



Manual para padres con niños prematuros

- Consejos básicos ■ Cuidados
- Alimentación ■ Vacunas
- Prevención ■ Experiencias ...

www.Prematuros.info





Manual para padres con niños prematuros

- Consejos básicos ■ Cuidados
- Alimentación ■ Vacunas
- Prevención ■ Experiencias ...

Editado por:



Ibáñez&Plaza Asociados S.L.

Web: www.ibanezyplaza.com

Mail: ediciones@ibanezyplaza.com

C/ Bravo Murillo, 81 - 4ºC

28020 Madrid

Telf. 91 553 74 62

Diseño y maquetación:

Gabriel Plaza Gajardo

gabriel.plaza@ibanezyplaza.com

Depósito Legal: M-34302-2005

Imprime:

IMGRAF S.L.

Impreso en España.



■ Índice

A) Introducción	9
Prólogo	11
Concepto de niño prematuro	13
Por qué los niños prematuros necesitan cuidados especiales	13
Cómo utilizar este Manual	14
B) Aspectos administrativos y generales	17
Ficha de nacimiento	19
Personas de contacto y teléfonos importantes	20
C) Estancia en la UCIN	21
Durante la estancia	23
Aspecto del niño	23
Cómo debo comportarme	24
Qué posibilidades tiene de sobrevivir	25
Qué posibilidades tiene de sufrir una incapacidad	26
El equipo	26
Nutrición	28
Tipo de alimentación	30
Profesionales sanitarios importantes	31
Problemas de salud	34
Problemas respiratorios	35
Otros problemas de salud	39
Las necesidades de desarrollo del niño prematuro	40
Análisis y tratamientos que pueden ser necesarios	43
Información médica	45
Visitas	48
Innovaciones recientes en la atención al recién nacido	50
Respuestas emocionales de los padres y seres próximos	52
Unidad de Cuidados Intermedios	60

D) El momento de irse a casa63

Cuándo podrá irse a casa	65
Lista de preparativos	65
Lista de medicamentos	68
Hitos de la UCIN	69
Informe clínico de alta	70
Preparar a los hermanos mayores para la llegada del niño prematuro	72
Consejos	73
Cuándo llamar al médico	76
Llame inmediatamente a su médico si su hijo es prematuro	77
Cómo tomar la temperatura	78
Cómo se comportan los niños prematuros	79
Cómo calmar el llanto del prematuro	83
Alimentar al niño prematuro	84
Visitas al médico	88
Exámenes de salud	93
Cómo llevar el registro de crecimiento del niño	94
El concepto de “edad corregida”	95
Vacunas	106
Hitos del desarrollo	109
Algunas dudas	119

E) Problemas de salud más importantes . . .121

Apneas con la alimentación	123
Enfermedad por reflujo esofágico (ERGE)	123
Gastroenteritis	124
Hernia	125
Otitis	125
Virus respiratorio sincitial	126

F) Glosario131

G) Preguntas que se hacen frecuentemente los padres de un niño prematuro143

H) Album fotográfico149

■ Este ejemplar es propiedad de:

NOMBRE

DIRECCIÓN

TELÉFONOS

(Espacio reservado para la foto del niño)

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las siguientes personas por su contribución en la elaboración de este Manual para los padres con hijos prematuros:

Edición Española

Dr. Vicente Roqués

Jefe del Servicio de Neonatología Hospital Universitario La Fe Valencia, España

Sobre una idea de:

Dr. Fernando R. Moya

Profesor Richard W. Mithoff
Director de la División de Medicina Neonatal-Perinatal Departamento de Pediatría Universidad de Texas. Facultad de Medicina de Houston Houston, Texas

Dra. Teresa Murguía de la Sierra

Profesora adjunta de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de México Jefa de la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Hospital de Infantil de México Ciudad de México

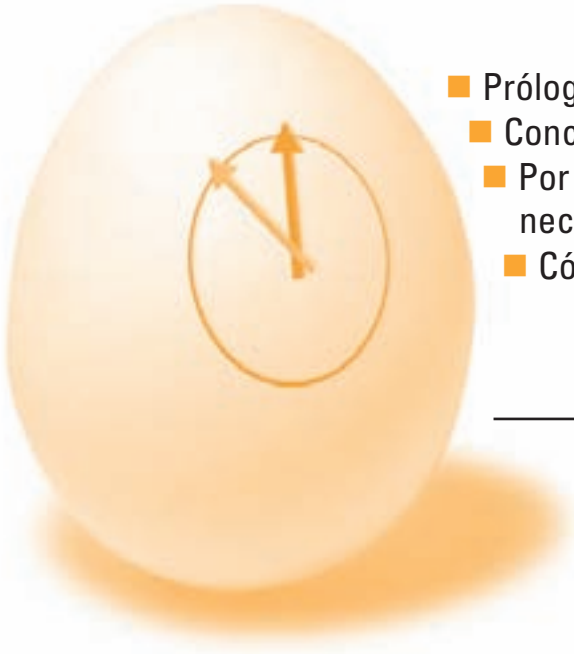
Reimpreso con autorización de "NICU Notebook: A Parent's Journal " de Maureen A. Doolan Boyle, copyright 1999

Amy E. Tracy y Dianne I. Maroney, coautoras del libro " *Your Premature Baby and Child*" (Berkley, 1999) y madres de hijos prematuros.

Maureen A. Doonan Boyle, directora ejecutiva y cofundadora de "Mothers of Supertwins" (MOST), una organización sin ánimo de lucro de ámbito internacional, fundada en 1987 con el objetivo de proporcionar a los padres de trillizos, cuatrillizos o más hijos, información, recursos y apoyo durante el embarazo, lactancia, primera infancia y edad escolar. Maureen es madre de trillizos y dos hijos únicos.

La información prestada en este Manual se ajusta a la que se encuentra en las publicaciones médicas, no debiéndose interpretar como consejos médicos. Se debe consultar al médico respecto a la interpretación y aplicación de cualquier información contenida en este Manual.

■ Introducción



- Prólogo
 - Concepto de niño prematuro
 - Por qué los niños prematuros necesitan cuidados especiales
 - Cómo utilizar este manual
-



■ Prólogo

El nacimiento de un hijo deseado es momento de celebración y fiesta. Para la mayoría de las familias un embarazo normal es motivo de expectación y cambio.

Cuando un gestación acaba prematuramente estas expectativas se quiebran bruscamente. En estos casos los padres y las familias reaccionan de forma muy diversa, influenciada por: la historia de pérdidas de hijos con anterioridad, la significación de ese hijo, traumas emocionales previos, modelo de familia, edad de los padres y situación socioeconómica familiar.

Ante el nacimiento de un hijo prematuro los progenitores tienen que afrontar los siguientes problemas: **a)** la separación que comporta la hospitalización; **b)** la estancia en la Unidad de Cuidados Neonatales; **c)** el proceso de alta.

Estas situaciones son “crisis” que alteran el equilibrio psicológico. En estos momentos los profesionales pueden proporcionarles la información y ayuda emocional para facilitar el proceso de adaptación, reinstaurar el equilibrio y recibir al niño con éxito en la familia.

Durante la hospitalización se procurará que la separación entre padres e hijos sea la menor posible. Se facilitará la entrada a las unidades y se potenciará la comunicación telefónica entre el personal sanitario y los padres. Por otro lado, mientras dure el ingreso los profesionales les proporcionarán información realista y veraz sobre la situación de sus hijos guardando el mayor grado de privacidad. Igualmente los Servicios de Neonatología dispondrán de zonas de estar confortables y de los suficientes espacios para que los padres participen en los cuidados de sus hijos (baño, alimentación, estimulación...).

A lo largo de toda esta difícil etapa los padres en ocasiones se enfrentan dramáticamente al fallecimiento de su hijo y, en otras, a la probabilidad de que sobreviva con secuelas. La experiencia de los equipos médicos de los Servicios de Neonatología hace que estas situaciones se afronten con la menor angustia y el menor sentimiento de culpa posibles. Es aquí donde muchas veces la ayuda de psicólogos entrenados resulta muy útil.



El libro que tienen en sus manos quiere ayudarles a comprender el qué, por qué y para qué del cada vez más complejo entorno hospitalario y hacer que se sientan más seguros, cómodos y confiados en la labor de todo el personal sanitario que cuida a su hijo.

Por último, afortunadamente la mayoría de las veces, tras la larga estancia hospitalaria, los niños pretérmino deben ser dados de alta y abandonar el hospital. El alta, paso previo para llevarse el hijo al hogar familiar, debe ser un proceso programado con los padres, y darse cuando estén preparados para asumirla y siempre que se haya comunicado al pediatra extrahospitalario los cuidados especiales que estos niños necesitan.

La Sociedad Española de Neonatología tiene la satisfacción de presentar y difundir este “Manual para Padres de Niños Prematuros” que surge, como señalábamos anteriormente, de la necesidad de información y apoyo que sienten las familias. Esperamos que su uso ayude a conocer el crecimiento y desarrollo del niño, a formular preguntas y obtener la información necesaria para tomar decisiones correctas. Los neonatólogos españoles y la Sociedad Española de Neonatología donde se integran, esperan y desean que este libro les ayude a criar a sus hijos que fueron grandes prematuros. Al comprender lo que está sucediendo a sus hijos, se sentirán menos desbordados y más cómodos con las rutinas, la terminología y los equipos utilizados en el hospital. El papel del padre o la madre, o mejor todavía el de ambos, es muy importante en la crianza de estos hijos tan vulnerables, donde el amor y la entrega resultan esenciales.

La SEN ve esta obra como un texto abierto a todo tipo de sugerencias e iniciativas, tanto de los padres como de los neonatólogos, con el objetivo último de que su contenido mejore en las próximas ediciones y sea más útil para todos.

Queremos dejar constancia de la importante labor realizada por uno de nosotros, el Dr. Vicente Roqués Serradilla, sin cuya aportación esta obra tal como se presenta no hubiera visto la luz.

V. Roqués Serradilla
A. Martín Ancel
A. Fina Martí
M. García del Río

M. Iriondo Sanz
J. López Sastre
M. Moro Serrano



■ Concepto de niño prematuro

La duración del embarazo se considera normal cuando el parto se produce entre las semanas 37 y 42 (“parto a término”). Cuando el niño nace antes de las 37 semanas se le llama “prematuro o pre-término”. El niño prematuro nace con una “inmadurez” de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) lo que 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; en este caso se trata de un bebé pequeño 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 está en relación a la edad gestacional (duración de la gestación en semanas).

■ Por qué los niños prematuros necesitan cuidados especiales

El niño nacido antes de las 35 semanas de gestación está “inmaduro”, por lo que es frecuente tenga dificultades para controlar su temperatura, su respiración y para alimentarse.

Los cuidados en la Unidad de Neonatología están destinados principalmente a proporcionarles ayuda en estas tres funciones esenciales. Por ello se les coloca en una incubadora o cuna térmica para mantener su temperatura, se les conecta a un respirador o ventilador para ayudarles a respirar y se les alimenta mediante una sonda insertada en una vena o a través de la nariz al estómago.



■ Cómo utilizar este Manual

Este Manual está pensado para que lo utilicen de la forma que mejor se adapte a sus necesidades, facilitándoles su uso y el rápido acceso a la información que precisan. Queremos subrayar la palabra “uso”. Este Manual no está pensado para que sólo lo lean, sino para que lo usen y para ayudarles a manejar los múltiples aspectos de su vida, que les afectan por el hecho de ser madre o padre de uno o varios niños prematuros.

Pueden agregar sus propias páginas, incluyendo una copia del historial médico de su hijo, fotos u otros documentos importantes.

■ Este manual se divide en varias secciones. Esta primera sección **“Introducción”** explica cómo utilizar el Manual e indica la información que podrán encontrar en cada una de las secciones.

■ La sección de **“Aspectos administrativos generales”** proporciona un lugar centralizado donde anotar varios tipos de información, tales como las visitas al médico (se incluye calendario), números de teléfono importantes, mediciones de peso y medicamentos.

■ La sección **“Durante la estancia de su hijo en la UCIN”** proporciona información que les será útil durante el tiempo que su hijo permanezca en el hospital. Incluye una discusión sobre las necesidades especiales del niño prematuro y una descripción de los principales cuidados y tratamientos especiales que necesitará. Además, se tratan las necesidades emocionales de los padres esperando que podamos ayudarles a comprender sus sentimientos y resolver los conflictos que se les pudieran plantear.

■ La sección **“El momento de irse a casa”** proporciona información para ayudarles a preparar el momento de llevar a casa a su hijo y otra información útil acerca de cómo cuidarlo una vez esté en casa. Saber lo que es normal y lo que no lo es, puede ayudarles a sentirse tranquilos al comenzar a cuidar al niño sin la ayuda de personal de neonatología. También explica cómo preparar a los hermanos mayores para la llegada



de su hermano, ayudándoles a adaptarse a los cambios que éste producirá en la familia.

■ En **“Algunas dudas”** se completan ciertas preguntas, no contestadas en otras secciones de este Manual, que suelen hacerse al tener a su hijo en casa.

■ La sección **“Problemas de salud más importantes”** proporciona información acerca del riesgo de problemas de salud que pueden afectar al niño prematuro durante los dos primeros años de vida.

■ En la sección **“Glosario”** se definen muchos de los términos y palabras que oirán mencionar en relación con su hijo prematuro y la UCIN, así como otros recursos que podrán usar, a fin de que la nueva maternidad o paternidad sea una experiencia lo más completa posible.

■ En la última sección **“Preguntas que se hacen frecuentemente los padres de un niño prematuro”** obtendrá el índice detallado de las preocupaciones que pueden tener en relación con su hijo y dónde hallar la respuesta en este Manual.

■ Aspectos administrativos y generales

- Ficha de nacimiento
 - Personas de contacto y teléfonos importantes
-





■ Ficha de nacimiento

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año:

Tarjeta de Asistencia Sanitaria número:

Grupo Sanguíneo: Rh:

Domicilio: calle, plaza, avenida:

Código postal: Municipio:

Provincia:

Teléfonos:

Otros teléfonos:

Otros domicilios:

.....



■ Personas de contacto y teléfonos importantes

Haga varias copias de esta lista importante, lleve una consigo, y ponga otra junto al teléfono.

Hospital: Tlf.

La UCIN: Tlf.

Médico de UCIN: Tlf.

Enfermera de la UCIN: Tlf.

Unidad de Cuidados Intermedios: Tlf.

Médico de UCIP: Tlf.

Enfermera de UCIP: Tlf.

Grupo local de ayuda lactancia materna: Tlf.

Grupo local de ayuda (Asociaciones): Tlf.

Mantenimiento de monitor cardiorrespiratorio/equipo oxígeno:

..... Tlf.

Atención domiciliaria: Tlf.

Servicio de Urgencias a domicilio: Tlf.

Centro de Salud: Tlf.

Su Pediatra: Tlf.

Centro de Toxicología: Tlf.

Otros números de teléfono importantes:

(p.e, otros médicos, ambulancias, etc.) Tlf.

■ La estancia en la UCIN



- Durante la estancia
- Aspecto del niño
- Cómo debo comportarme
- Respuestas emocionales
- Afrontar sus sentimientos





■ Durante la estancia de su hijo en la UCIN

La primera vez que entren en la UCIN posiblemente se alarmen al ver a su hijo rodeado de aparatos y máquinas. Pídanle al médico o la enfermera que les explique la función de cada uno de ellos. Esto les ayudará a sentirse más tranquilos. Es posible traer de su casa uno o dos juguetes blandos o mantas para hacer que la incubadora tenga un aspecto menos desolador.

■ Aspecto del niño

El niño pequeño tiene un aspecto frágil, su piel es todavía inmadura y a través de ella pueden verse los vasos sanguíneos subyacentes. Esto hace que tenga un color rojizo o violáceo. Asimismo puede aparecer “pegajosa” al tacto, amoratarse o cortarse con facilidad. Por esa razón las enfermeras le ponen un gel u otro material protector debajo del esparadrapo para proteger la piel.

La mayoría de los niños muy prematuros pueden tener también una fina capa de vello muy suave llamado lanugo, que les cubre la mayor parte del cuerpo. Irá desapareciendo según crezca el bebé.

La cabeza puede parecer desproporcionadamente grande para el tamaño de su cuerpo y sus brazos y piernas bastante largos. Tienen muy poca cantidad de grasa sobre sus huesos. Sin embargo al ir creciendo desarrollarán más grasa y la cabeza, brazos y piernas adquirirán un aspecto más proporcionado.

No es infrecuente, si es muy prematuro, que tenga los párpados fusionados en el momento del nacimiento; con el tiempo se abrirán. También sus orejas están poco desarrolladas, muy pegadas a la cabeza y con poco o nada de cartilago -el material que les proporciona el armazón elástico-.



Si están plegadas o dobladas, es posible que se mantengan en esta posición durante algún tiempo, lo cual no debe preocuparles. Según crezcan las orejas, formarán cartílago y esto hará que se enderecen al ser tocadas.

Un niño muy prematuro tiene un pene muy pequeño y es posible que los testículos no hayan descendido todavía a las bolsas. Una niña muy prematura tiene un clítoris prominente debido a que los labios circundantes todavía no están desarrollados.

Es frecuente que se mueva poco y cuando lo haga sea con movimientos bruscos a modo de “sacudidas” o “sobresaltos”. Esto sucede porque sus respuestas todavía no están desarrolladas y su coordinación sigue siendo inmadura.

Puesto que el niño prematuro tiene poco tono muscular, tendrá que observarlo atentamente para descubrir los signos que muestran cómo sus músculos están ganando fuerza y coordinación. Es posible que le vea haciendo movimientos espontáneos o doblando un brazo o una pierna. También podrá observar un reflejo de succión al poner el dedo cerca de su boca. A medida que duerme, come y gana peso, su tono y color de la piel irán pareciéndose cada vez más a la de los niños más mayores.

■ Cómo debo comportarme

Es posible que tenga miedo de acariciarlo, al parecerle frágil debido a su pequeño tamaño. Sin embargo es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible. Una vez que se encuentre preparada para acariciarlo, deberá lavarse las manos cuidadosamente, siguiendo las indicaciones de la enfermera, y quizá ponerse bata y mascarilla. Dependiendo de las condiciones de salud del niño, podrá alimentarlo, limpiarlo y ayudar en otros procedimientos de rutina, pero teniendo en cuenta que en ocasiones puede ser necesario limitar la cantidad de estimulación física que recibe. Con el tiempo el personal de enfermería le animará a sujetar al niño sobre las rodillas o el pecho. En algunos hospitales



se anima a los padres a usar el “método canguro”. El contacto piel a piel entre los padres y el niño prematuro puede ayudar a que incluso los más pequeños se relajen y respiren con más facilidad, al tiempo que les estimula a succionar y alimentarse.

