganos, y las patologías concurrentes.

Recepción del recién nacido prematuro en sala de partos

En el país nacen por año aproximadamente 700.000 niños. El 9% son de bajo peso y edad gestacional, y menos de un 1% es de extremadamente baja edad gestacional. Estos últimos constituyen un grupo de aproximadamente 7.000 niños que requerirán cuidados especiales e intervenciones específicas en la recepción.

Todavía hoy existen grandes dificultades para reconocer la importancia que tiene la atención inicial prestada a estos bebés para su pronóstico y morbilidad.

La American Heart Association y la Asociación Americana de Pediatría, destaca-

ron la importancia de contar con personal entrenado para realizar una reanimación eficaz, en cualquier lugar donde se produzca el nacimiento.

Para recibir un bebé en sala de partos debemos tener:

► RECEPCIÓN SIEMPRE LISTA

(esto permite una organización y anticipación fundamentales para la eficacia de la recepción)

► PERSONAL ENTRENADO DISPONIBLE

► COMUNICACIÓN EFICAZ

(entre todos los miembros del equipo, neonatólogo, enfermería, obstetra, anestesiólogo y la familia).

► RESPONSABILIDADES

CLARAMENTE ASIGNADAS

(es necesario para evitar pérdida de tiempo que son vitales para los RN)

Los siguientes datos de la Historia Prenatal son indispensables para el cuidado integral y la anticipación en la recepción de un recién nacido prematuro:

- Historia materna.
- Antecedentes.
- Trabajo de parto.
- Presencia de infecciones
- Ruptura prematura de membranas.
- Administración de corticoides u otras medicaciones.
- Hipertensión arterial, diabetes, etc.

La preparación de la sala de partos incluye adaptar la planta física, y disponer del equipamiento y de los materiales necesarios para la recepción de los recién nacidos prematuros.

La preparación de la sala debe basarse en las siguientes características clínicas de los bebés prematuros:

- 1) Los recién nacidos prematuros tienen mayor pérdida de calor por inmadurez.
- 2) Los pulmones de los prematuros tienen menor producción de surfactante a menor edad gestacional.
- 3) Tienen fragilidad capilar a nivel cerebral, con riesgo de sangrado durante los periodos de estrés e hipoxia.
- 4) La retina de los prematuros es inmadura
- 5) Tienen depósitos limitados de glucógeno hepático.
- 6) Los recién nacidos prematuros tienen inmadurez de las capas de la piel.
- 7) Tienen el sistema inmunológico en riesgo; son propensos a las infecciones
- 8) La familia está en crisis, requiere contención, favorecer el vínculo precoz y ofrecer información adecuada.

De las características mencionadas se desprenden los cuidados de enfermería prioritarios en esta etapa.

Recepción del recién nacido prematuro extremo

La recepción en la Unidad debe estar acompañada de una fluida comunicación entre los que están en partos, ya que informarán el estado del bebé con el fin de tener todo el equipamiento preparado para su estabilización en sus distintas formas:

- Estabilización térmica.
- Estabilización respiratoria.
- Estabilización hemodinámica.
- Estabilización del medio interno y nutrición.
- Cuidado de la piel.

- ▶ Disminución del estrés, estimulación y dolor.
- ▶ Cuidado centrado en la familia.

Estabilización térmica

En los bebés de término existen diferentes mecanismos que regulan las pérdidas de calor. En los bebés prematuros, debido a la inmadurez y de acuerdo a la edad gestacional, estos mecanismos se encuentran disminuidos o ausentes.

Los bebés prematuros poseen escaso tejido subcutáneo y presentan mayor área de superficie en relación a su masa corporal.

La grasa parda, que es un tejido especial formado por células adiposas (se encuentra entre las escápulas, axilas y alrededor de los riñones), es la encargada de generar calor como respuesta al frío, mediante diferentes procesos. Este proceso se llama "termogénesis química". En los bebés prematuros, la grasa parda se diferencia después de las 26 semanas de edad gestacional.