Los padres pueden visitar las Unidades de Neonatología según las normas de cada hospital. También pueden hacerlo los parientes más próximos; sin embargo debe pedirse a las personas con enfermedades contagiosas que se abstengan de hacer las visitas.

Si tienen niños mayores en casa es posible que se sientan angustiados por saber cómo está su hermano. Una buena forma de reconfortarlos es hacer fotos al recién nacido y enseñárselas. También pueden sacar fotos de los hermanos mayores y colocarlas cerca de la incubadora. Así los niños mayores podrán identificar al recién nacido cuando lo visiten y ello ayudará a crear un vínculo entre ellos.

En algunos casos, al ir mejorando su estado, se le podrá trasladar a un hospital menos especializado, de modo que esté más cerca de su casa, lo cual es una gran noticia ya que significa que su hijo está progresando y que podrá ver reducido el estrés provocado por tener que desplazarse a un hospital alejado para visitarlo. Probablemente le asalte la duda de si el personal de este hospital pudiera estar menos capacitado para resolver los problemas que puedan surgir, pero piense que el médico cuando decide el traslado considera a este personal totalmente cualificado para dar la atención necesaria a su hijo.

■ Qué posibilidades tiene de sobrevivir

Las posibilidades de que un niño prematuro sobreviva están condicionadas por: la edad gestacional, el peso al nacimiento, la presencia de problemas de salud graves al nacer (respiratorios, cardiacos, infecciosos, malformativos, etc.). De todos ellos el más importante es



la edad gestacional, ya que determina la madurez de los órganos. El límite de ésta va ampliándose cada vez más, de tal forma que en la actualidad se considera viable un recién nacido de 23/24 semanas en adelante. No obstante el médico le informará del pronóstico vital de su hijo en relación con los factores que concurren en él.

■ Qué posibilidad tiene de sufrir una incapacidad

En la mayoría de las ocasiones es difícil, en los primeros momentos, prever una futura incapacidad del niño. Existen factores que aumentan el riesgo (todos aquellos que influyen en la supervivencia del niño), así como otros que se manifiestan en los primeros días o semanas de su estancia en el hospital. El médico, según la evolución de su hijo y los problemas que presente, le irá informando de las posibilidades de secuelas futuras, si bien hay que tener en cuenta que algunas de ellas no se podrán diagnosticar hasta etapas posteriores de la infancia.

■ El equipo

Al ver a su hijo ingresado en la UCIN o en otras salas de hospitalización para recién nacidos es lógico que se sientan impresionados por la cantidad de tubos, cables y aparatos que tiene conectados. La mayoría de ellos nos van a dar información sobre su estado (monitores), o están alimentándolo (infusiones intravenosas y sondas), o permiten obtener muestras de sangre sin causar dolor (catéteres en los vasos del ombligo) o le permiten respirar (ventiladores o respiradores) mediante un tubo que facilita la llegada de aire a los pulmones (tubo endotraqueal).



Los monitores son indoloros y están pegados a la piel, dan información precisa y continua a los médicos y enfermeras de la situación de su hijo, avisándoles mediante alarmas de luz y sonido cuando existe alguna alteración. Los que su hijo puede tener en este momento son:

■ Monitor de frecuencia cardíaca y respiratoria, que mediante tres alambres que unen el aparato con la piel de su hijo (en el pecho, abdomen y brazos o piernas) dice cómo es el ritmo cardíaco y respiratorio del niño.

■ Pulsioxímetro: mide continuamente la oxigenación de la sangre y permite regular la cantidad de oxígeno que el niño necesita. En este caso ponemos una luz en la palma, pie, dedo o muñeca, que se sujeta con una cinta adhesiva, la cual se une al aparato mediante un cable. En ocasiones forma parte del monitor de frecuencia cardíaca y respiratoria.

■ Monitor de oxígeno y/o dióxido de carbono transcutáneo: mide de forma continua la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono de la piel mediante un objeto circular pequeño (sensor) que se aplica en la piel, la cual calienta para obtener la medición; por ello es frecuente que ésta esté enrojecida cuando se retira el sensor.

■ Monitor de presión sanguínea: también puede ser parte de un monitor de frecuencia cardíaca-respiratoria y pulsioximetría. Nos mide la presión arterial periódicamente mediante un manguito puesto en el brazo o pierna del niño. En ocasiones es necesario colocar un catéter (tubo pequeño) en una de las arterias del niño para tener una medida más exacta.

■ Monitor de temperatura, para medir la temperatura del niño y regular el calor que existe dentro de la incubadora o cuna térmica.

■ Monitor de apnea: nos informa de la existencia de una parada respiratoria mayor de 15 segundos. Se utiliza en las salas de hospitalización en niños que han salido de la UCIN pero con riesgo de presentar paradas respiratorias.

■ Catéter en la vena o arteria umbilical: es una especie de tubo pequeño que se introduce dentro de la vena o arteria umbilical para obtener sangre de forma indolora y ocasionalmente introducir medicamentos o líquidos.



■ Nutrición

En los niños prematuros la inmadurez de los reflejos de succión y deglución impide que puedan satisfacer inicialmente sus necesidades de agua y nutrientes. Muchos de ellos gastarían mayor cantidad de calorías en el proceso de succionar y deglutir de la que podrían asimilar. Por este motivo recibirán sus primeras calorías por vía intravenosa (i.v.). Al principio lo que recibirán es agua con glucosa, que portará calorías, y si en los días sucesivos no se les puede alimentar por vía digestiva se irán añadiendo proteínas, grasas, vitaminas y minerales a los fluidos que reciben por vena. Es lo que se llama “nutrición parenteral total (NPT)”, con la que se tiene asegurado el alimento completo para su crecimiento.

Otra forma de iniciar su alimentación es a través de un tubo o sonda, que a través de su boca o nariz llega al estómago. En este caso se puede dar la leche como alimento: es la alimentación por sonda.

Las vías intravenosas y las sondas de alimentación constituyen un método estándar. Aunque pudiera parecer que causan dolor, sólo causan molestias o un pequeño dolor durante el breve periodo de tiempo que supone su colocación compensando con creces el beneficio que proporcionan.

A medida que crece el niño se irán desarrollando sus reflejos naturales de succión y deglución. En ese momento será capaz de alimentarse de forma normal mediante la lactancia materna o la lactancia artificial con biberón.

Técnicas de alimentación

■ **A) Alimentación intravenosa.** Se pueden utilizar una o varias de las siguientes técnicas para su administración:

Vía periférica. Consiste en insertar una aguja fina en una vena próxima a la piel, ya sea en el cuero cabelludo, la pierna, el pie, el brazo o la mano del niño.



Vía umbilical. En este caso se coloca un tubo fino (catéter) dentro de la arteria o vena del cordón umbilical.

Vía central. En esta vía se inserta quirúrgicamente un catéter dentro de un vaso principal de la axila o la ingle que llega hasta cerca del corazón. Otro sistema más utilizado y que no precisa cirugía es la colocación de un catéter largo y fino dentro de una vena del brazo o pierna y se hace llegar hasta la vena cava superior. Es lo que se llama “**epicutáneo-cava**”, lo que nos permite dejarlo colocado durante largos periodos de tiempo. Al igual que la vía umbilical, permite un fácil acceso para la realización de procedimientos, como la obtención de pruebas de laboratorio.

■ **B) Alimentación por sonda.** Puede ser la forma inicial de alimentación en algunos niños prematuros.

En este tipo de alimentación, cantidades cuidadosamente medidas de alimento (su propia leche materna extraída, una fórmula especialmente diseñada para prematuros o mezcla de la leche materna y fórmula o con un fortificante de la leche materna) se suministran directamente al estómago a través de un tubo o sonda, donde son procesados por el propio aparato digestivo del niño.

La alimentación por sonda se inicia lentamente y en pequeñas cantidades, a fin de ir ayudando progresivamente a que el aparato digestivo del niño comience a funcionar. A continuación se describen las principales técnicas de administración de este tipo de alimentación.

Sonda nasogástrica (NG). Se inserta una sonda flexible en la nariz del niño y se pasa por el esófago hasta el estómago.

Sonda orogástrica (OG). Con esta técnica se introduce una sonda flexible en el estómago del niño a través de la boca y el esófago.

Sonda nasoyeyunal (NY). Esta sonda se inserta en la nariz del niño y se pasa por el esófago y el estómago hasta el yeyuno, para suministrar los alimentos directamente en la primera parte del intestino.

Sonda de gastrostomía. En raras ocasiones se emplea este tipo de sonda, sólo en niños con problemas quirúrgicos o que precisan ser alimentados por periodos prolongados. Estas sondas se insertan quirúrgicamente en el estómago a través de la pared abdominal.



De forma gradual se irá incorporando la leche materna o el biberón por succión. Hasta este momento se le dará un chupete en forma de tetina para que se acostumbre a succionar y tragar mientras recibe la alimentación por sonda. De este modo aprenderá a asociar el acto de succionar con la toma de alimentos y estará mejor preparado para alimentarse sin ayuda.

■ Tipo de alimento

Inicialmente se alimentará con una mezcla de azúcares y minerales, proteínas simples y vitaminas. Esta mezcla de alimentos se ajustará para que se adapte a las necesidades exactas del niño, modificándose a diario si fuera preciso. Progresivamente se irán agregando proteínas más complejas, minerales y vitaminas. Es posible que las grasas o lípidos se administren por separado, dependiendo de las necesidades del niño.

La técnica para administrar todas las necesidades energéticas por vía intravenosa se denomina nutrición parenteral total o NPT. Se utiliza cuando el aparato digestivo del niño es demasiado inmaduro y no puede realizar todavía las funciones necesarias para su crecimiento.

Leche materna. Si está pensando en amamantar a su hijo, asegúrese de comunicárselo a su médico y al personal de la UCIN. Al principio es posible que no pueda mamar de su pecho, pero su leche es un alimento muy importante para él. Por ello tendrá que comenzar a exprimir la leche de sus mamas poco después del nacimiento. Deberá exprimir las con mucha frecuencia (al menos 8 veces al día y hasta 12 veces si es posible) durante la primera semana después del nacimiento. Lo ideal es que su hijo sea alimentado con leche fresca (no congelada) con la máxima frecuencia posible.

Pida ayuda a las enfermeras y/o personal de lactancia para que le instruyan sobre los métodos correctos de expresión, almacenamiento y transporte de la leche materna.

El médico y las enfermeras le indicarán cuándo el niño puede mamar



directamente del pecho. Tenga en cuenta que se requiere más trabajo y paciencia. Es posible que mame despacio y que necesite hacer pausas durante el tiempo de mamada.

Fórmula. Cuando no es posible la lactancia materna, estos niños deben recibir fórmulas diseñadas especialmente teniendo en cuenta las necesidades específicas de los niños prematuros. Estas leches tienen más calorías y una cantidad superior de proteínas, calcio, fósforo, zinc y magnesio, una cantidad reducida de lactosa y de un 20 a un 50% de la grasa en forma de ácidos grasos de cadena media. El niño prematuro tiene que tomar este tipo de leches después del alta hospitalaria hasta que llegue a un peso próximo al peso normal al nacimiento (alrededor de los 3.000 gm).

Fortificantes de leche de madre. Existen también leches para prematuros llamadas “fortificadas” o para recién nacidos de bajo peso. Estas leches proporcionan unos aportes de calorías, proteínas, calcio y fósforo intermedio entre las leches específicas para prematuros y las fórmulas e inicio para recién nacidos a término. Se recomienda que los niños prematuros tomen esta alimentación después de haber tomado leches específicas para prematuros o lactancia materna. Además deberían mantenerse por lo menos durante 6 meses y preferiblemente hasta el año de vida.

■ Profesionales sanitarios importantes

■ **El Obstetra:** es el médico que le atendió en el embarazo y el parto. Manténgase en contacto con él para consultarle los cambios o dudas que tenga en cuanto a su recuperación.

■ **El Neonatólogo:** es un pediatra especialmente adiestrado en el desarrollo, las enfermedades y el cuidado del recién nacido.



■ La estancia en la UCIN ■

- **El Residente:** es un médico que está formándose para hacerse pediatra, siempre bajo la supervisión de un médico de plantilla neonatólogo.
- **El Pediatra:** puede ser conveniente que antes de que su hijo reciba el alta hospitalaria pueda hablar con el personal de neonatología para conocer mejor los problemas que ha tenido y no depender exclusivamente del informe de alta cuando usted acuda con su hijo a la primera visita en la consulta.
- **La Enfermera de Neonatología:** es una enfermera que ha recibido una formación especial en el cuidado del recién nacido. Trabaja en estrecha colaboración con el médico para asegurarse que el niño recibe el tratamiento y cuidados necesarios. Puede responder a muchas de sus preguntas sobre la UCIN y los problemas médicos de su hijo.
- **El Auxiliar de Clínica:** es una profesional que ayuda a la enfermera en el cuidado de los recién nacidos y que puede enseñarle como manejarlo.
- **El Trabajador Social:** es la persona que puede ayudarle en los problemas no médicos. Su misión es darle apoyo e información, como puede ser sobre prestaciones sanitarias a las que tiene derecho (por ejemplo por desplazamiento, discapacidad, etc.).
- **Asesores de lactancia materna:** pueden ser una persona o grupo que ayudan a las madres a amamantar a sus hijos ingresados antes del alta hospitalaria. Pueden informarle sobre todo lo necesario para garantizar una buena lactancia materna. También le informarán sobre el uso de extractores eléctricos y cómo obtenerlos, conservación de la leche, medidas de higiene, etc.
- **Grupos de apoyo hospitalario:** en algunos hospitales existe la Asociación de Padres de Niños Prematuros que puede ayudar a los miembros de la familia a afrontar el nacimiento reciente y los problemas que plantea con sus propias experiencias.



- **Fisioterapeuta:** es el profesional especializado en la valoración y tratamiento de los problemas de tono muscular y movimientos de los niños prematuros. Le aconsejará sobre las posturas óptimas del niño para descansar y las formas de sujetarle según se desarrolle su tono muscular y sistema nervioso. También sobre las diferentes formas de estimularle durante su estancia en el hospital y al llevarse a su casa.
- **Cardiólogo:** es un médico especializado en problemas cardiacos. Él recomendará la monitorización, tratamiento o intervenciones quirúrgicas que sean necesarias si su hijo presenta algún problema de corazón.
- **Neurólogo:** es un médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del cerebro y sistema nervioso. Si su hijo tiene complicaciones que los afecten, él determinará la mejor forma de asistirlo y tratar el problema.
- **Oftalmólogo:** es un médico especialista en la valoración y tratamiento de los problemas oculares.
- **O.R.L.:** es un médico especialista en la valoración de la audición.
- **Nutricionista/Dietista:** es un profesional experto en la valoración de las necesidades nutricionales y la prescripción de una dieta adecuada. Puede recomendarle técnicas de alimentación especiales para asegurar una nutrición correcta.
- Existen otros especialistas que pueden tratar a su hijo si sufre algún problema particular, tales como el **Nefrólogo** (si tiene problemas de riñón y/u orina), el **Gastroenterólogo** (si tiene problemas intestinales), el **Endocrinólogo** (si son de las glándulas o las hormonas), el **Hematólogo** (si son problemas relacionados con la sangre), etc.



■ Problemas de salud

La mayor parte de los niños prematuros sufren problemas de salud especiales. En la siguiente tabla se indican algunas de las enfermedades o trastornos que pueden afectar a su hijo, así como el momento de su posible aparición y frecuencia.

ENFERMEDAD O TRASTORNO	FRECUENCIA	LUGAR HABITUAL DE APARICIÓN Y TIEMPO HASTA SU RESOLUCIÓN
<ul style="list-style-type: none">■ Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN)■ Ictericia■ Tensión baja■ Nivel bajo de azúcar en sangre■ Anemia■ Apnea y bradicardia■ Síndrome de distrés respiratorio (SDR)	Afecta a muchos recién nacidos prematuros	Comienza y se resuelve antes del alta de la unidad neonatal pero puede precisar tratamiento posterior
<ul style="list-style-type: none">■ Retinopatía de la prematuridad (ROP)■ Persistencia del conducto arterioso (PCA)■ Enterocolitis necrosante (ECN)■ Enfermedad pulmonar crónica (EPC)/Displasia broncopulmonar (DBP)■ Sepsis	Afecta a los prematuros de menor tamaño	Comienza en la unidad neonatal, pero a menudo precisa tratamiento después del alta
<ul style="list-style-type: none">■ Infección por el virus respiratorio sincitial (VRS)	Afecta a muchos recién nacidos prematuros	A veces comienza en la unidad neonatal, aunque habitualmente aparece después del alta hospitalaria



■ Problemas respiratorios

Los pulmones del niño prematuro de muy pequeño tamaño no están totalmente desarrollados, por lo que cabe esperar que serán necesarios muchos ajustes y un soporte adicional hasta que maduren. A continuación enumeramos algunos trastornos respiratorios frecuentes y los tratamientos que pueden ser aplicados por el personal de la UCIN para asistir la respiración de estos niños.

Síndrome de distrés respiratorio (SDR). Se conoce también como enfermedad de las membranas hialinas. Este trastorno es frecuente entre los recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecerlo. Los pulmones inmaduros no producen suficiente cantidad de surfactante -una sustancia similar a un detergente que reviste los pequeños sacos aéreos (alvéolos) de los pulmones y que permiten que estos se abran y se cierren. Si estos diminutos sacos no se abren con facilidad, los pulmones no pueden llenarse de aire y hacer llegar el oxígeno necesario al torrente sanguíneo. Se manifiesta con respiración rápida, retracciones de las costillas y el centro del tórax con cada respiración, gruñido o quejido con cada respiración y ensanchamiento de la nariz al respirar. A muchos niños prematuros se les administra el agente surfactante después del nacimiento directamente en los pulmones, para suplementar el propio surfactante natural del niño y aliviar los síntomas del SDR. También se trata con oxígeno suplementario, con presión positiva en la vía aérea (CPAP) o mediante asistencia respiratoria con un ventilador o respirador.

Apnea. A menudo estos niños tienen una respiración irregular. Por ejemplo es posible que después de hacer varias respiraciones rápidas la interrumpan durante unos segundos y después comiencen a respirar de nuevo con una frecuencia normal. Si las pausas respiratorias duran más de 15-20 segundos, se denominan apnea. Con frecuencia se acompañan de descen-



so de la frecuencia cardíaca con flacidez muscular y cambio de color a pálido o azulado. Es lo que se denomina “síndrome apneico-bradicárdico”. Es debido a una falta de madurez de los centros de la respiración situados en el cerebro del niño. Es más frecuente cuanto más inmaduro y durante el sueño. Va disminuyendo con el tiempo, a medida que va madurando y llega a desaparecer cerca de la edad del nacimiento previsto del niño. El tratamiento habitual de un episodio de apnea consiste en frotar suavemente o darle golpecitos en el brazo o la pierna para “recordarle” que respire. También existe un medicamento que ayuda a mantener una respiración regular. Si a pesar de estas medidas no desaparece la apnea, es posible que se le ventile con respirador (aparato que ayuda a respirar con regularidad) o se le aplique presión positiva continua a la vía aérea (CPAP).

Fugas de aire. Una fuga de aire del pulmón del niño se puede producir debido a la rotura de uno o varios alvéolos, permitiendo la salida de aire a los espacios que rodean los tejidos pulmonares. Las fugas de aire se producen fundamentalmente en los niños prematuros o en aquellos en los que los pulmones no están totalmente maduros.

El aire puede acumularse en el espacio que hay entre el pulmón y la pared torácica (lo que se denomina neumotórax). La fuga de aire también puede penetrar en el espacio situado en el centro del tórax y ocupado por el corazón y los grandes vasos (neumomediastino). Otro trastorno que también puede producirse es por la salida de aire fuera de los alvéolos a los tejidos pulmonares (enfisema intersticial pulmonar).

Displasia broncopulmonar (DBP) o enfermedad pulmonar crónica (EPC). Pueden sufrirla tanto los niños que tienen problemas pulmonares complicados con SDR como los de muy pequeño tamaño que precisan oxígeno y tratamiento con respirador (por síndrome apneico, por ejemplo). Esta enfermedad aparece cuando los alvéolos de los pulmones del niño resultan dañados por los productos de desecho formados por la descomposición del oxígeno en los pulmones. Como consecuencia de ello se produce como una especie de cicatrices en el tejido del pulmón que



comprimen los bronquios y dificultan la respiración, por lo que una cantidad insuficiente de oxígeno llega a los tejidos. Los síntomas son una respiración rápida y con dificultad, “pitos” al respirar y/o ruidos de crepitación en la auscultación. Se suele establecer el diagnóstico cuando continúa precisando oxígeno un mes antes de la fecha inicialmente prevista del parto. El tratamiento consiste en un soporte respiratorio continuo, una buena nutrición con calorías adicionales para el crecimiento, el control del líquido excesivo y medicación. Algunos niños con EPC pueden requerir oxígeno suplementario durante mucho tiempo después del nacimiento e inclusive cuando están en casa después del alta hospitalaria. Con el tiempo y una atención constante los niños con DBP suelen superar sus problemas pulmonares.

Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN). Se manifiesta como una respiración rápida que mejora progresivamente en las primeras horas o días después del nacimiento y no reaparece. Se debe a que la reabsorción del líquido presente en los pulmones fetales es más lenta en el niño prematuro que en los recién nacidos a término y es más frecuente en los que nacen tras cesárea. Los síntomas son similares a los del SDR; en las primeras horas se pueden confundir ambas enfermedades. El tratamiento consiste en la administración de oxígeno suplementario en la incubadora o tienda, o ventilación con presión en la vía aérea (CPAP).

■ Métodos de ayuda respiratoria

Se indican en este apartado algunas de las distintas técnicas y equipos utilizados en la UCIN para asistir la respiración del niño. Las características especiales de su hijo determinarán cuál de estas técnicas puede ser más beneficiosa.

Tienda de oxígeno. Se utiliza en niños con dificultad respiratoria leve. Tiene el aspecto de una campana de plástico transparente que se coloca sobre la cabeza del niño y se bombea oxígeno suplementario a la campana en función de las necesidades de éste.



Cánula nasal. Es un tubo de plástico conectado a un dispositivo capaz de suministrar una cantidad controlada de oxígeno suplementario. El tubo tiene dos tubos más pequeños que se colocan en los orificios de la nariz del niño, fijándose después para que no se mueva. A través de la cánula nasal se suministra aire con oxígeno suplementario a la vía aérea.

Tubo endotraqueal. Es el tubo que se coloca en la nariz o boca hasta la tráquea para conseguir que el aire llegue directamente a los pulmones bien desde un ventilador o un sistema de presión continua a vías respiratorias.

Presión positiva continua a la vía aérea (CPAP). Es un sistema de ayuda a la respiración del niño que aplica oxígeno o aire a una presión continua mediante una cánula nasal o bien un tubo endotraqueal para mantener abiertas las vías respiratorias.

Ventilación mecánica. Utiliza siempre un tubo endotraqueal que se conecta a un respirador. Esta máquina regula el flujo del aire y del oxígeno, así como la presión de aire que entra y sale de los pulmones. La frecuencia respiratoria, el flujo de oxígeno y la presión se controlan mediante ajustes programados por los médicos o el personal de enfermería. Algunos de los niños pueden beneficiarse del uso de la “ventilación de alta frecuencia”, en la que se hace respirar al niño hasta 900 veces por minuto, lo que produce una vibración casi continua del tórax y mantiene los pulmones constantemente llenos de aire.

Tubos torácicos. Cuando se produce un neumotórax a veces se inserta un tubo en el tórax del niño. Este tubo se conecta a un dispositivo bajo agua o de succión, que aspira el aire permitiendo que el pulmón se expanda.



■ Problemas cardiacos

Persistencia del conducto arterioso (PCA). En el feto el conducto vascular que une la arteria pulmonar con la aorta se llama conducto arterioso. Esta comunicación es necesaria antes del nacimiento, pero normalmente se cierra en las primeras horas o días después del parto. En los prematuros de pequeño tamaño es posible que no se produzca el cierre de este vaso, dando lugar a una alteración denominada persistencia del conducto arterioso. Si eso sucede, la cantidad de sangre que va del corazón a los pulmones y la que va de estos al corazón aumenta, lo que produce dificultad para respirar e insuficiencia cardiaca. Si esto sucediera, el médico prescribirá un medicamento para cerrarlo. Si este tratamiento no tiene éxito, algunas veces es necesaria una intervención generalmente muy sencilla, para cerrar este conducto.

■ Problemas neurológicos

Hemorragia intraventricular (HIV). Es un trastorno producido por la inmadurez de los tejidos que soportan los vasos de sangre y la fragilidad de estos vasos que existen en los ventrículos del cerebro. Como consecuencia de esto cualquier cambio en la presión de la sangre a este nivel hace que se rompan los vasos sanguíneos y se produzca una hemorragia dentro o alrededor de los ventrículos cerebrales.

Dependiendo de su extensión se clasifican en I, II y III, siendo esta última, junto con la presencia de sangre en el tejido cerebral, la más grave y la que puede ocasionar daños cerebrales en el futuro. Los grados I y II suelen no tener importancia. Cuando se produce, no existe tratamiento concreto, sólo la observación y control con ecografías para valorar si se complica con una obstrucción del líquido que baña el cerebro y el consecuente aumento del tamaño de la cabeza. En este caso Pueden realizarse



punciones lumbares para sacar parte del líquido y aliviar la presión o una intervención quirúrgica con el fin de derivar el líquido cefalorraquídeo de los ventrículos al abdomen. Con el uso de medicamentos que la previenen, en la actualidad es poco frecuente.

■ Otros problemas de salud

Ictericia o hiperbilirrubinemia. Es la coloración amarilla de la piel producida por el acúmulo de un pigmento de la sangre llamado bilirrubina. Esta se forma por la descomposición de los hematíes y normalmente es procesada en el hígado antes de ser eliminada al intestino. El niño prematuro tiene hematíes más frágiles y un hígado no suficientemente desarrollado para procesar la bilirrubina con suficiente rapidez. Aumentos pequeños de bilirrubina no son dañinos; cuando son altos pueden dañar el cerebro. Por ello se va a medir con frecuencia la bilirrubina del niño (mediante un aparato que lo hace a través de la piel o bien mediante análisis de sangre). El tratamiento se hará mediante focos de luz (fototerapia) que transforma la bilirrubina en la piel del niño a sustancias no tóxicas. Durante su tratamiento se cubren los ojos del niño para evitar que se dañen por el exceso de luz.

Tensión baja. Los niños prematuros desarrollan a menudo hipotensión inmediatamente después del nacimiento. Esta puede deberse a pérdida de sangre antes o después del parto, pérdida de líquidos después del nacimiento, infecciones o medicamentos administrados a la madre antes o durante el parto, y en ocasiones se presenta en niños con SDR sin que se conozca la causa. Entre los tratamientos se encuentra la administración de líquidos, medicamentos para aumentar la presión sanguínea y la transfusión de sangre.



Problemas con la glucosa en sangre. En los niños prematuros la cantidad de glucosa en la sangre puede ser demasiado alta (hiperglucemia), o demasiado baja (hipoglucemia), lo que es más frecuente. Ambos trastornos perjudican al niño por lo que deben hacerse controles frecuentes del nivel de glucosa en sangre en los primeros días de vida y/o cuando estén recibiendo fluidos intravenosos. En la mayoría de los casos se puede corregir fácilmente el nivel de azúcar en sangre aumentando o disminuyendo la cantidad de glucosa en los líquidos i.v. administrados al niño.

De forma excepcional, en casos de hiperglucemia persistente, se administrará insulina. El hecho de que su hijo tenga problemas con el azúcar en sangre en esta fase no implica que desarrollará diabetes más adelante.

Anemia. Es una disminución del número de células rojas de la sangre (hematíes) muy frecuente en los niños prematuros. Esto es debido a que sus hematíes tienen una vida más corta, no producen muchos hematíes nuevos en las primeras semanas después del nacimiento y se extraen muestras de sangre para su uso en pruebas de laboratorio esenciales. El tratamiento de la anemia puede implicar la transfusión de sangre o de medicamentos que aumentan la producción de hematíes (eritropoyetina). La anemia persistente se tratará con suplementos de hierro en gotas y vitaminas.

Retinopatía de la prematuridad (ROP). Es producida por un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en la retina. Es más común en niños muy prematuros, sobre todo si nacen con una prematuridad superior a 12 semanas. Junto a la prematuridad el oxígeno es el factor más importante en su desarrollo. Por ello se controla cuidadosamente el oxígeno que el niño recibe con los monitores. Todos los niños con riesgo de ROP son revisados por el oftalmólogo a partir de las 4-6 semanas de vida y se siguen con regularidad hasta que los vasos sanguíneos se han desarrollado normalmente. Si el oftalmólogo observa cualquier desarrollo anormal, decidirá si va a ceder de manera espontánea o necesita tratamiento, que puede incluir la cirugía para detener el crecimiento adicional de los vasos anormales y evitar problemas visuales e inclusive la ceguera.



Enterocolitis necrotizante (ECN). Es una inflamación que causa destrucción de cantidades variables de intestino. La causa es desconocida aunque se sabe que influyen factores como la infección y la inmadurez del flujo de sangre intestinal. Es una enfermedad muy grave que se manifiesta con signos generales de malestar, vómito verde después de las tomas, abdomen hinchado, abdomen enrojecido o de color anormal y sangre en heces.

En caso de sospecharse que el niño sufre este trastorno el médico interrumpirá la alimentación e iniciará alimentación intravenosa. Se le colocará una sonda en el estómago para vaciar de aire y líquidos el estómago e intestino. Se le harán radiografías del abdomen para conocer la extensión de la lesión y análisis frecuentes de sangre. Se tratará con antibióticos y se controlará su evolución. La mayoría de los casos de niños con ECN se recuperan y no sufren problemas adicionales. Sin embargo, en algunos casos puede requerir cirugía u ocasionar problemas intestinales en el futuro.

Infección. El niño prematuro es susceptible de infectarse más fácilmente que el niño maduro al tener un sistema inmunológico poco desarrollado, recibir menos defensas de su madre durante el embarazo y tener con frecuencia catéteres en sus venas junto a tratamientos diversos que disminuyen sus defensas. Las infecciones que puede presentar son de varios tipos: generalizada o en la sangre (septicemia), a nivel del líquido que rodea el cerebro (meningitis), en los pulmones (neumonía), orina (infección urinaria), huesos y articulaciones (osteoartritis) y en la piel (absesos).

Los síntomas que presenta a veces no son muy claros, como menos actividad, más apneas, cambios de color, mala regulación de la temperatura, intolerancia a los alimentos, problemas con la respiración. Cuando el médico sospecha la existencia de una infección, va a obtener muestras de sangre, líquido cefalorraquídeo y orina para comprobar si existen bacterias en ellas. También hará análisis de sangre para valorar otros indicadores de infección. Iniciará tratamiento con antibióticos hasta conocer los resultados y valorar el cambio a otro antibiótico más eficaz, si fuera necesario.



■ Las necesidades de desarrollo del niño prematuro

Aunque se va a pasar la mayor parte del tiempo durmiendo, en el interior de su pequeño cuerpo se estarán realizando muchas “actividades”. Mientras duerme está creciendo y desarrollándose.

Cambios de postura. Los niños muy prematuros no pueden cambiar su postura por sí mismos, no tienen la fuerza muscular que el recién nacido a término para controlar sus movimientos, por eso suelen estar con los brazos extendidos más que doblados o flexionados. Si esta postura se mantiene durante mucho tiempo, puede conducir a rigideces y afectar su desarrollo motor. Por este motivo y para estimular su crecimiento y desarrollo, las enfermeras lo moverán para colocarlo en distintas posturas.

Una de las posturas es sobre su abdomen o boca, ambas de costado con brazos y piernas dobladas, rodeado de almohadillas o mantas enrolladas como si fuera un “nido”, con las manos libres para que pueda alcanzar su cara, chuparse los dedos. Esto le hace más seguro, de un modo muy parecido a como se encontraba dentro del útero.

Es posible que el fisioterapeuta ayude a las enfermeras de UCIN a decidir cuánto se debe mover y cuáles son las posturas idóneas para él. Este terapeuta observará cómo el niño utiliza sus músculos y decidirá la mejor forma de “ejercitarlos” para favorecer su desarrollo a largo plazo.

Entorno. El niño prematuro se irá dando cuenta poco a poco de su entorno en la UCIN. Mientras se desarrollan sus sentidos, el entorno óptimo es un ambiente tranquilo, con ruidos y luces atenuados, disminuyendo las veces que se le inquieta y con tratamientos menos estresantes, para que reciba la cantidad justa de estimulación.

Por el contrario, una estimulación excesiva puede desperdiciar una energía valiosísima. En el entorno idóneo se conserva el calor, la energía,



el oxígeno y la humedad para favorecer el mejor crecimiento posible.

Existen métodos para mejorar el entorno del niño, como son el “agrupamiento de cuidados” que consiste en realizar, de una sola vez, el mayor número posible de procedimientos necesarios. De este modo no se molestará tantas veces al niño como si se hubieran realizado de uno en uno. Otro es “la hora tranquila” en que se amortiguan las luces por unas horas y no se molesta al niño, a menos que exija un procedimiento urgente.

Riesgo de infecciones. Todas las personas que se acercan al niño llevan consigo gérmenes. Todos los objetos que le rodean y cada persona de su entorno -el personal del hospital, los padres y las visitas- plantean algún riesgo de transmisión de infecciones al niño, muy sensible en esta etapa. Su sistema inmunológico todavía está muy poco desarrollado. Los recién nacidos muy pequeños tienen poca capacidad para combatir las infecciones y son propensos a contraer enfermedades infecciosas de su entorno próximo. El riesgo de infección por la exposición a gérmenes se ve incrementado también por la necesidad de colocarle vías intravenosas y sondas.

Por este motivo es extremadamente importante que se lave las manos cuidadosamente con jabón antes de visitar a su hijo, aún cuando no piense tener contacto físico con él (siga rigurosamente las indicaciones del personal de la sala en cuanto a la forma de lavarse las manos). Si cree que puede estar acatarrado o que tiene algún tipo de infección respiratoria, pídale a la enfermera una mascarilla antes de acercarse a él. Es posible que le pidan que se ponga una bata especial encima de su ropa

Recuerde que los gérmenes son invisibles. El agua sola no los elimina, pero sí el agua con jabón. Incluso si antes se ha lavado las manos varias veces durante el día, debe volver a lavárselas inmediatamente antes de visitar a su hijo. Cuando lleve poco tiempo, el hábito de lavarse las manos para proteger a su hijo de las infecciones se hará automático.



■ Análisis y tratamientos que pueden ser necesarios

Se incluyen procedimientos y tratamiento que el personal hospitalario podrá utilizar como parte de los cuidados de su hijo prematuro.

■ Análisis de sangre

Se efectúan muchos análisis de sangre para recoger información sobre el estado del niño. Se realizarán análisis de los gases en sangre para conocer los niveles de oxígeno y de dióxido de carbono para controlar el estado funcional de sus pulmones. Es posible que se realicen cultivos de la sangre (hemocultivos) para comprobar si tiene infección. Estos análisis se utilizan también para saber si tiene anemia (hemoglobina o hematocrito), conocer los niveles de azúcar en la sangre (glucemia), el equilibrio químico (electrolitos), el nivel de ictericia (bilirrubina) de la sangre. Para todos estos análisis se extrae una pequeña muestra de sangre a través de una vía central, una arteria, una vena o pinchando en el talón.

■ Análisis de orina

Se puede recoger la orina colocando una bolsa de plástico especial sobre la zona genital del niño. También se puede insertar un catéter en la vejiga para extraer la orina o punciones de ésta a través de la piel. Estos análisis se realizan para detectar bacterias u otros componentes y para controlar la cantidad de orina del niño.

■ Transfusión

En los niños prematuros de pequeño tamaño se realizan un gran número de análisis de sangre. Esto unido a una capacidad limitada para producir nuevas células sanguíneas ocasiona una disminución importante de los glóbulos rojos. Por este motivo las transfusiones son frecuentes en la UCIN. En una transfusión se administra sangre o productos sanguíneos al



niño mediante una vía intravenosa. Esto sirve para ayudar a la transferencia de oxígeno a los tejidos. Antes de realizar una transfusión se comprueba que los productos sanguíneos son compatibles con el niño y que están libres de infecciones.

■ Exploración ocular

Los prematuros con peso inferior a 1.500 grs. al nacer y aquellos con peso superior pero que sean considerados de alto riesgo por el neonatólogo serán explorados por el oftalmólogo cuando cumplan 6 u 8 semanas de vida. Estos exámenes se suelen repetir a intervalos regulares hasta que haya finalizado el crecimiento de los vasos del ojo. Durante el examen se dilatarán (agrandarán) las pupilas del niño con gotas oculares para permitir observar mejor la retina o parte posterior del ojo.

■ Pruebas auditivas

Suelen efectuarse antes de que el niño sea dado de alta del hospital. Si se obtiene algún resultado dudoso, serán necesarias pruebas adicionales.

■ Radiografías

Es posible que se efectúen radiografías para ayudar a los médicos a evaluar el estado de los pulmones u otras estructuras internas del niño. En ocasiones pueden ser numerosas porque la enfermedad del niño así lo requiera.

■ Ecografía y ecografía craneal (EC)

La ecografía es una técnica que utiliza los ecos sonoros para formar imágenes bidimensionales. Se utiliza como técnica indolora para evaluar las estructuras internas y el flujo sanguíneo del niño.