La epidermis de los bebés prematuros extremos es inmadura. El estrato córneo, que es el encargado de controlar las pérdidas de agua, se encuentra poco desarrollado, lo que provoca un aumento de las pérdidas transepidermicas de agua. Estas características de la piel de los bebés pretérmino comprometen el control de la temperatura, ya que aumentan las pérdidas de calor y agua, y dificultan su conservación. En la recepción resulta fundamental minimizar las pérdidas de calor:

- ▶ La sala debe contar con calor radiante, termocunas o servocunas.
- ▶ El ambiente debe estar alrededor de 28 °C.
- ▶ No se recomiendan las altas temperaturas, ya que la hipertermia también aumenta el consumo de oxígeno y glucosa.
- ▶ No deben existir corrientes de aire.
- ▶ Ubicar al bebé en servocuna, utilizar sábanas tibias y suaves para secarlo, colocarle gorro y, si se encuentra con temperatura entre 36° y 36,3°, se puede colocar sábana plástica que nos permite conservar la temperatura que tiene el bebé y disminuir las pérdidas.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, se recomienda el uso de servocunas hasta estabilizar al bebé. Luego se debe trasladar a una incubadora de doble pared con servocontrol, utilizando sábanas plásticas, gorros y humedad adicional, ya sea con métodos caseros o mediante incubadoras de nueva generación que poseen servo humedad, lo que nos permitirá disminuir las pérdidas transepidermicas de agua y estabilizar la temperatura.

El uso de servocontrol con cuidados de enfermería obsesivos en relación al lugar de colocación, fijación y cuidado del sensor, nos permitirá mantener una mayor estabilidad del ambiente térmico del bebé y evitará que los

controles de temperatura sean muy frecuentes, favoreciendo la mínima manipulación, que en este período es muy importante.

Estabilización respiratoria

El síndrome de dificultad respiratoria es la patología más frecuente en los recién nacidos pretérmino, ya que está asociada a la inmadurez anatómico-fisiológica y de producción de surfactante.

Para poder realizar acciones adecuadas en la estabilización respiratoria, es necesario conocer:

- ▶ Anatomía y fisiología de la vía aérea de los bebés prematuros.
- ▶ Valoración clínica (pasos).
- ▶ Valoración respiratoria, examen físico, radiografía y laboratorio.
- ▶ Distintos métodos de administración de oxígeno y ventilación (CPAP, ARM, etc.)
- ▶ Cuidados de la vía aérea y administración de surfactante.
- ▶ Cuidados del oxígeno.
- ▶ Monitorización de todos los parámetros (temperatura, saturometría, frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial invasiva y no invasiva).

Son múltiples los factores que favorecen el daño pulmonar en los bebés prematuros, producto de su inmadurez. Es importante comprender que las maniobras y cuidados realizados en la recepción durante los primeros minutos de vida pueden ayudar a disminuir el riesgo.

▶ Saturómetro se debe colocar desde el inicio de la administración de oxígeno.

- ▶ Colocación de CPAP precoz (equipo de CPAP completo).
- ▶ Administración de surfactante (se realiza en la unidad luego de constatar radiológicamente la posición del tubo endotraqueal).
- ▶ Canalización de acuerdo a normas del servicio (excepto que sea un bebé que requiera reanimación, en la mayoría de los servicios se prefiere estabilizar respiratoriamente al bebé y trasladarlo de inmediato a la unidad).
- ▶ Drenaje de neumotórax.
- ▶ Drogas de reanimación (Adrenalina, Bicarbonato, Naloxona, Expansores de volumen).
- ▶ Incubadora de transporte con batería, y equipo de oxígeno y aire para mezclar.

El uso racional del oxígeno es otro de los factores fundamentales que se debe cuidar desde la recepción: la retinopatía del prematuro es una epidemia en nuestro país.

Debemos recordar que el oxígeno es una droga que se debe usar en forma racional, según indicaciones precisas.

Es directa la relación entre el uso no medido del oxígeno (y, sobre todo, los episodios de hipoxia-hiperoxia) con morbilidad en el niño prematuro.

El uso de oxígeno con mezcla con aire comprimido permite aportar la concentración

Tabla de combinación de flujos de oxígeno y aire para halos y bolsas de reanimación

Cálculos teóricos. Confirmar con oxímetro

Porcentaje de oxígeno	Flujo de oxígeno (Lts x min)	Flujo de aire (Lts x min)
30	1	9
40	2	8
50	4	6
60	5	5
70	6	4
80	7.5	2.5
90	9	1

Los bebés prematuros poseen escaso surfactante, lo que disminuye la compliance pulmonar y les dificulta mantener la capacidad residual funcional.

Por ello las recomendaciones para la ventilación de estos pacientes, se basa en utilizar presión positiva con válvula de PEEP, que evita el colapso alveolar. Para ello es necesario contar en la recepción con una bolsa completa, con manómetro de presión, válvula de PEEP y máscaras de distintos tamaños.