Se utiliza con frecuencia para valorar la presencia de lesiones cerebrales de forma periódica, especialmente en los niños sometidos a ventilación mecánica con presiones altas. A menudo se puede realizar al pie de la incubadora o cuna, con equipo portátil.



■ Tomografía computarizada (TC)

Es una técnica que utiliza un haz estrecho de radiación (rayos X) para valorar las estructuras internas. Se rota el haz alrededor del cuerpo del niño al tiempo que un ordenador construye una imagen de las estructuras internas del cuerpo. Entre otros usos es útil para diagnosticar hemorragia o exceso de líquidos en el cerebro.

■ Resonancia magnética (RM)

Es otra técnica que ayuda a los médicos a valorar el estado de los órganos internos del niño. Esta técnica se basa en la interacción entre un campo magnético y los átomos del cuerpo. No utiliza fuentes de radiación. Una RM puede obtener una imagen nítida de los tejidos blandos que no pueden ser estudiados fácilmente mediante otras técnicas.

■ Información médica

Como padre o madre tiene derecho a conocer todo los hechos relativos a la salud de su hijo para garantizar que recibe la mejor atención disponible. Su médico debe explicarle los procedimientos, las pruebas y sus resultados, así como los planes de tratamiento. Si sabe que se ha realizado una prueba, pero no le han informado de los resultados, procure averiguarlos, no debe sentir que está molestando si pide esta información. Si cree que no ha comprendido al médico o si recibe información contradictoria, pídale que se lo explique con palabras más sencillas en lugar de los tecnicismos del lenguaje médico. Puede apuntar todas las preguntas y respuestas para poder leerlas más tarde, cuando disponga de más tiempo para asimilar toda la información recibida. Con esta finalidad el Manual incluye unas páginas donde podrá tomar notas sobre las visitas al médico. Si todavía no comprende todo o si su médico no dispone de más tiempo para seguir hablando con usted, pídale otra cita para recibir la información que crea precisa. La “saturación” de información es algo previsible y normal en los padres.



Cada vez que tenga ocasión pregunte al personal médico y de enfermería cómo puede tener una mayor participación en el cuidado de su hijo. Infórmese de los servicios o programas comunitarios disponibles que pueden ayudar a la familia ahora y en el momento del alta. También pueden servirle de ayuda los grupos de apoyo (asociaciones, etc.); así es que pida información.

Sea persistente y muéstrese segura a la hora de manifestar sus preocupaciones, ¡Tiene derecho a que se tengan en cuenta sus opiniones!

Procure tener a mano el Manual cuando llame a la UCIN para conocer la situación de su hijo. Antes de finalizada la llamada, resuma la conversación a fin de garantizar que toda la conversación es correcta y que todo lo ha comprendido bien.

■ Visitas

Lo habitual es que los padres puedan ver a su hijo a cualquier hora del día. Sin embargo, deberá siempre seguir las normas de cada UCIN tanto en lo que se refiere a sus visitas como a las de otros familiares. Las normas sirven para proteger al niño prematuro de los gérmenes en un periodo en el que tiene muy poca capacidad de combatir las infecciones, y para facilitar el trabajo de las personas que lo cuidan.

A veces las enfermeras pueden pedirle que no le manipule: los movimientos pueden sobreestimularle, gastando sus escasas energías cuando las necesita para respirar, absorber alimentos y crecer. A medida que su estado se hace más estable y comienza a crecer, le animarán a sostenerle y a participar en su asistencia.



Horas de visita de la UCIN

Padres: Horas:

Abuelos: Horas:

Hermanos: Horas:

Horas de visita de la UCI

Padres: Horas:

Abuelos: Horas:

Hermanos: Horas:

Otras horas de visita

Información médica: Horas:

Extracción leche: Horas:

..... Horas:

No todos los hospitales permiten que los niños hagan visitas a la UCIN y UCI. Consulte con el personal de esta unidad para asegurar que a sus hijos mayores les estará permitido visitar al recién nacido. Si no es así, es posible que les dejen verlo a través de una ventana.



■ Innovaciones recientes en la atención al recién nacido

■ Incubadora compartida

Consiste en colocar juntos en una misma incubadora a los hermanos procedentes de partos múltiples cuando estén estables, rodeándolos con unas mantas enrolladas. Este método permite el contacto piel a piel, simulando el útero. Se cree que la ocupación compartida de la incubadora resulta beneficiosa para el desarrollo motor, aumenta la ganancia de peso, disminuye la incidencia de apnea y bradicardia, disminuye los requerimientos de oxígeno y estabiliza la frecuencia cardiaca, así como la temperatura corporal. También se ha observado que los niños comienzan a sincronizar sus periodos de sueño y vigilia, lo que les ayuda a seguir un horario similar.

■ El “método canguro”

Esta basado en el contacto piel a piel entre el niño y la madre (o el padre). Se realiza junto a la cama del niño en la UCIN, con la madre o el padre sentados en una mecedora sosteniendo al niño contra el pecho. Se cubre al niño con una manta caliente mientras el contacto piel a piel entre los padres y el niño favorece la estimulación y la formación de un vínculo entre ellos. Este método resulta también muy beneficioso para la madre que amamanta a su hijo, puesto que crea un ambiente propicio para que el niño pueda mamar con facilidad. Algunos estudios han mostrado que los niños a los que se les aplicó el método canguro recibieron el alta antes y lloraron menos a los seis meses de edad que los que estuvieron en incubadora sin contacto.

■ Masaje infantil

Ha demostrado ser útil para ayudar a los niños a relajarse, a ganar peso más rápidamente y para aliviar las molestias producidas por los gases. Consiste en frotar al niño con una suave presión. Tras poner unas gotas



de aceite en sus manos, coloque al niño desnudo sobre la espalda con un paño debajo, en un lugar cálido, tranquilo y cómodo si es posible. Con frecuencia el niño llora la primera vez, es una reacción frente a una experiencia nueva. Cada movimiento sólo debe repetirse tres veces. A medida que el niño se acostumbra a esta nueva sensación, podrá aumentar el número de frotamientos.

Empezando por el estómago, frote suavemente al niño en el lado derecho, debajo de las costillas, pasando a continuación al lado izquierdo para después descender hacia la cadera hasta la parte interna del muslo. El movimiento que describirá tendrá forma de U invertida.

Comienza siempre en el lado derecho siguiendo el trayecto del tracto digestivo para estimular el movimiento de los gases que pudiera tener el niño. A continuación pase al tórax frotando con pequeños movimiento giratorios. Frote suavemente por debajo del cuello y las axilas y, si es preciso, úntese las manos con un poco más de aceite. Prosiga con la cara haciendo movimientos amplios hacia fuera desde la nariz por las mejillas y la frente. Desde allí, continúe el masaje por los brazos y las piernas, presionando suavemente al ir subiendo o bajando por las extremidades. Deslice suavemente sus dedos hacia arriba y hacia abajo por cada uno de los dedos de las manos y los pies, procurando también pasar sus dedos entre ellos. No frote la planta del pie del niño, debido a que estarán sensibles por las extracciones realizadas para los diferentes análisis. Si lo desea puede poner también al niño boca abajo y masajearlo con pequeños movimientos giratorios sobre la espalda, las nalgas y la parte superior de los muslos, para terminar repitiendo el masaje en el estómago.

El personal de la UCIN puede enseñarle el masaje infantil y, una vez dado de alta, es posible que desee continuar con estos masajes durante el primer año de vida.

■ Musicoterapia

Existen suficientes evidencias sobre los efectos beneficiosos de la música: induce relajación, crea sensación de bienestar y facilita el ritmo del sueño. La música es un sonido organizado, blanco, que rodea al niño y le



sirve para tranquilizarse, comunica información y frecuentemente disminuye el estrés en los recién nacidos ingresados.

La elección de la música es importante, sobre todo al utilizarse en niños prematuros frágiles, debe ser de ritmo apacible, melodías rítmicas y fluidas con armonía simple. Las canciones de cuna son particularmente efectivas porque combinan una voz femenina, un formato orquestal simple con las mismas características, 60-82 compases por minuto prácticamente los latidos cardíaco de un adulto, monótono y repetitivo, sin interrupciones bruscas en su ritmo o melodía y se suelen cantar en voz baja. Estas características contribuyen a que el niño prematuro se sienta protegido, seguro y fuerte.



■ Respuestas emocionales de los padres

Con el nacimiento de un niño prematuro, los padres ven bruscamente truncados sus sueños de un nacimiento y una paternidad “normal”. Es lógico llorar por la pérdida de estos sueños, y tales sentimientos pueden permanecer sin límite de tiempo. Incluso cuando crean que los han superado, es posible que determinadas circunstancias los hagan resurgir más tarde. Aunque sus sentimientos son únicos, deben saber que otros padres también han experimentado emociones similares. Es importante comprender que es normal tener este sentimiento y buscar las formas de afrontarlo. En esta sección trataremos algunas de las emociones más frecuentes tras el parto prematuro y les ayudaremos a comprenderlas para ponerles en el camino de su superación y la recuperación de la normalidad.

Existen una serie de emociones o etapas de adaptación que en ocasiones no están definidas. Es frecuente que no ocurran correlacionadas, pero pueden experimentarse a la vez. Conocerlas puede ayudar a superarlas.

■ Estupor y negación

En principio existe una especie de shock, incredulidad en creer que esto esté pasando (“esto no me puede estar ocurriendo a mí”). Estos sentimientos y la incapacidad para reaccionar son la forma que tiene su mente para protegerla de un acontecimiento traumático. Puede que también se haya sentido desvinculada de los hechos y desorientada, incapaz de comprender todos los detalles de lo que estaba sucediendo. Es probable que quiera que el médico y las enfermeras le den pruebas de los problemas o que le confirmen que lo que están diciendo es verdad. A veces ver al niño en la incubadora con su nombre, conocer los aparatos a los que está conectado y el porqué le puedan dar prueba de que la situación es creíble o hablar de ello con la persona que más confía le servirá de ayuda.



■ Culpabilidad

Muchas madres preguntan si son culpables del parto prematuro. Se culpan a sí mismas, haciendo constantes preguntas del tipo “¿Y si...?”, tales como “¿Y si me hubiera cuidado más?” o “¿Y si hubiera consultado antes al médico?”. Estas dudas de la madre sobre sí misma consumen mucha energía que podría emplear mejor en cuestiones más importantes sobre sus necesidades o las de su familia. Es importante hacer preguntas para comprender la base médica del nacimiento precoz de su hijo. Esto le servirá para tranquilizarle de que nada de lo que hizo pudo causar el parto prematuro. Asistir a reuniones de grupos de apoyo o encontrarse con otros padres que han vivido la misma situación le ayudará a superar estos sentimientos de culpabilidad.

■ Ira

La ira es una reacción común frente a la oportunidad pérdida de haber tenido un hijo “normal”. Se puede poner furiosa porque el niño es muy pequeño y está enfermo. Su ira puede ir dirigida a distintas personas: su médico, su marido o pareja, Dios, los padres de niños sanos, contra sí misma e inclusive contra el mismo niño. Puede también encolerizarse con el personal sanitario con relación al tratamiento de su hijo. La causa de esta cólera es el dolor, el sufrimiento y la frustración. Piense que estas personas se ocupan del bienestar tanto del niño como de la familia.

La ira le convertirá en una persona irritable impaciente e inestable emocionalmente. Es importante afrontar su ira de forma constructiva, para evitar que afecte a sus relaciones con los demás. Desahogue su ira llorando, hablando de ella con otra persona e inclusive escribiendo una carta a la persona que suscita su ira (aun cuando no se la envíe) para ayudarle a aliviar el dolor. No enfrentarse a sus sentimientos de ira puede llevarle a conductas abusivas o autodestructivas y a la depresión.

■ Temor y ansiedad

El comienzo traumático de la vida de su hijo puede hacer que se preocupe en exceso de su futuro y la salud del niño, aunque haya mejorado lo



suficiente para irse a casa. En un principio puede angustiarse cuando suena el teléfono pensando que pudiera ser el hospital para una mala noticia, cuando entra en el hospital por si algo malo acaba de pasar, por la posibilidad de no encontrarlo en la incubadora. Más tarde puede sentir ansiedad por las visitas al médico, las intervenciones quirúrgicas o las evaluaciones acerca de su hijo. Puede disminuir su ansiedad obteniendo tanta información como le sea posible. Hablar con el médico y otros padres de niños prematuros o con un profesional de confianza puede aliviar sus temores, ya que se sentirá con más control cuando esté bien informada. Por ejemplo si teme que su hijo pueda dejar de respirar, aprenda las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP). También le puede reconfortar hablar con otros padres de niños prematuros.

■ Preocupación

Casi todos los padres ante un niño pequeño tienen miedo sobre su vida, sufren lo que se llama “aflicción anticipadora”, una manera de prepararse emocionalmente para el caso de que el niño se muera. Ayuda a desahogar el dolor que se siente pero les causa problemas.

Tardarán en ponerle nombre al niño ya que consideran más tolerable su muerte si no tiene nombre. Este temor a la muerte crea una separación temporal del vínculo entre el prematuro y sus padres; por ello se preguntan si no lo quieren lo suficiente. Al mejorar el niño, se restablece el vínculo afectivo.

Puede preocuparles el daño emotivo a largo plazo que tendrá la UCIN sobre el niño. Investigaciones científicas han demostrado que los procedimientos dolorosos no causan ningún efecto emocional a largo plazo.

Pueden sentir miedo aunque el niño esté mejorando e inclusive ya de alta, en su domicilio. Son reacciones normales porque aún mantienen en su mente las escenas retrospectivas de la UCIN. El considerar estas escenas como comunes les puede ayudar a manejarlas sin preocupaciones.

La probabilidad de que pueda sufrir una incapacidad también es frecuente. En la mayoría de los casos no está dentro de lo posible prever la probabilidad de un futuro impedimento. Hay factores que influyen: la pre-



maturidad extrema, anomalías identificables del cerebro y enfermedades muy graves. No obstante, estos niños con incapacidades en la mayoría de los casos pueden llevar una vida normal.

■ **Pesadumbre**

Durante el embarazo se han tenido muchas esperanzas y sueños sobre el niño sano, de gestación completa y con ciertas características físicas, que se frustran en el momento del parto. A menudo las madres pueden sentirse como si no fueran mujeres completas o madres. Es normal que se apesadumbren por la pérdida de estos sueños, lo mismo que ocurre con la pérdida de una persona querida. El apoyo de la familia o amigos le ayudará a aliviar este pesar.

■ **Tristeza**

Es completamente natural que sienta tristeza después de que un ser querido haya sufrido una enfermedad. Puede que tarde un tiempo en superar sus sentimientos de aflicción y decepción. Si encuentra que no desaparece, puede que esté sufriendo una depresión y necesite la ayuda de un profesional para superarla. La depresión es la reacción ante un estado de agotamiento emocional que afecta tanto física como mentalmente. Una de cada cinco personas va a padecer depresión a lo largo de su vida, en la mayoría de los casos después de un acontecimiento o pérdida traumática.

■ **Cuando la tristeza se convierte en depresión.**

Si la tristeza se niega a desaparecer y usted comienza a sentirse “vacía”, es posible que sufra una depresión y le afecte al cuerpo, no sólo a la mente. Si tiene dos o más de los siguientes signos de depresión y persisten más de dos semanas, consulte a su médico. Puede que necesite ayuda para sobreponerse a sus sentimientos de tristeza si:

- Frecuentemente tiene dificultades para dormir (tiene dificultades para conciliar el sueño, se despierta por la noche durante periodos de tiempo sin poder dormirse de nuevo o se despierta demasiado temprano por la mañana).



- Duerme periodos prolongados o necesita dormir más de lo normal.
- Se siente cansada después de un buen reposo nocturno.
- Se siente culpable, desamparada o sin esperanza gran parte del tiempo.
- Tiene pérdida de apetito o disfruta menos de las comidas.
- Siente falta de cariño o se siente rechazada.
- Con frecuencia realiza comentarios negativos.
- Tiene dificultad para pensar o concentrarse.
- Experimenta una ganancia o pérdida de peso significativa o
- Siente menos interés por sus actividades habituales.

Estos pueden ser también síntomas de depresión postparto, un problema grave que afecta a entre un 15-20 por ciento de las nuevas madres. Puede aparecer hasta un año después del parto. Si sospecha que la padece consulte rápidamente a su médico. Si no se trata puede suponer una amenaza tanto contra su propia salud y seguridad como para su hijo. No se sienta “débil” si necesita ayuda para superar la depresión. Hace falta ser fuerte para reconocer cuándo uno necesita ayuda.

■ Soledad

A muchas personas les podría parecer que la soledad no es una emoción que experimenten los padres de niños prematuros. Sin embargo, si trabaja antes del nacimiento y ahora se queda en casa con su hijo, puede que ya no tenga acceso a la red de apoyo formada por los compañeros de trabajo y amistades que tenía antes. Además, si debe quedarse en casa para proteger al niño de la exposición a los gérmenes, puede que también se limite su contacto con otros adultos. Busque relaciones con otras personas que puedan comprender su situación para aliviar la soledad. Los amigos, parientes o sacerdotes, así como los grupos de apoyo, son buenas elecciones.



■ Afrontar sus sentimientos

Es muy importante que aprenda a afrontar sus sentimientos, tanto para su propia salud y bienestar como para los de su familia y pareja. Aprender a resolver sus conflictos emocionales le permitirá ser mejor madre. A continuación se indican varios métodos que pueden serle de ayuda.

■ Autoayuda

Ayudarse a sí mismo a superar el trauma del nacimiento y cuidado del niño es un modo eficaz de conseguir el control de sus emociones. El método que mejor se adapte a usted dependerá de sus necesidades individuales. Algunos métodos posibles son:

- Técnicas de relajación como la meditación, el yoga o las respiraciones profundas. Tenga presente que la mayoría de los métodos requieren mucha práctica antes de que se observen efectos duraderos.
- Reconozca sus limitaciones y fije objetivos realistas.
- Llevar un diario en el que anota sus sentimientos le puede ayudar a liberar sus emociones; además, tendrá un bonito recuerdo.
- Realice algún pasatiempo creativo como la pintura, música o el dibujo.
- Busque las cosas que le hagan reír, como las comedias televisivas o los libros de chistes.
- Aprenda a administrar su tiempo con más eficacia para disminuir el estrés y la ansiedad. Al organizar su horario y actividades diarias habituales tendrá más tiempo y se sentirá menos frustrada.
- Permítase el lujo de un masaje.
- Invite a una amiga o vecina a casa para ocuparse del niño durante unas horas para que pueda tener tiempo libre para echarse una siesta, darse unos paseos, ir al cine o simplemente estar a solas.
- Evite pasar tiempo con las personas que le creen ansiedad.
- Intente hacer ejercicio para subir su nivel de energía y aliviar el estrés.



■ Grupos de apoyo

Buscar el apoyo de otras personas le ayudará a sobrellevar mejor la situación que está viviendo. Asegúrese de que le escuchan con el corazón y que responden con sinceridad, reconociendo sus sentimientos en vez de decirle lo que “debería sentir” y comprendiendo el tipo de ayuda que necesita (simplemente que le escuchen, una ayuda física o consejos). En algunos hospitales existen grupos de apoyo formados por padres de niños prematuros. Pregunte al personal sanitario la forma de ponerse en contacto con ellos.

Los médicos, las enfermeras y el resto del personal sanitario son una gran fuente de apoyo. No le preocupe preguntarles, hay muchos términos y abreviaturas médicas que los padres difícilmente pueden entender.

Muchos padres tienen miedo a preguntar por no parecer estúpidos, pero no olviden que los médicos y las enfermeras son profesionales que han precisado muchos años para poder usar estos términos. Es importante que entienda lo que le pasa a su hijo; muchas veces la respuesta le ayudará a no preocuparse tanto. Si se siente confundida, sería importante que alguien le acompañase (un amigo o familiar) para clarificar la comprensión de las cuestiones.

■ Terapia profesional

Puede que llegue el momento en que necesite ayuda profesional para resolver sus sentimientos. La terapia profesional no tiene necesariamente que ser cara. Es posible que este tipo de ayuda esté disponible en los centros de salud comunitarios. Podrá optar por ver al terapeuta en privado, en terapia de grupo o con otros miembros de la familia. Es importante que confíe plenamente en su terapeuta para que se sienta cómoda al expresar sus pensamientos y sentimientos. Un terapeuta equivocado puede perjudicarla más que beneficiarla. Si tiene dudas respecto al terapeuta que le atiende actualmente, busque otro profesional que le ayude.



■ Otras personas afectadas por el nacimiento de un hijo prematuro

En medio de su aflicción es posible que no se dé cuenta de que el nacimiento prematuro de su hijo está afectando a otras personas allegadas, como los hermanos mayores del niño y sus abuelos. Cada una de ellas tiene una forma distinta de llevar y expresar sus sentimientos. Comprender estas diferencias le ayudará en las relaciones con sus seres queridos.

■ Marido o pareja

El nacimiento de un niño puede ser motivo de tensión en la relación de pareja, por lo que es natural que el estrés adicional de un parto prematuro tenga un impacto aún mayor. Que estas repercusiones sean positivas o negativas depende en gran medida de las reacciones de la pareja. Si se respetan y se apoyan mutuamente, la pareja saldrá de la situación con un vínculo más fuerte. Sin embargo, con frecuencia, la diferencia entre los hombres y las mujeres en la forma de actuar ante las situaciones de crisis pueden llevar a tensiones y resentimiento. Una comunicación franca entre la pareja es vital para resolver estas dificultades.

■ Hermanos mayores

Sus hijos mayores pueden sentirse abandonados mientras usted centra su atención en el niño prematuro. La ausencia física durante el tiempo que usted esté en el hospital con su hijo puede tener un efecto negativo sobre sus hermanos mayores. Estarán preocupados por su hermanito, al igual que usted. Intente buscar tiempo para estar con ellos, animándoles a expresar sus sentimientos. Aprender a asimilar estas experiencias puede tener efectos positivos a largo plazo, ayudándoles a ser personas más comprensivas y compasivas cuando sean mayores.



■ Abuelos

Sus padres pueden estar afligidos, no sólo por su nieto prematuro, sino también por usted. Puede que no sepan cómo ayudar, se mantengan a distancia o se alejen; o, por el contrario, pueden llegar a parecer demasiado absorbentes, intentando ayudar en exceso. Es imprescindible establecer una buena comunicación para que ellos sepan cuáles son las necesidades de usted y para reducir el estrés al mínimo. Anímeles a hablar con los médicos y a asistir también a las reuniones de los grupos de apoyo para ayudarles a afrontar sus temores y angustia.

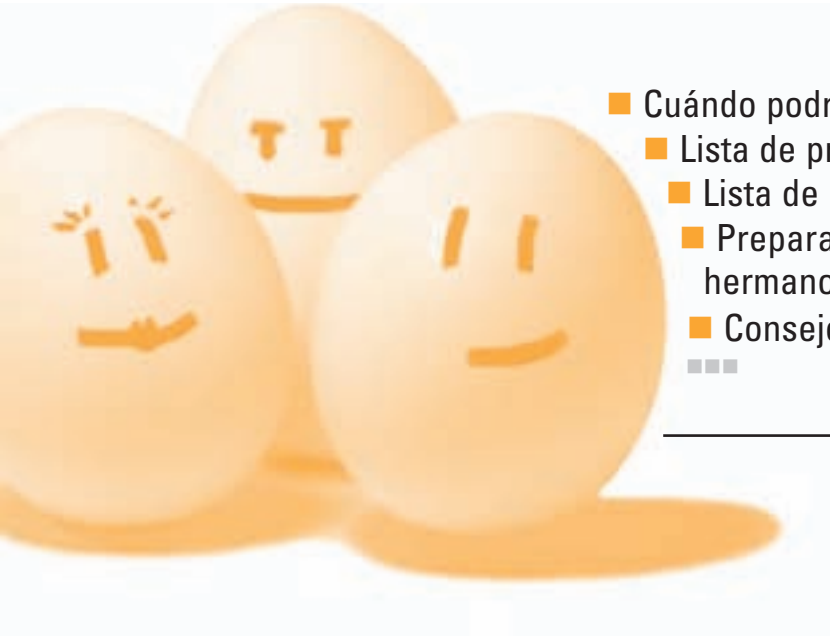
■ Unidad de cuidados intermedios

La Unidad de Cuidados Intermedios es otra sala de neonatología donde su hijo va a ir cuando salga de la UCIN y va a permanecer hasta su alta del hospital. Es una buena noticia que se le traslade a ella, pues indica que ha mejorado y no necesita de los cuidados intensivos. En esta sala se va a orientar el cuidado del niño a aspectos de nutrición, desarrollo y tratamiento de los problemas residuales de su enfermedad. Es un buen momento para que se entrenen en el manejo de su hijo antes de llevárselo a su casa.

■ El Entrenamiento de habilidades básicas para el cuidado del niño debe ser enfocado a

- | | |
|---|--------------------------|
| Bañarlo | <input type="checkbox"/> |
| Tomar la temperatura | <input type="checkbox"/> |
| Alimentarlo | <input type="checkbox"/> |
| Aspiración nasal | <input type="checkbox"/> |
| Masaje, estimulación | <input type="checkbox"/> |
| Administración de oxígeno | <input type="checkbox"/> |
| Administración de medicamentos | <input type="checkbox"/> |
| RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados especiales | <input type="checkbox"/> |

■ El momento de irse a casa



- Cuándo podrá irse
- Lista de preparativos
- Lista de medicamentos
- Preparar a los hermanos mayores
- Consejos de padres





■ Cuándo podrá irse a casa

Es probable que cuando el niño esté en la siguiente situación, el médico decida su alta:

- Mantiene su temperatura estable.
- No tiene apneas o si las tiene son muy breves y no precisan tratamiento (aunque pueda necesitar un monitor).
- Toma la alimentación (pecho o biberón) por succión.
- Aumenta de peso.
- No necesita oxígeno (en algunos casos puede irse a casa con él).
- Tiene un peso de 1.800-2.200 g (el peso para el alta está en relación a la existencia de un equipo de asistencia domiciliaria en el hospital).

■ Lista de preparativos

Por fin ha llegado el día esperado de llevarse a casa a su hijo. Hasta ahora lo ha atendido el equipo de profesionales de neonatología, pero ahora ustedes van a ser los únicos responsables de su cuidado. Esto puede parecer una responsabilidad enorme. En ocasiones, los niños prematuros precisan distintos tipos de soporte médico (monitor de apnea u oxígeno) en el momento de irse a su casa, y también puede ser posible que reciban asistencia domiciliaria. El personal de neonatología está a su disposición para ayudarles a hacer la transición del hospital a su casa.

¿Qué puede usted hacer para preparar la llegada del niño a su casa?

- Pida y repase con el médico el informe de alta de su hijo, aclarando las



dudas que sobre él tiene (patología, medicamentos administrados, procedimientos empleados, etc.).

- Pregunte si se le han realizado pruebas metabólicas, exploración oftalmológica, exploración de audición.
- Pídale al médico que le explique lo que considera desarrollo normal en el niño.
- Si necesita medicación, anote el nombre del fármaco (o procúreselo antes del alta), averigüe si existen marcas genéricas, además de información sobre la finalidad exacta del medicamento.
- Consiga las instrucciones para la administración del medicamento, posología, eficacia y efectos secundarios, qué hacer si olvida una dosis y las circunstancias en que debe consultar a su médico antes de administrarlo.
- Infórmese sobre la fórmula infantil (si la está utilizando) y/o todas las dudas que pueda tener sobre la lactancia al pecho, así como las vitaminas que está recibiendo.
- Aprenda a tomar la temperatura del niño.
- Pregunte por las vacunas que ha recibido durante su hospitalización y el calendario de las próximas.
- Infórmese sobre la posibilidad de contactar con el Servicio de Neonatología para preguntar acerca del cuidado del niño, si fuera preciso.
- Averigüe a qué pediatra extrahospitalario va a ser asignado, contacte con él y coordine su primera revisión.
- Procure preguntar al médico las enfermedades que suponen un riesgo para el niño, como el VRS (virus respiratorio sincitial) y aprenda a prevenir y detectar los signos de estas enfermedades.
- Averigüe si para dormir es seguro poner al niño boca arriba (suele ser lo recomendado al irse de alta) y cuál es la recomendación para reducir el síndrome de la muerte súbita del lactante.
- Si, después de abandonar el hospital, su hijo va a necesitar soporte médico adicional (monitor de apnea u oxígeno), aprenda el manejo correcto de los equipos.
- Asegúrese de que todas las personas implicadas en el cuidado del niño



hayan sido entrenadas en la RCP para lactantes.

- Compruebe que su hijo ha sido citado en los programas de seguimiento o intervención temprana del hospital, y averigüe con qué frecuencia debe llevarlo a las revisiones.
- Asegúrese de que toda la familia ha sido instruida en el correcto lavado de manos.
- Pregunte si sólo se permite que un número limitado de personas visiten al niño en casa y en qué circunstancias no debe recibir ninguna visita.
- Busque información sobre los efectos de fumar cerca del niño. Trate de evitarlo.
- Pregunte en qué momento podrá salir con su hijo a lugares públicos.
- Obtenga los artículos especiales necesarios, como puede ser ropa para prematuros. Si es posible, practique las actividades de vestir, cambiar los pañales y bañar al niño antes del alta. Esta preparación le hará sentirse más segura cuanto tenga que realizar estas tareas sola en casa.
- Adquiera una cuna para el coche y pregunte al personal de neonatología si es necesario controlar la apnea y bradicardia mientras el niño viaja en coche.
- Pregunte cuánta estimulación es aconsejable y qué signos le permiten detectar si el niño está cansado, estimulado en exceso o hambriento.
- Si uno de sus hijos se va a ir a casa, pregunte si se le permitirá volver con él al hospital cuando visite a el/los otros niños.



■ Lista de medicamentos

	Nombre comercial	Dosis	Hora
Teofilina
Fenobarbital
Complejos polivitamínicos
Suplemento de hierro

	Fecha	l/min
Oxígeno



■ Hitos de la UCIN

Nombre

Fecha de nacimiento

Peso al nacer

El día lloré por primera vez

Mamá me sostuvo por primera vez el día

y papá me sujetó por primera vez el día

Otros miembros de mi familia me visitaron por primera vez el

y mis abuelos me visitaron por primera vez el

Mi mamá me amamantó por primera vez el

Mi primera toma de biberón fue el

En el día me desconectaron del respirador por primera vez

y me quitaron el oxígeno el

Me trasladaron a una cuna abierta el

Pasé a la sala de recién nacidos del siguiente nivel el

Me llevaron a casa el

Mis primeros médicos, enfermeras y resto del personal de la UCIN fueron:

.....



■ Informe clínico del alta

(Péguese una copia del informe clínico del alta del niño)



■ Datos de interés

Fecha de nacimiento Edad gestacional

Peso al nacer Talla al nacer

Perímetro cefálico al nacer

Fecha del alta Edad corregida

Peso al alta Talla al alta

Perímetro cefálico del alta

Fecha de pruebas metabólicas

Vacunas

Pruebas auditivas Fecha

Resultado Control

Fecha Resultado

Exploración ocular Fecha

Resultado Control

Fecha Resultado

Medicamentos al alta

Visitas de seguimiento Fecha

Persona de contacto del hospital



■ Preparar a los hermanos mayores para la llegada del niño prematuro

El momento de llevarse a casa al nuevo niño suele ser motivo de inquietud entre sus hermanos mayores. Esto es aún más cierto si el recién nacido requiere atención adicional y cuidados especiales como ocurre en el caso de un niño prematuro. Lo más probable es que hayan tenido que pasar mucho tiempo alejados de sus hijos mayores mientras visitaban a su hijo prematuro en el hospital. Esta pérdida de atención de los padres puede provocar sentimientos de miedo, rabia, celos, resentimiento y ansiedad en los hermanos mayores. También es posible que perciban el estrés y ansiedad que ustedes sienten.

Los niños menores de seis años tienen más probabilidad de tener dificultades para adaptarse a un nuevo hermanito, pero también puede ser difícil para los niños de más edad. Una reacción frecuente es dar salida a sus sentimientos reclamando su atención. Si no pueden conseguir que se les haga caso con conductas positivas, a menudo recurrirán a conductas negativas.

Como padres, hay varias cosas que pueden hacer para facilitar la transición entre el hospital y la llegada a casa del nuevo niño.

- Anime a sus hijos a hablar de sus sentimientos. Pueden tener miedo de que nadie vaya a cuidar de ellos, ahora que ha llegado un nuevo hermanito que requiere tanta atención y cuidado. Tranquilícelos haciéndoles saber que va a seguir cuidando de ellos al igual que del nuevo hermano.
- Lleve a sus hijos al hospital para visitar a su hermano. La oportunidad de ver a los niños les hará sentirse partícipes de la situación y les ayudará a comprender lo que está sucediendo.
- Si los niños se preocupan por la llegada del nuevo hermano, explíqueles que será mejor porque su mamá ya no tendrá que ir al hospital, dejándoles en casa.



- Lleve a su casa fotos del recién nacido y colóquelas en un lugar visible para que los niños puedan verlas a menudo. También lleve fotos de los hermanos mayores al hospital y colóquelas cerca de la incubadora, de modo que los niños puedan verlas cuando vayan a visitarlo y así reconocer que son de la familia del niño.
- Hable con ellos acerca de cómo pueden ayudar a su hermano a que forme parte de la familia. “Podemos cantarle una canción” o “podéis compartir vuestros juguetes con él”.
- Señalándoles a los niños mayores todas las cosas que pueden hacer por sí mismos y que el hermano es incapaz de hacer (vestirse, beber en un vaso), puede hacer que se sientan mayores y especiales.
- Compre un pequeño regalo para los hermanos mayores y explíqueles que es de su nuevo hermanito.

■ Consejos para los padres

Ayudar a los hermanos mayores a adaptarse al nuevo hermano

Otros padres con hijos prematuros han dado los siguientes consejos para ayudar a los hermanos mayores a adaptarse al nuevo hijo durante los primeros meses.

- Si es difícil dar a los otros niños toda la atención que necesitan, consiga que un amigo íntimo de la familia, un pariente o amigo preferido pase tiempo con ellos.
- Es posible que los hermanos más pequeños comiencen a mostrar conductas más inmaduras cuando llegue el nuevo hermano a casa. Por ejemplo, pueden sufrir más “accidentes” si acaban de dejar de usar los pañales o tener una conducta regresiva, como volver a chuparse el dedo. Esfuércese por no regañar, castigar o hablar negativamente de estas conductas, ya que con ello los niños sólo intentan expresar su necesidad de



atención y de cariño. Con el tiempo volverán a sentirse seguros y recuperarán su nivel de desarrollo anterior.

- Recuérdeles que sigue queriéndoles ahora tanto como antes de llegar el nuevo hermano e intente dedicar un tiempo especial a cada uno de ellos (por ejemplo durante el desayuno o mientras su hermano duerme).
- Hable con sus hijos de cómo la familia quiere al nuevo niño, aunque no debe esperar que expresen amor por él en el primer momento. Explíqueles que no importa si se sienten enfadados con él, pero que no deben intentar hacerle daño.
- Vigile lo que dice delante de los niños. Muchas veces oyen más de lo que se imagina, causándoles una ansiedad innecesaria. Anímeles a hacer preguntas y a expresar sus sentimientos.
- Intente organizar las actividades diarias (siesta, hora de acostarse, comidas y otras actividades) de los hermanos mayores según una rutina que sea familiar para ellos.
- Hágales saber a los maestros de los niños la situación en casa para que puedan darles la comprensión y la atención que necesitan.
- Si los hermanos tienen dificultades para adaptarse al nuevo hermanito, anímeles a expresar sus sentimientos mediante marionetas o muñecos. Si empieza a estar preocupada por la conducta poco habitual de uno de los niños mayores (pega a los otros, no duerme, llora a menudo), puede que necesite ayuda profesional.
- Permita que los otros hijos cuiden del niño tanto como sea posible. Déjeles sostenerlo y ayudar con las tareas de los padres, como tomarle la temperatura o cambiarle los pañales. Mantener implicados a los hermanos mayores requiere grandes dosis de paciencia, pero a la larga será recompensado.



■ Consejos de los padres con varios hijos prematuros

Algunos de los consejos dados por los padres de prematuros nacidos en partos múltiples que pueden ayudarle a formar un vínculo con sus hijos son:

- Procure hacer una “toma” especial diaria con cada niño.
- Cuando los niños tengan una edad corregida de unos tres meses, dúchese o báñese con cada uno de ellos.
- Disfrute aplicando el “método canguro” o dando un masaje infantil a cada niño.
- Cuando se haya adaptado a la maternidad múltiple y siempre que sea posible, intente emplear horarios distintos para los cuidados de cada niño (tomas, cambio de pañales, baño). Procure tratar a todos por igual (por ejemplo, si un día baña primero a uno de ellos, al día siguiente hágalo con el otro).
- No sea demasiado dura consigo misma. A menudo los padres de varios hijos prematuros necesitan tiempo para adaptarse a la situación. Cuando se sienta mal porque no ha tenido tiempo para pasarlo con sus hijos, recuerde que ellos también se dan afecto mutuo entre ellos.
- Conocer a sus hijos prematuros es un proceso lento que requiere tiempo y energía. Necesita recuperar fuerzas de vez en cuando. Tómese un descanso al menos una vez a la semana, dejando que otros le ayuden.
- Busque ayuda profesional si se siente insegura de sus emociones o si el estrés está empezando a afectar a sus habilidades como madre y a las relaciones con sus hijos.