La recepción debe contar con el material necesario para:

- ▶ Intubación: (laringoscopio, con rama chica, mediana y grande –más pilas de repuesto–; tubos endotraqueales 2 - 2,5 - 3; fijaciones para tubo –preparadas–.

necesaria para mantener saturaciones **entre 86% y 92%**, que son las recomendadas, ya que saturaciones mayores, podrían contribuir al aumento de la retinopatía (ceguera del prematuro) y displasia broncopulmonar (enfermedad pulmonar crónica). Para ello es fundamental colocar un saturómetro permanente en la recepción, así como también, mezcla de aire y oxígeno. Si no tuvieran "blenders" (mezcladores de aire y oxígeno), se puede colocar un "flowmeter" de aire y uno de oxígeno con una llave en "Y", utilizando una fórmula que nos permite calcular la FiO₂, según los litros de aire y oxígeno administrados.

La retinopatía del prematuro es la principal causa de ceguera en la infancia en Argentina.

Cuidados para disminuir el riesgo de retinopatía:

- ▶ Uso de oxígeno mezclado y controlado (conocer la concentración de FiO_2).
- ▶ Oxígeno calentado y humidificado.
- ▶ Utilizar el monitor inmediatamente después del nacimiento.
- ▶ No modificar los límites sólo porque la alarma suena frecuentemente.
- ▶ Nunca apagar la alarma.
- ▶ Descenso paulatino del 2% al 5% por vez, si supera el límite superior.
- ▶ Evitar el exagerado y rápido descenso de la FiO_2 .

Estabilización hemodinámica

Cuando la oxigenación es adecuada, el corazón del neonato puede restablecer su función de bomba.

Algunos estudios demuestran que existe mayor morbi-mortalidad asociada para aquellos bebés prematuros extremos que requirieron maniobras de resucitación en la sala de partos.

El masaje cardíaco debe realizarse cuando la frecuencia cardíaca permanezca por debajo de 60 latidos por minuto, a pesar de haber suministrado 30 segundos de ventilación con intubación y presión positiva efectiva. (Reanimación Neonatal. American Heart Association and American Academy of Pediatrics. 4ª edición).

En estas primeras horas, la monitorización continua de la saturometría, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial invasiva con catéter umbilical arterial, permite evaluar la estabilidad hemodinámica.

Estabilización del medio interno y nutrición

El feto, en la vida intrauterina, recibe de la placenta el 75% de la concentración de glucosa de la madre. Los depósitos de glucógeno hepático se completan en el último trimestre. Por lo tanto, los prematuros extremos tienen depósitos limitados. Por ello son propensos a presentar hipoglucemia. Se recomienda que antes de la hora de vida estos bebés estén canalizados, con aporte por vía parenteral de solución dextrosada al 10%.

Los recién nacidos pretérmino poseen un contenido de agua corporal muy elevado. Al nacer, aproximadamente el 80% del peso corporal es agua y el 50% de ésta se encuentra en el líquido extracelular.

Después del nacimiento se produce una contracción del espacio extracelular, que es responsable de la disminución del contenido de agua corporal y que se determina clínicamente por la pérdida de peso inicial que se produce en estos bebés en la primera semana de vida.

Conocer estas modificaciones fisiológicas permite realizar cuidados fundamentados con relación al balance hidroelectrolítico, ya que es fundamental que éste sea negativo para permitir la contracción normal del líquido extracelular.

Por otra parte, el filtrado glomerular es bajo y los mecanismos renales de compensación son inmaduros. Por eso es fundamental realizar un balance estricto de líquidos, ya que cuando se administran líquidos en exceso, el niño no los puede eliminar, pero tampoco puede concentrar o conservar líquido ante un aporte disminuido.

Por lo tanto, existe riesgo de sobrecarga hídrica o deshidratación. El cálculo de un aporte de líquidos lo más exacto posible resulta, en consecuencia, fundamental para evitar complicaciones.

Para esto es necesario tener en cuenta la cantidad de líquido que ingresa por las distintas vías y formas (planes, nutrición parenteral, humidificación, medicación) y los egresos con cálculo de diuresis, pérdidas insensibles, variaciones de peso y densidad urinaria.

Cuidado de la piel

Se debe tener en cuenta que, debido a las características de la piel de este grupo de pacientes, no se puede delegar ni postergar su cuidado, comenzando desde la sala de recepción.

Se puede minimizar la invasividad de las intervenciones que estos pacientes requieren, con cuidados adecuados a la inmadurez de la piel, evitando la colocación de vías innecesarias y programando la colocación de vías percutáneas antes de retirar los catéteres umbilicales.