■ Cuándo llamar al médico

Los padres de niños prematuros pueden sentir más ansiedad que otros padres respecto a lo que es normal y lo que es una urgencia para su hijo. Es importante distinguir lo que es normal y anormal y saber cuándo se debe llamar al médico.

Al principio es aconsejable comentar con el médico todos los problemas que se presentan. Con el tiempo irá conociendo los signos del niño y sabrá cuándo hay un problema real. Alguno de los síntomas más frecuentes que muestran que el niño está enfermo son:

- Rechaza la comida o come poco.
- Lloro en exceso.
- Duerme más o menos activo de lo habitual o puede dormir y está irritable.
- Tose a menudo.
- Vomita o regurgita a menudo.
- Respira más rápido o con dificultad, con movimientos visibles del pecho.
- Tiene deposiciones frecuentes o líquidas.

Tome la temperatura del niño antes de llamar al médico si sospecha que está enfermo. Cuando el niño es muy pequeño, es posible que el médico desee que le llame al primer síntoma de enfermedad. A medida que vaya conociéndole mejor, ganará más confianza en su capacidad para identificar si los signos son peligrosos o no.

■ No debe preocuparse por los siguientes signos:

- Hipo
- Estornudo
- Bostezo
- Regurgitaciones ocasionales
- Esfuerzo al hacer las deposiciones (siempre que sean blandas)



- Temblor en la barbilla o los labios
- Flato
- “Temblores” de los brazos y las piernas cuando llora
- Sobresalto ante los ruidos con una breve rigidez del cuerpo (llamado reflejo de Moro)
- Leve congestión de las fosas nasales en los climas secos

■ Llame inmediatamente a su médico si su hijo prematuro...

- Tiene fiebre superior a 37° C y una edad corregida inferior a seis meses
- Tiene fiebre superior a 39° C sin una causa evidente de enfermedad
- Tiene fiebre durante tres días consecutivos (aunque no parezca enfermo)
- Tiene temperatura menor de 36° C
- Duerme mal durante dos noches consecutivas
- Muestra signos de deshidratación (menor emisión de orina, hundimiento de los ojos, indiferencia, orina de color amarillo oscuro o marrón, sequedad de boca)
- Sufre una convulsión (actividad eléctrica anormal del cerebro que puede estar asociado a movimientos involuntarios de los músculos)
- Se produce una reducción drástica en el número de pañales mojados (alrededor de la mitad del número habitual)
- No hace una deposición durante más de tres días
- Tiene la piel azulada o pálida
- Aparecen manchas violáceas en la piel que tengan un aspecto similar a los hematomas
- Tiene fiebre con inflamación de las articulaciones (o no mueve una o más extremidades)
- Llora inconsolablemente durante una hora



■ El momento de irse a casa ■

- No es capaz de despertarse del sueño
- Sufre un cambio en la respiración (aleteo nasal cuando respira, respira principalmente por la boca, tiene retracciones torácicas, tiene secreciones nasales o tose con frecuencia)
- Tiene un comportamiento poco usual que le preocupa

■ Cómo tomar la temperatura

La temperatura en un niño prematuro puede tomarse en la axila y/o en el recto. Actualmente se está utilizando la temperatura en el oído, pero no se tiene suficiente experiencia en niños muy pequeños.

■ Para tomar la temperatura axilar

- Asegurarse de que el mercurio está por debajo de 35.5° C.
- Poner la zona de mercurio dentro de la axila, en contacto con la piel.
- Colocar el brazo del niño pegado al pecho, para que no se mueva el termómetro.
- Mantenerlo 3-4 minutos.

■ Para tomar la temperatura rectal

- Asegurarse de que el mercurio está por debajo de 35.5° C.
- Poner lubricante (por ejemplo vaselina estéril) en la zona a introducir.
- Colocar al niño boca arriba con las piernas abiertas, como si se estuviera cambiando el pañal.
- Introducir en el ano sólo la parte del mercurio.
- Mantenerlo 2-3 minutos.

■ Cuándo debo considerar que tiene fiebre

- Si la temperatura axilar es mayor de 37.2° C o rectal mayor de 38° C.



■ Cómo se comportan los niños prematuros

En el momento de llegar a casa, la mayor parte de los niños prematuros tiene una edad inferior a una o dos semanas o aproximadamente igual a la que tendrían si hubieran nacido a término. Incluso cuando alcance la fecha de nacimiento inicialmente esperada, todavía le quedará crecimiento por recuperar. Es posible que:

- No muestre signos claros de que tiene hambre o está cansado.
- Esté todavía débil y sea difícil alimentarlo.
- Pase el día entero completamente dormido o llorando, cambiando de un estado al otro en pocos segundos.

Inicialmente es posible que le resulte difícil comprender los patrones de conducta del niño. Esto puede ser motivo de frustración y estrés. Sin embargo, según van pasando las semanas y los meses, se irá desarrollando su sistema nervioso y sus acciones y respuestas se harán más previsibles. Su niño mejorará la capacidad de comunicar sus necesidades y usted aprenderá a interpretar el significado de ciertos signos.

Al igual que otros niños, su hijo prematuro experimentará picos de rápido desarrollo seguido de largos periodos en los que no parece suceder casi nada. No se desanime. Muchas veces estos son completamente normales, aunque no debe dudar en consultar al médico si se siente preocupada por ello.

- No puede motivar o presionar al niño intentando que madure antes de que esté preparado.
- No intente obligarle a realizar actividades cuando esté cansado o se resista activamente. Con ello, sólo conseguirá que ambos se sientan frustrados.
- Ofrezcale su tiempo y dele muchos ánimos.
- Mantenga una actitud tranquila y comprensiva hacia su desarrollo.
- Céntrese en su progreso. El que empiece a andar a los 12 o a los 20 meses importará poco años más tarde.



Cuando observe a su hijo para detectar signos de desarrollo en su conducta, use siempre su edad corregida a la hora de juzgar sus habilidades.

Consulte a su médico o especialista en desarrollo infantil si se encuentra verdaderamente preocupada.

■ Movimientos

Es frecuente que los niños prematuros tengan movimientos poco coordinados. Es difícil predecir cómo va a responder el niño ante usted y el entorno.

- Puede que sus reacciones tengan un carácter brusco o sobresaltado, porque todavía está intentando adaptarse a los cambios de su entorno e incluso a sus propias necesidades fisiológicas.

- Es posible que sus brazos y piernas se pongan rígidos de repente o que los encoja. A veces, su cuerpo puede quedar flácido y poco después ponerse tenso.

Según madure, estas acciones reflejas irán desapareciendo poco a poco.

Puede ayudarle a controlar sus movimientos:

- Sujetándole los brazos y las piernas próximos al cuerpo.
- Haciendo movimientos lentos y graduales al moverle.

En los niños prematuros es frecuente que los sentidos se desarrollen con más rapidez que la coordinación muscular.

Es posible que le parezca que el niño tarda mucho en adquirir el control del movimiento de la cabeza o en coger los objetos. Sin embargo puede que esté aumentando su capacidad para responder a los estímulos visuales y auditivos, un indicador del desarrollo sano.

■ Respiración

Los patrones de respiración y color de la piel de los niños prematuros pueden sufrir cambios bruscos sin avisar. Observe al niño para conocer su patrón de respiración y coloración “normal”.

- Observe el tórax mientras respira.
- Cunte el número de respiraciones por minuto que hace normalmente.
- Escuche los ruidos que hace cuando respira cómodamente.



Familiarizarse con estas conductas “normales”, le permitirá detectar mejor los problemas. Debe consultar al médico siempre que le preocupe la respiración o el color del niño.

■ Sueño

Durante las primeras semanas en casa, el niño pasará casi todo el tiempo dormido.

Al principio puede que duerma entre 15 y 22 horas diarias. Los prematuros suelen alternar largos periodos de sueño con cortos intervalos despiertos. Es posible que llegue a casa del hospital teniendo cambiado el día por la noche.

Tenga en cuenta el tipo de ambiente en que está acostumbrado a dormir.

- Deje una lámpara encendida. Proporciónale sonidos ambientales, como ponerle la radio a volumen bajo.
- Poco a poco puede ir disminuyendo los ruidos y la luz para ayudarle a adaptarse al ambiente hogareño.
- Procure que la atención del niño se mantenga centrada en el acto de comer durante las tomas nocturnas y controle el impulso de jugar con él en estos momentos.
- Puede hablarle pero en voz baja y suave, si está despierto.

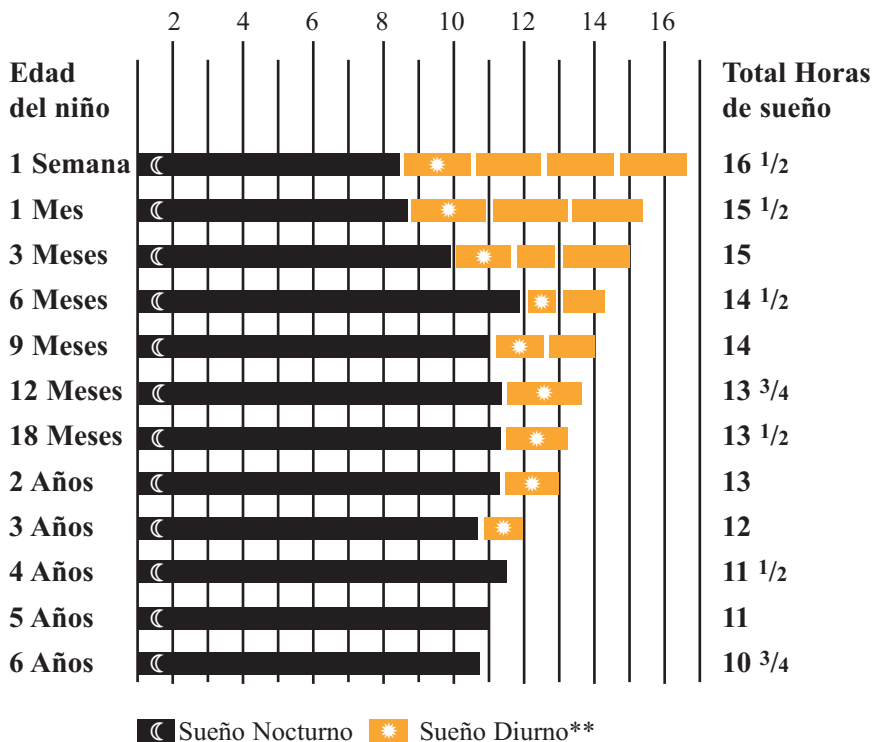
Cuando tenga una edad corregida de 6 a 8 meses, puede esperar que duerma durante toda la noche.

Los consejos más recientes sobre prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante son los siguientes:

- Acueste al niño boca arriba.
- El colchón del bebé debe ser rígido.
- No le abrigue demasiado.
- Mantenga limpio el ambiente; evite fumar y que otros lo hagan.
- Si puede, dele de mamar.



■ Horas típicas de sueño nocturno y diurno en la primera infancia*



*Adaptado por Ferber R.: *Solve Your Child's Sleep Problems*. New York: Simon&Schuster INC., 1985. Fig1.P19

**Dividido en los típicos períodos por día. La longitud de los períodos puede variar.

■ Llanto

Al principio es posible que llore poco y posteriormente el llanto se “activa”, según se acerca la fecha de parto prevista inicialmente (edad corregida de 0 meses).

Los primeros intervalos de llanto suelen ser cortos, y puede ser tranquilizado fácilmente acariciándolo suavemente o dándole algo para chupar.



Según vaya madurando, su llanto se hará más frecuente. Así pues, el llanto es una buena señal de desarrollo normal del niño.

- Los recién nacidos a término pueden llorar durante 2 a 3 horas diarias en los primeros meses de vida.
- Algunos prematuros, sobre todo los más pequeños, pueden estar muy intranquilos y llorar durante 6 horas o más al día.

Según van madurando, pueden ser tranquilizados más fácilmente. Con el tiempo el propio niño aprende a calmarse.

La intranquilidad y el llanto suelen alcanzar su pico de intensidad a una edad corregida de 3 a 4 meses. Al hacerse mayor, es probable que el niño lllore menos y sus periodos de sueño se hagan más regulares.

El llanto es una forma de comunicarse del niño con usted. Puede indicarle que tiene hambre, que está incomodo, enfermo, quiere cambiar de posición o está cansado. Intente aprender el significado de sus llantos. Cuando responde a ellos estará ayudando al niño a desarrollar una sensación de confianza y a sentir que puede comunicarse con otros.

No se preocupe si lo mimas demasiado, dele mucho afecto y atención. En estos primeros meses, su hijo necesita que los sostengan con tanta frecuencia como el tiempo lo permita.

A veces resulta difícil reconfortar al niño cuando llora. El llanto prolongado puede ser signo de que está enfermo o tiene dolor. Si el niño llora durante un tiempo mucho más largo de lo habitual, debe comunicárselo a su médico. Aunque no pase nada, es conveniente comprobarlo.

■ Cómo calmar el llanto del niño

- Ante todo asegúrese de que el niño no tiene hambre o necesita que le cambien los pañales.
- Asegúrese de que no está enfermo (fiebre, mal color de piel).
- Coloque al bebé de forma que pueda verlo. Háblele con voz suave.



- Colóquelo la mano en la boca o dele el chupete.
- Sujétele los brazos cerca del pecho.
- Envuélvalo con una manta. Debe tener los hombros inclinados hacia delante y el cuerpo envuelto suave pero firmemente en una manta para niños. Déjele las manos libres para que pueda llevárselas a la boca.
- También puede enrollar y calentar una toalla y ponérsela bajo el vientre.
- Cójalo en brazos y colóquelo piel a piel en su pecho. Como el movimiento suele ayudar, pruebe a mecerlo o pasearlo rítmicamente.
- Resista el impulso a jugar con él. Puede que tolere poco la estimulación. En su lugar, proporciónale tranquilidad.
- Dele un baño templado (a menos que no le guste al agua).
- Si a pesar de todo sigue llorando, déjele llorar hasta que se le pase. A veces es esto justo lo que hace falta para calmar a un niño que llora.
- No sacudir al niño o intentar obligarle a dejar de llorar. Puede provocarle una lesión cerebral e incluso la muerte.

■ Alimentar al niño prematuro

Es posible que los niños prematuros no lloren cuando tienen hambre como lo hacen los recién nacidos a término. Debido a la inmadurez del sistema nervioso, puede que no sepa cuándo tiene hambre. Además, debido al pequeño tamaño del estómago, las tomas deben hacerse en cantidades más pequeñas y a intervalos más frecuentes (más o menos cada 3 horas o a veces antes).

También puede ser que su hijo tarde más tiempo en alimentarse hasta que sea más fuerte y mejore su capacidad de coordinar los movimientos de succión, deglución y respiración.

Un niño prematuro requiere mucha energía para succionar. Tiene la boca pequeña y puede que los músculos para chupar sean todavía débiles.



- Si amamanta a su hijo, probablemente necesitará que le ayude a sujetarse la cabeza y los hombros.
- Si le alimenta con biberón, puede que necesite usar una tetina más blanda especialmente diseñada para niños prematuros que reduce el esfuerzo necesario para succionar.

Su hijo comerá mejor cuando esté completamente despierto. Ayúdele a concentrarse en la actividad de succionar. Hasta que tenga mayor habilidad para comer debe:

- Alimentarlo en una habitación tranquila sin luces intensas.
- Reducir al mínimo las distracciones, incluido hablar o mecerlo.

Intente mantener el contacto visual con el niño, teniendo en cuenta que cuando son muy inmaduros puede ser necesario evitar el contacto visual directo en los primeros momentos. Use la mano o el brazo para apoyar la cabeza y el cuello del niño. Procure que esté en una postura cómoda, ni demasiado estirado, ni demasiado encogido.

Procure que el tiempo en que alimenta al niño sea un momento cómodo y relajante para ambos.

La alimentación es importante para el crecimiento y el desarrollo de su hijo, como lo es también que sea una experiencia grata.

Para saber si el niño está recibiendo una ingesta suficiente de leche materna o artificial:

- Fijese en la frecuencia y consistencia de las heces. Si le da pecho, las deposiciones será amarillentas y blandas, de consistencia similar al queso fresco; pueden ser frecuentes (una con cada toma) o menos frecuentes (una cada 2 ó 3 días). Si recibe una leche de fórmula para prematuros, las deposiciones pueden ser blandas y amarillas o verde-marrones y su frecuencia parecida a la de la leche de madre.

Reconozca cuándo está estreñido, si hace las deposiciones duras en forma de bolitas, con signos de dolor al deponer. O si tiene diarrea: desarrolla súbitamente deposiciones frecuentes y líquidas. En cualquiera de los casos consulte a su médico.

- Observe con qué frecuencia moja los pañales. Debe mojarlos al menos una vez con cada toma. Si moja pocos pañales, puede ser signo de que no



está recibiendo una ingesta suficiente de leche materna o fórmula.

- Controle su ganancia de peso, en la misma báscula, desnudo o con la misma ropa. Debe aumentar una media de 20 grs/día (10-30).

■ Lactancia materna

La experiencia de la lactancia materna y de alimentar al niño con su propia leche ofrece muchas ventajas especiales. Determinados componentes de la leche materna pueden ayudar a proteger al niño contra las infecciones. La leche materna es la mejor fuente de alimento para un niño prematuro.

En el momento del alta, puede que su hijo prematuro se cansé fácilmente cuando se amamanta y no vaciar completamente sus pechos. Para procurar una producción de leche adecuada durante las primeras semanas, puede ser necesario que exprima la leche para alimentar al niño y guardarla para una toma posterior.

Además de alimentarse al pecho, algunos prematuros pueden necesitar un suplemento (un reforzante de la leche materna, un complejo polivitamínico o una fórmula especial) que les ayude a crecer. El médico le dirá si su hijo necesita recibir uno de estos suplementos.

- Antes de abandonar el hospital, asegúrese de estar cómoda con todos los aspectos acerca del amamantamiento del niño.

- Prepare un plan con la enfermera, el médico, el equipo o grupo de lactancia del hospital, sobre la frecuencia con la que necesitará amamantar al niño y si tendrá que darle suplemento.

- Los controles de peso del niño efectuados en casa o en la consulta del médico, le darán información y la tranquilidad necesaria de que su hijo está recibiendo la alimentación necesaria para su crecimiento y desarrollo adecuados.

Recuerde que necesita descansar mucho. Y sobre todo, disfrute del placer de amamantar a su hijo.

Si lo cree oportuno puede consultar aspectos sobre la lactancia materna en Internet y en los libros recomendados por su médico.



■ Alimentación artificial

Si no amamanta a su hijo ni se extrae la leche para alimentarlo, es posible que el médico prescriba una fórmula especial para prematuros. Estas fórmulas contienen niveles más altos de los nutrientes requeridos por los prematuros que las fórmulas estándar basadas en la leche de vaca. La alimentación continua con una fórmula especial para prematuros puede mejorar el crecimiento lineal en comparación con una fórmula estándar para niños nacidos a término.

Antes de irse a casa con el niño, pida a las enfermeras que le expliquen cómo mezclar la fórmula, aprenda las técnicas de alimentación especiales que sean necesarias y pregunte la cantidad que debe tomar el niño en cada biberón y en un periodo de 24 horas.

Debido a que su hijo prematuro tiene riesgo de desarrollar déficit de hierro, su dieta deberá ser suplementada con este mineral, por ejemplo, añadiéndolo a las tomas o como un suplemento en forma de gotas. Sin este aporte, es probable que el niño agote las reservas corporales de hierro al cabo de 2 meses de edad, pudiendo desarrollar anemia.

Junto a este mineral, es necesario en la mayoría de los niños prematuros aportar un suplemento vitamínico y en ocasiones mineral (calcio, fósforo, cobre). Consulte al médico para saber si su hijo lo necesita.



■ Visitas al médico

Fecha:

Pediatra Extrahospitalario
(Ambulatorio, Centro de Salud o Privado)

.....

Hospital

Neonatólogo

Oftalmólogo

Neurólogo

Psicólogo

ORL

Otros



■ Notas sobre visitas al médico

Fecha de la visita **Médico**

Objeto de la visita

.....
.....
.....
.....

Preguntas a formular

.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....



■ Notas sobre visitas al médico (II)

Fecha de la visita **Médico**

Objeto de la visita

.....
.....
.....
.....

Preguntas a formular

.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....



■ Notas sobre visitas al médico (III)

Fecha de la visita **Médico**

Objeto de la visita

.....
.....
.....
.....

Preguntas a formular

.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....



■ El momento de irse a casa ■

■ Notas sobre visitas al médico (IV)

Fecha de la visita **Médico**

Objeto de la visita

.....
.....
.....
.....

Preguntas a formular

.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....



Exámenes de salud

FECHA																						
EDAD DEL NIÑO																						
PESO																						
TALLA																						
P. CEFÁLICO																						
OTROS DATOS																						

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....



■ Hoja de informe de revisiones

(Pegar)



■ Cómo llevar el registro del crecimiento del niño

En las páginas siguientes se incluyen una serie de gráficas de crecimiento que le permitirá llevar un registro de crecimiento de su hijo. Puede que lo encuentre interesante y le sirva de estímulo ver cómo su hijo va progresando con el tiempo.

Hay cuatro conjuntos de gráficas:

- Niños prematuros con bajo peso al nacer (1.500 - 2.500 gramos)
- Niñas prematuras con bajo peso al nacer (1.500 - 2.500 gramos)
- Niños prematuros con muy bajo peso al nacer (< 1.500 gramos)
- Niñas prematuras con muy bajo peso al nacer (< 1.500 gramos).

Si lo desea, puede desechar las gráficas que no sean aplicables a su hijo.

Cada conjunto contiene las siguientes gráficas:

- Peso
- Talla
- Perímetro cefálico
- Peso según la talla

En la gráfica del peso, localice el pequeño recuadro situado a la derecha de la gráfica.

- Anote en el primer renglón el peso en gramos de su hijo.
- Anote en el segundo renglón la edad gestacional en semanas del niño.
- Anote la edad corregida en el tercer renglón (ver concepto de edad corregida más adelante).

Cada vez que se mida al niño, registre la información en la tabla de la gráfica de crecimiento. Anote la fecha en que se tomaron las medidas, la edad postnatal en meses (número de meses desde el nacimiento del niño), la edad corregida en meses (edad postnatal menos el factor de corrección calculada más arriba), el peso en kilogramos, la talla en centímetros y el perímetro cefálico en centímetros.



(NOTA: un kilogramo son 1.000 grs. Por lo tanto si su hijo pesa 1.700 grs, esto equivale a 1.7 kilogramos).

En la gráfica de peso busque edad corregida de su hijo en el eje horizontal (inferior) de la gráfica. Trace desde allí una vertical hacia arriba hasta el punto donde cruza la línea horizontal que corresponde al peso actual de su hijo. Señale con un punto el lugar de intersección entre estas dos líneas.

Observará que los puntos que ha marcado en la gráfica se sitúan entre o cerca de las curvas de percentiles dibujados en la gráfica. Consulte con el médico o enfermera para saber cómo trazar estas líneas y la interpretación que tienen los distintos percentiles en el caso de su hijo.

NOTA. No todos los niños prematuros crecen igual. Cuanto más pequeño es el niño, más enfermo ha estado, y aquellos que nacen con un peso más bajo que el que corresponde a su edad de gestación, van a crecer más lentamente.



■ El concepto de edad “corregida”

Debido a que su hijo nació de forma prematura, es razonable suponer que quizá no alcance el desarrollo típico asociado a los niños a término. Por ello recomendamos utilice la “edad corregida” del niño al valorar su desarrollo (físico y psicomotor). Para calcular la edad corregida del niño, reste a su edad actual el número de meses que nació prematuramente.

Edad actual de su hijo meses
- Número de meses que se adelantó el nacimiento meses
.....	
= Edad corregida meses

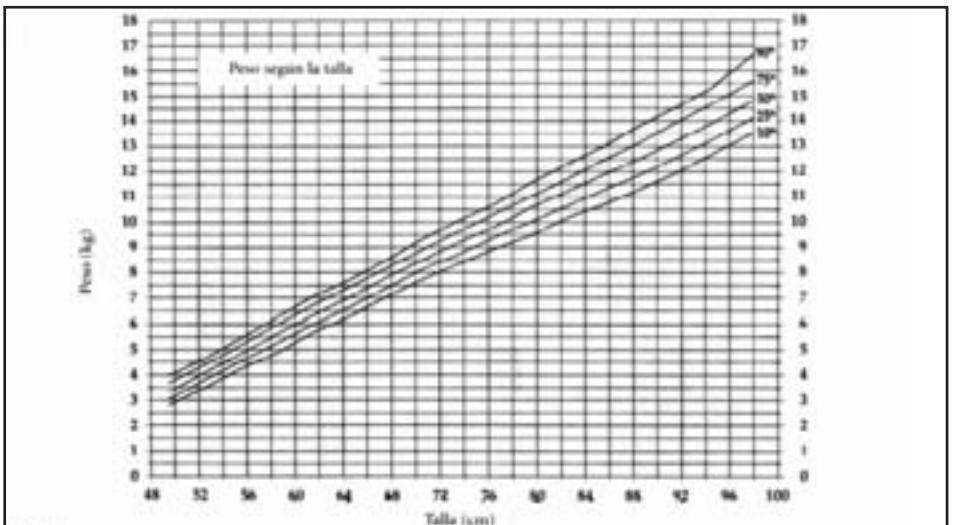
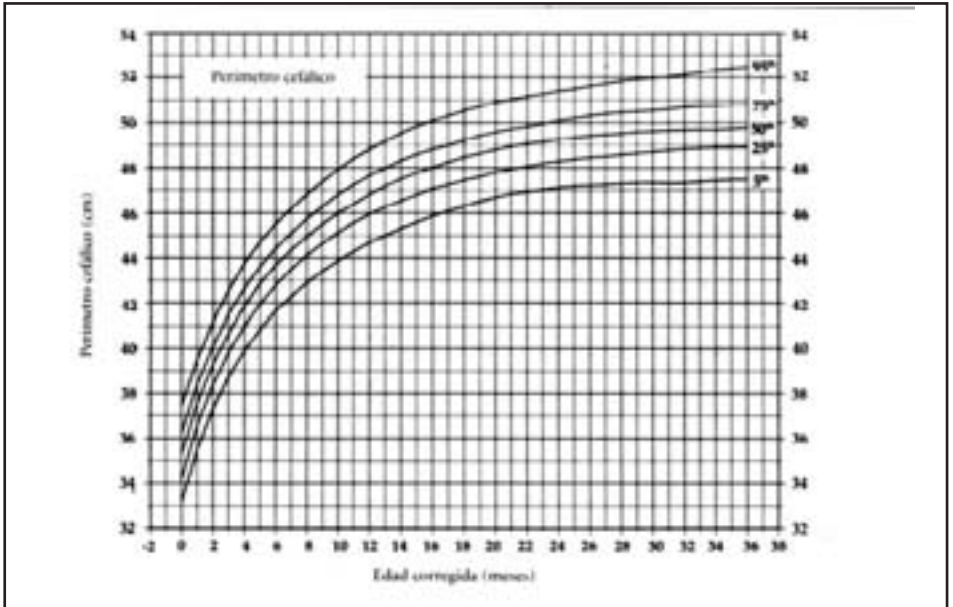
Por ejemplo, si nació hace 5 meses y el nacimiento fue prematuro en 3 meses, su edad “corregida” es de 2 meses.

Su médico y el especialista en el desarrollo infantil deberá evaluar a su hijo según su edad corregida durante los dos o tres primeros años de vida.

Consulte la sección “Cómo llevar el registro de crecimiento del niño” e “Hitos del desarrollo”, para poder evaluar el desarrollo de su hijo prematuro.



■ Curvas de crecimiento para niños prematuros con un peso al nacer de 1.500 a 2.500 gramos



Bibliografía:

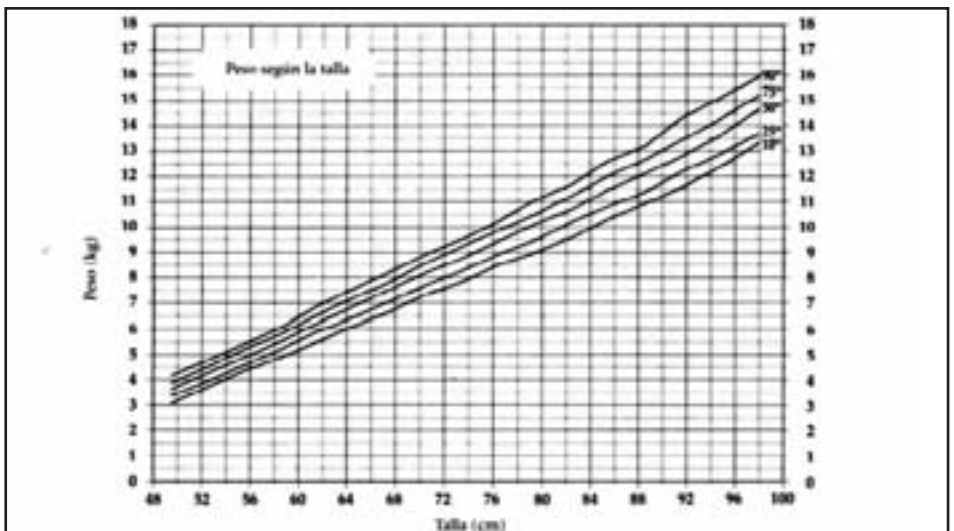
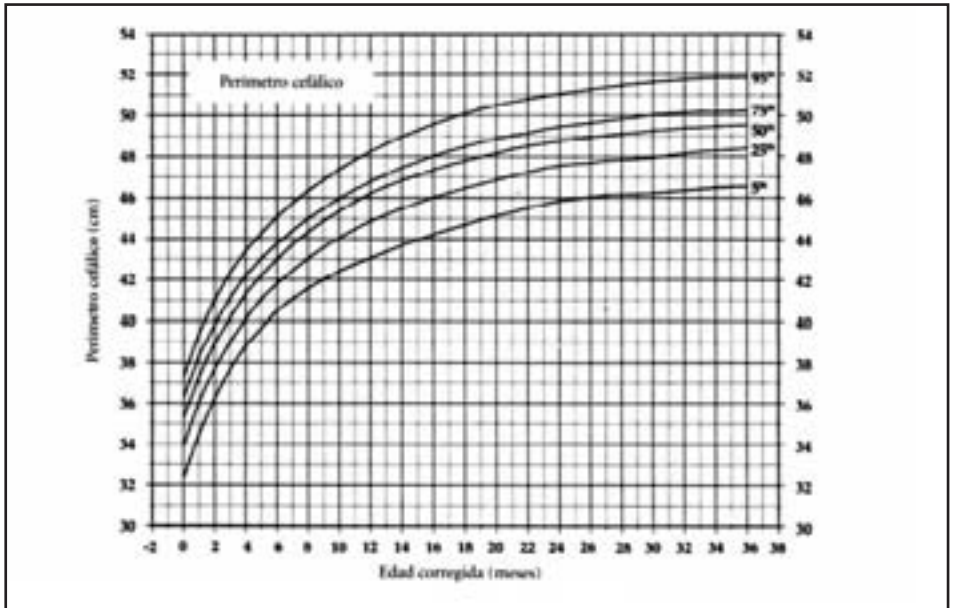
1. Guo SS, Roche AF, Chumlea WC et al: Growth in weight, recumbent length, and head circumference for preterm low-birthweight infants during the first three years of life using gestational-adjusted age. Early Hum Dev 1997 A7:305-325.
 2. Guo SS, Wholihan K, Roche AF, et al: Weight-for-length reference data for preterm, low-birth-weight infants. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:964-970. Copyright 1996, American Medical Association.

Agradecimientos:

Los estudios del Programa de Salud y Desarrollo infantil (IHDP) se han financiado con fondos de las siguientes instituciones: Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts y Bureau of Maternal and Child Health, US Department of Health and Human Services. Las gráficas de percentiles de crecimiento fueron preparadas por el S.S. Guo y A.F. Roche de Wright State University de Yellow Springs, Ohio. El IHDP, sus patrocinadores y los investigadores no recomiendan productos específicos.



■ Curvas de crecimiento para niños prematuros con un peso al nacer menor de 1.500 gramos



Bibliografía:

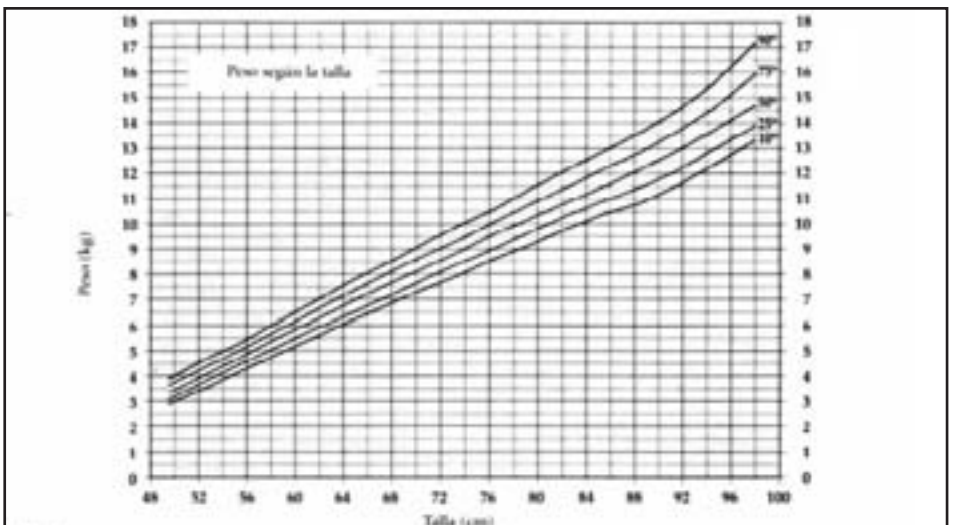
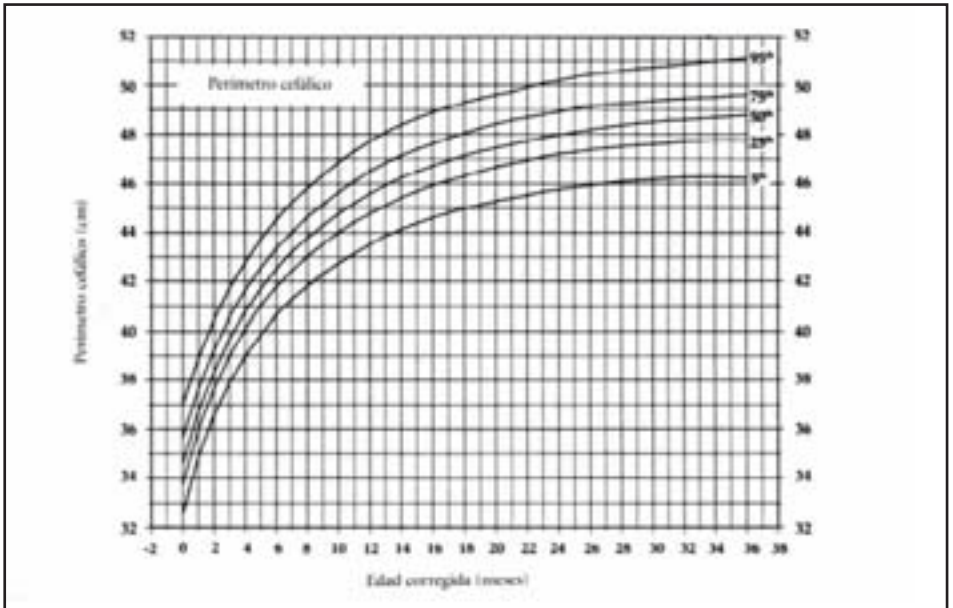
1. Guo SS, Roche AF, Chumlea WC et al: Growth in weight, recumbent length, and head circumference for preterm low-birthweight infants during the first three years of life using gestational-adjusted age. Early Hum Dev 1997 A7:305-325.
 2. Guo SS, Wholihan K, Roche AF, et al: Weight-for-length reference data for preterm, low-birth-weight infants. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:964-970. Copyright 1996, American Medical Association.

Agradecimientos:

Los estudios del Programa de Salud y Desarrollo infantil (IHDP) se han financiado con fondos de las siguientes instituciones: Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts y Bureau of Maternal and Child Health, US Department of Health and Human Services. Los gráficos de percentiles de crecimiento fueron preparados por el S.S. Guo y A.F. Roche de Wright State University de Yellow Springs, Ohio. El IHDP, sus patrocinadores y los investigadores no recomiendan productos específicos.