La piel es el órgano más extenso, y presenta características particulares:

- Posee gran permeabilidad, mayor cuanto más baja es la edad gestacional.
- Hay una disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis, ya que las fibras que las unen están más espaciadas. Esto favorece la lesión de la piel.
- Tiene mayor tendencia al edema; esto produce una disminución de la perfusión con riesgo de daño por decúbito.
- La inmadurez de la piel no ha permitido que se forme el manto ácido que se encuentra en todos los recién nacidos de término. Este manto posee un Ph menor de 5, y esta acidez aseguraría una cierta capacidad bactericida.

Debido a esto, los cuidados en las primeras horas de vida son fundamentales:

- ▶ Evitar la pérdidas de calor y agua, como ya se dijo, por medio incubadoras de doble pared con humedad. En caso de usar humedad, se debe recordar que el riesgo de infección es muy alto; se recomienda entonces el uso de guantes para todos los miembros del equipo que realicen procedimientos con el bebé, y sábanas estériles.

Los padres no necesitan ponerse guantes ya que el ingreso de gérmenes se produce por los procedimientos invasivos, excepto que la piel este dañada.

- ▶ Evitar el uso de telas adhesivas en forma indiscriminada, su remoción debe realizarse humedeciendo la tela con agua tibia.

- ▶ Utilizar bases de hidrocolide.

- ▶ Colocar antes de la tela adhesiva para fijar tubos, sensores de saturometría, y sensores de temperatura.

- ▶ Mantener la piel limpia y seca. Se recomienda un primer baño cuando la estabilidad del paciente lo permita, con agua tibia y compresas suaves, con el fin de eliminar los restos orgánicos del parto. Esta operación se debe realizar en forma suave, sin friccionar, secando por suave presión y con especial atención a que estén limpias y secas las zonas de mayor riesgo de colonización: axilas, ombligo, ingles, detrás de las orejas y el cuello.

- ▶ Para evitar las úlceras por decúbito es recomendable utilizar colchones de gel, agua, piel médica, que pueden colocarse debajo de la sábana estéril.

- ▶ De la misma manera es importante la rotación de decúbito, y evitar que el bebé se encuentre apoyado sobre cables y sensores, que dañan la piel.

Disminución del estrés, estimulación y dolor

A pesar del aumento de la sobrevida de los bebés de muy bajo peso y edad gestacional, existe todavía una gran preocupación por las secuelas a corto y largo plazo.

Una de las secuelas que produce morbi-mortalidad es la hemorragia intracraneana. Esto se fundamenta en el concepto de autorregulación cerebral, un mecanismo por el cual, al aumentar o disminuir brusca-mente la tensión arterial, en condiciones normales las arteriolas y vasos cerebrales se contraen y dilatan para mantener el flujo sanguíneo cerebral (FSC) estable.

Sin embargo, esto no ocurre en los frágiles capilares de la matriz germinal de los prematuros. Por ello la hipertensión arterial, puede provocar hemorragia intracraneana en este grupo de bebés.

Existen múltiples factores de riesgo:

- Factores perinatales.
- Trabajo de parto prolongado.
- Sufrimiento fetal.
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Asistencia respiratoria mecánica.
- Episodios de hipoxia e hipercarbia.
- Expansiones bruscas o correcciones de volumen.
- Manipulación desordenada.
- Intubaciones bruscas.
- Aspiración de tubo endotraqueal innecesaria.

A partir de esta preocupación, surge lo que se denominó **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN MINIMA**.

Este protocolo permite disminuir los episodios de estrés y estimulación desordenada, incluyendo una evaluación del dolor.

Muchas de las rutinas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son nocivas para los bebés; si bien son necesarias terapéuticamente, muchas de ellas se pueden agrupar evaluando la tolerancia de cada recién nacido.

Este protocolo comprende los primeros quince días de vida, ya que es el período agudo con mayor riesgo de que se produzca una hemorragia intracraneana.

El objetivo es que el personal se conciente de que el bebé necesita tener períodos de reposo y descanso para recuperarse de la invasividad.

Esto coloca a los enfermeros en una posición de privilegio para coordinar los esfuerzos con el resto del equipo y los tiempos para intervenir (si el bebé está estable y requiere una radiografía de tórax, además de cambiar el pañal y realizarle controles se puede combinar con el médico que aproveche para revisarlo).

En muchas unidades donde se atienden prematuros, los médicos, terapeutas, kinesiólogos, y otros integrantes del equipo de salud consultan con la enfermería el mejor momento para intervenir, ya que es la que conoce la tolerancia y descanso del bebé. Por ello también es importante que las enfermeras que cuidan a los recién nacidos prematuros sean las mismas durante un tiempo; esto nos permite entablar una relación de conocimiento con el bebé y su familia.

Este cuidado complementa las necesidades físicas y terapéuticas, con una mirada humanizada que nos aproxima al neonato como ser humano.

El rol de enfermería es interpretar la conducta del recién nacido, evaluando el grado de organización o desorganización de la misma. Las intervenciones que favorecen la organización son, prioritariamente, el conocimiento de las necesidades individuales de cada bebé. De aquí surge el concepto del Cuidado para el Neurodesarrollo. El Protocolo de intervención mínima, las modificaciones del ambiente –tales como la disminución de la luz y el ruido, y la prevención del estrés y el dolor– son herramientas que nos permiten favorecer la organización y el descanso, disminuir el estrés y favorecer la maduración de este grupo de bebés.

Cuidado centrado en la familia

El nacimiento de un bebé prematuro produce un fuerte impacto para las familias. Nada más alejado del bebé ideal, este pequeño que requiere de máquinas y tubos para sobrevivir.

Algunas madres han podido tener su primer contacto con el bebé antes de ingresar a la unidad; otras sólo lo pueden ver después de 1 ó 2 días. Este bebé pequeño, con el cual no pudo comenzar el vínculo, se convierte en un desconocido si el equipo de salud, pero sobre todo las enfermeras, no ubicamos a las familias en el centro.

El rol de enfermería es relevante, ya que los enfermeros son el referente más cercano a los padres. Si entendemos la trascendencia del rol, se puede reconstruir para ellos día a día la cotidianeidad perdida, entre tanta tecnología y enfermedad. Son múltiples las acciones que se pueden realizar para favorecer el vínculo, desde el nacimiento de estos pequeños, siempre respetando los tiempos de los padres y los bebés.

Ingreso irrestricto a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, vínculo precoz, fomento de la lactancia, contacto piel a piel, incorporarlos en la atención del recién nacido, son medidas simples que permiten que los padres se integren rápidamente a la rutina.

Como enfermeras, somos privilegiadas en acompañar a las familias durante su estadía crítica en la UCIN. Más allá de la experiencia científico-técnica y del cuidado físico, nuestro papel se extiende a las necesidades emocionales y espirituales. Cuando nosotros podemos pensar en los bebés y sus familias juntos, contribuimos al desarrollo emocional de la familia y humanizamos la atención.

Bibliografía

- Anand D, Pharoah PO.: Errors in registered birth weight and its implications for mortality statistics. Arch Dis Child 2000 Nov;83(5):397-400.
- Beca, P., Cattani, A., Colombo, M., Muzzo, S., Nazer, J., Youlton, R.: Mortalidad Neonatal: Definiciones y Limitaciones. Rev. Chil. Pediatr. Vol. 59 (3); 203 - 205 1988.
- Cisneros Moore K., Coker K., Du Buisson A., Swett B., Edwards W., Implementing Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units: Successes and Challenges Pediatrics, Vol. 111 No. 4 April 2003, pp. e450-e460
- Finer N, Neonatal resuscitation. Current Opinión in Pediatrics 2004.16:157-163
- Grupo Colaborativo Neocosur: Very-low-birth-weight infant outcomes in 11 South American NICUs, J Perinatol 2002 Jan; 22(1):2-7.
- Ministerio de Salud de la Nación., Recomendación para el control de la saturación de oxígeno optima en prematuros grupo de trabajo colaborativo multicentrico. Prevencion de la ceguera en la infancia por retinopatía del prematuros. Buenos Aires, octubre de 2003.
- OMS.: Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales. Actas OMS. 28:17,1950. 160:11 y anexo 18,1967. 233:18, 1976
- OPS: Estadísticas de Salud de las Américas 1995.
- Sachs B, Fretts R, Gardner R, Hellerstein S, Wampler N and Wise P. The Impact of Extreme Prematurity
- Saunders, R., Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units, Pediatrics vol. 111 no. 4 april 2003, pp. e437-e449.
- Reanimación Neonatal. American Herat Association and American Academy of Pediatrics, 4ª edición.
- PEDIATRICS Vol. 111 No. 4 April 2003, pp. e437-e449.
- PEDIATRICS Vol. 111 No. 4 April I 2003, pp. e450-e460.