■ Curvas de crecimiento para niñas prematuras con un peso al nacer de 1.500 a 2.500 gramos



Bibliografía:

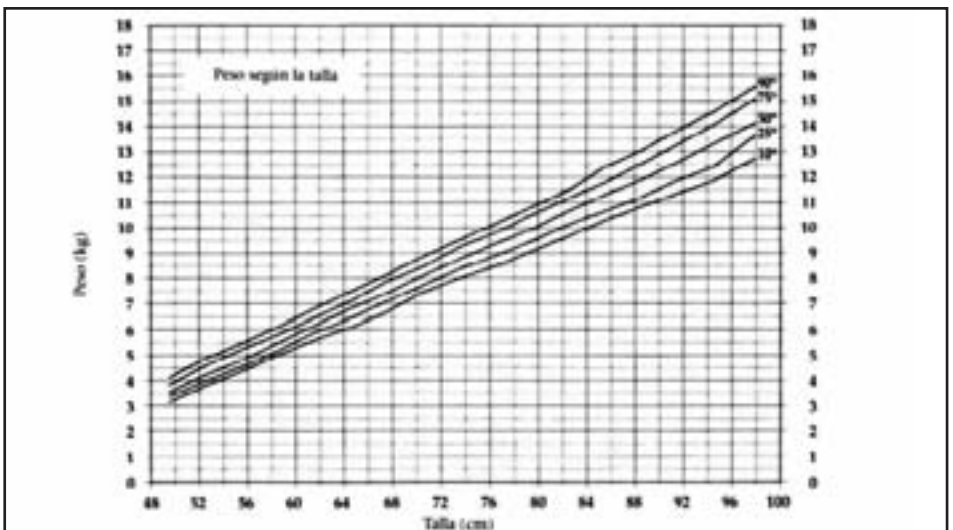
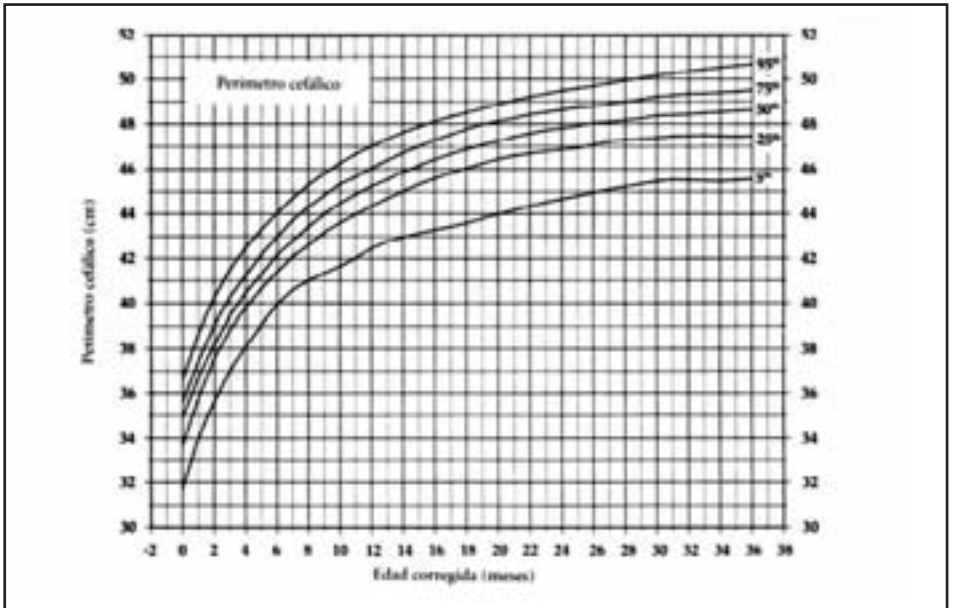
1. Guo SS, Roche AF, Chumlea WC et al: Growth in weight, recumbent length, and head circumference for preterm low-birthweight infants during the first three years of life using gestational-adjusted age. Early Hum Dev 1997 A7:305-325.
 2. Guo SS, Wholihan K, Roche AF, et al: Weight-for-length reference data for preterm, low-birth-weight infants. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:964-970. Copyright 1996, American Medical Association.

Agradecimientos:

Los estudios del Programa de Salud y Desarrollo infantil (IHDP) se han financiado con fondos de las siguientes instituciones: Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts y Bureau of Maternal and Child Health, US Department of Health and Human Services. Las gráficas de percentiles de crecimiento fueron preparadas por el S.S. Guo y A.F. Roche de Wright State University de Yellow Springs, Ohio. El IHDP, sus patrocinadores y los investigadores no recomiendan productos específicos.



■ Curvas de crecimiento para niñas prematuras con un peso al nacer menor de 1.500 gramos



Bibliografía:

1. Guo SS, Roche AF, Chumlea WC et al: Growth in weight, recumbent length, and head circumference for preterm low-birthweight infants during the first three years of life using gestational-adjusted age. Early Hum Dev 1997 A7:305-325.
 2. Guo SS, Wholihan K, Roche AF, et al: Weight-for-length reference data for preterm, low-birth-weight infants. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:964-970. Copyright 1996, American Medical Association.

Agradecimientos:

Los estudios del Programa de Salud y Desarrollo infantil (IHDP) se han financiado con fondos de las siguientes instituciones: Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts y Bureau of Maternal and Child Health, US Department of Health and Human Services. Los gráficos de percentiles de crecimiento fueron preparados por el S.S. Guo y A.F. Roche de Wright State University de Yellow Springs, Ohio. El IHDP, sus patrocinadores y los investigadores no recomiendan productos específicos.



■ Vacunas

El niño prematuro, al igual que los niños nacidos a término debe vacunarse a los dos meses de vida. Si el niño está aún hospitalizado a esta edad, se iniciarán las vacunaciones de DTP, VHB, HiB y MC en el mismo hospital.

■ Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2005. Comité Asesor de Vacunas



VACUNAS	EDAD									
	0 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12-15 meses	15-18 meses	24 meses	3-6 años	11-12 años	13-16 años
Hepatitis B ¹ (Madres HBsAG[-])	HB ²	HB ^{2,3}	HB ³	HB ^{2,3}					HB ⁴	
Difteria/tétanos, tosferina ⁵		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa		dTPa ¹²
Polio ⁶		VPI	VPI	VPI		VPI				
H. Influenzae B ⁷		Hib	Hib	Hib		Hib				
Meningococo C ⁸		MC	MC	MC ⁸		MC ⁸				
Sarampión, rubeola, parotiditis ⁹					TV			TV		
Varicela ¹⁰					VAR					VAR ¹⁰
Neumococo ¹¹		Pn7v	Pn7v	Pn7v		Pn7v				



- 1.- Se pueden emplear dos pautas de vacunación: a) Con inicio al nacimiento y continuación a los 2 y 6 meses de edad. b) Con inicio a los dos meses y continuación a los 4 y 6 meses de edad. Los hijos de madres AgHBs positivo deben recibir una dosis de vacuna junto con 0,5 ml de gammaglobulina antihepatitis B en sitios anatómicos diferentes y dentro de las primeras 12 horas de vida. La segunda dosis se administrará al mes de vida y la tercera a los 6 meses. En los casos de desconocimiento del HBsAg de la madre, deberá administrarse la vacuna al nacimiento e investigarlo de manera que en caso de ser positivo pueda administrarse la gammaglobulina antihepatitis B en la primera semana de vida.
- 2.- Pauta 0-2-6 meses de vacuna frente a hepatitis B.
- 3.- Pauta 2-4-6 meses de vacuna frente a hepatitis B.
- 4.- Vacunación a los 11-12 años pertenecientes a cohortes no vacunados en el primer año de vida. Se empleará la pauta 0-1-6.
- 5.- Difteria, Tétanos y Pertussis acelular en todas las dosis. Administrar la quinta dosis a los 5 años.
- 6.- Polio inactivada en todas las dosis. Bastan 4 dosis.
- 7.- Vacuna conjugada frente a Haemophilus influenzae tipo b.
- 8.- Vacuna conjugada frente a Nisseria meningitidis C. Los últimos datos epidemiológicos aconsejan administrar una dosis de recuerdo en el segundo año de vida, independientemente de las dosis recibidas en la primovacunación. Esta se puede realizar con dos dosis de Neis Vac-C® o con tres dosis de Meningitec® o de Menjugate® . Se aconseja extender la vacunación a adolescentes y adultos jóvenes.
- 9.- Sarampión Rubéola y Parotiditis: Tiple vírica (TV). La segunda dosis se administrará a los 5 años. En aquellos casos en que no se haya recibido la segunda dosis, se completará el esquema en la visita de los 11-12 años.
- 10.- Varicela: El CAV recomienda la vacunación universal de niños sanos a la edad de 12-15 meses. A partir de esa edad, vacunación selectiva de niños susceptibles. Se administrará una sola dosis, salvo en los mayores de 13 años en los que se administrarán dos dosis separadas por 4-8 semanas.
- 11.- Vacuna antineumocócica conjugada 7-valente: pauta 2-4-6 meses con una dosis de recuerdo en el segundo año de vida.



■ 12.- Vacunación a los 13 años con vacuna difteria, tétanos y pertussis de adultos (baja carga antigénica) (dTpa). Con el fin de prolongar la inmunidad frente a estos antígenos, administrar una dosis cada 10 años en la edad adulta.

En niños menores de 2.000 grs. puede no contarse la vacuna inicial de DPT y Polio y requerir un total de 4 dosis en el primer año de vida (consultar con el pediatra).

La utilización de vacunas combinadas (Hexa o Pentavalentes) simplifica la administración de estas y evita múltiples punciones al niño.

■ **Vacuna Rotavirus:** Se recomienda la administración de la vacuna contra el Rotavirus comenzando entre las 6 y 12 semanas de vida, (consulte antes con su pediatra).

■ **Vacuna antigripal:** Se recomienda administrar dos dosis separadas por el intervalo de un mes a los niños que reciben por primera vez la vacuna antigripal. Se puede administrar la primera dosis en cualquier momento entre los 6 y 35 meses de edad. Continuar la vacunación anual en los niños de riesgo.



■ Hitos del desarrollo

A medida que su hijo se va dando cuenta de su entorno, usted comenzará a anticipar la adquisición de ciertas habilidades, por ejemplo, girar sobre sí mismo, sentarse y gatear. Tenga presente que su hijo nació cuando aún estaban muy inmaduros los músculos y el sistema nervioso, y que, consecuentemente, puede que no logre el control motriz grosero y fino con la misma rapidez que un niño a término. Celebre sus logros según va alcanzando los distintos hitos, pero tenga paciencia y comprensión, ya que su desarrollo seguirá su propio ritmo. Recuerde también que la personalidad y la salud del niño, así como los antecedentes educativos y culturales de la familia, pueden influir en su progreso.

Damos a continuación un cuadro que resume los hitos de desarrollo típicos para los prematuros utilizando su edad corregida. Úselo como guía para evaluar el desarrollo de su hijo. En algunos niños es posible que se omitan ciertas fases del desarrollo; esto puede o no afectar la capacidad de aprendizaje ulterior. Es importante avisar con prontitud al médico o al especialista en desarrollo si observa áreas en las que su hijo va más retrasado.



■ Edad: 1 mes de edad corregida

Control motriz grueso: Eleva durante unos segundos la cabeza estando tumbado boca abajo.

Control motriz fino: Suele tener las manos cerradas en puño, abriéndolas y cerrándolas al azar; lleva las manos a la boca; mira fijamente los objetos y las luces.

Intelectual: Comienza a responder ante distintos estímulos sensoriales (sin embargo, la mayoría de los movimientos son aleatorios y constituyen respuestas reflejas al entorno).

Lenguaje: Llora para indicar sus necesidades; escucha y se calma con la voz; establece contacto ocular.

Social: Mira a la cara de las personas; le gusta que le hablen y que le sostengan.



■ Edad: 3 meses de edad corregida

Control motriz grueso: Controla bastante bien la cabeza estando tumbado boca abajo o al estar en una postura apoyada; eleva la cabeza y el tronco estando boca abajo; estira los brazos y las piernas durante el juego moviendo ambos lados de forma simétrica.

Control motriz fino: Agarra el sonajero; sigue con la vista los objetos móviles lentos; junta las manos sobre el centro del pecho.

Intelectual: Comienza a realizar movimientos que afectan a su entorno (intenta alcanzar los objetos de un carrusel, da botes en la silla del bebé); comienza a esforzarse por repetir movimientos que suscitan una respuesta.

Lenguaje: Emite sonidos guturales o balbuceos y se ríe; tiene llantos distintos según sus necesidades (hambre, dolor, aburrimiento).

Social: Sonríe fácil y espontáneamente.



■ Edad: 6 meses de edad corregida

Control motriz grosero: Gira sobre sí mismo y comienza a sentarse bien sin ayuda; se apoya en un antebrazo cuando está tumbado de costado; se empuja con los brazos estando tumbado de costado; se empuja con los brazos estando tumbado boca abajo.

Control motriz fino: Estira los brazos para coger objetos con ambas manos; se pasa juguetes de una mano a otra.

Intelectual: Agita el sonajero; comienza a imitar gestos que él mismo puede ver, sonríe y frunce el ceño; muestra más interés por su entorno y el resultado de sus acciones.

Lenguaje: Emite sonidos guturales o balbuceos y se ríe; se gira para mirar hacia los nuevos sonidos.

Social: Distingue a los extraños; sonríe al verse en un espejo.

Signos de alarma: **Consulte al pediatra o al especialista en desarrollo si su hijo manifiesta alguno de los siguientes signos a esta edad:**

- Tiene dificultad para levantar la mano o elevarse con los brazos cuando está tumbado boca abajo
- No puede mantenerse en un costado para jugar con los juguetes
- No se sienta, ni siquiera con apoyo
- No gira sobre sí mismo o lo hace arqueando el cuello y la espalda
- No hace ningún intento por coger o golpear los objetos
- No gira la cabeza hacia los sonidos o no busca los objetos con los ojos
- Agarra débilmente los objetos o los sostiene sólo brevemente
- Mantiene las manos en puño o no saca el pulgar del puño
- No es capaz de llevarse las manos a la boca o no lo hace con ambas al mismo tiempo
- Sigue con problemas para tomar el biberón o los primeros alimentos sólidos
- No susurra ni balbucea



■ Edad: 9 meses de edad corregida

Control motriz grosero: Es capaz por sí mismo de pasar de estar a gatas a sentado y a la inversa; gatea sobre manos y rodillas.

Control motriz fino: Señala objetos con el dedo índice.

Intelectual: Introduce y extrae juguetes de recipientes.

Lenguaje: Comienza a emitir sonidos de dos sílabas encadenadas (“papá”, “mamá”).

Social: Siente ansiedad ante los extraños; fuerte vínculo con los padres.



■ Edad: 12 meses de edad corregida

Control motriz grosero: Camina solo (puede que no lo aprenda hasta los 15 meses).

Control motriz fino: Utiliza el pulgar y el dedo índice para agarrar los alimentos pequeños; deja caer objetos en un recipiente pequeño.

Intelectual: Comienza a utilizar los objetos con funciones concretas (peine para peinarse); comienza a anticipar las consecuencias de sus conductas.

Lenguaje: Dice al menos dos palabras además de “mamá” y “papá”; reconoce su nombre; imita palabras familiares.

Social: Es tímido, pero disfruta con la atención y el juego; da afecto y se abraza.

Signos de alarma: Consulte al pediatra o al especialista en desarrollo si su hijo manifiesta algunos de los siguientes signos a esta edad:

- Se sienta pero no es capaz de hacerlo solo
- Gatea o se arrastra “dando saltos de conejo”, desplazando ambas piernas hacia delante al mismo tiempo
- No le resulta fácil coger objetos pequeños, como los alimentos que se comen con los dedos
- No busca un objeto cuando se le oculta
- No vocaliza combinaciones de consonantes y vocales (“ba”)
- No mira los libros durante intervalos cortos de tiempo
- Tenga en cuenta que si está demasiado ocupado aprendiendo a gatear o andar, puede mostrar poco interés por las actividades sedentarias. Anímele a pasar algún tiempo realizando actividades “tranquilas” como puede ser pasar las páginas de un libro.
- No responde a juegos verbales sencillos y conocidos, como jugar a dar palmadas.
- Usa un lado del cuerpo con mucha más frecuencia que el otro.



■ Edad: 18 meses de edad corregida

Control motriz grosero:	Control motriz grosero: Sube escaleras sujetándose con un solo apoyo; “corre”.
Control motriz fino:	Control motriz fino: Construye torres de 3-4 bloques.
Intelectual:	Comienza a razonar por ensayo y error; comienza a comprender el razonamiento.
Lenguaje:	Puede señalar tres partes del cuerpo; obedece peticiones sencillas; conoce y puede nombrar de 2 a 5 objetos corrientes; utiliza entre 10 y 20 palabras, incluidos los nombres propios; combina 2 palabras diferentes (“no está” o “quiero galleta”).
Social:	Ayuda con tareas sencillas; imita espontáneamente las acciones de otras personas.

Signos de alarma: Consulte al pediatra o al especialista en desarrollo si su hijo manifiesta alguno de los siguientes signos a esta edad:

- No camina o lo hace de puntillas de forma constante
- No imita sonidos ni pronuncia ninguna combinación de sílabas que representen una palabra (“teta” para galleta)
- No puede construir una torre con bloques
- Durante el juego muestra más interés por meter los juguetes en la boca que por una actividad más productiva utilizando las manos
- Comprende menos de ocho palabras



■ Edad: 24 meses de edad corregida

Control motriz grosero: Alterna los pies al subir las escaleras; da una patada a una pelota.

Control motriz fino: Apila 6 bloques; pasa una a una las hojas de un libro.

Intelectual: Identifica un círculo, un cuadrado y un triángulo; sabe el uso de muchos objetos; comprende que tiene identidad propia separada del entorno.

Lenguaje: Utiliza frases de 2 palabras; comprende las preguntas y órdenes sencillas; indica que quiere beber.

Social: Social: Se lava y se seca las manos; ayuda a vestirse.

Signos de alarma: Consultar al pediatra o al especialista en desarrollo si su hijo manifiesta alguno de los siguientes signos a esta edad:

- No combina dos palabras cuando habla
- No identifica objetos básicos o dibujos de objetos básico
- Sus habilidades de juego siguen siendo imitativas en su mayor parte y no inicia por sí mismo el juego, carece de equilibrio y control en algunas habilidades motrices groseras (se cae o tropieza mucho más que otros niños de su misma edad)
- No es capaz de completar un rompecabezas o un juego sencillo de formas geométricas
- No cumple órdenes sencillas como “dame”
- No es capaz de nombrar las partes básicas del cuerpo



■ Edad: 30 meses de edad corregida

**Control motriz
grosero:** Salta con ambos pies.

**Control motriz
fino:** Ensarta cuentas; sujeta el lápiz con la mano y con el puño.

Intelectual: Conoce canciones sencillas con gestos de las manos; completa rompecabezas sencillos; comienza a comprender las instrucciones básicas.

Lenguaje: Utiliza correctamente los pronombres “yo”, “tú” y “a mí”; dice su nombre completo; es posible que diga “no” cuando quiera decir “sí”.

Social: Juega al “corre que te pillo”; afirma su personalidad.



■ Edad: 36 meses de edad corregida

Control motriz grosero: Mantiene el equilibrio sobre un pie durante 5 segundos; conduce un triciclo.

Control motriz fino: Inicia la construcción de un puente con bloques.

Intelectual: Distingue grande y pequeño; comprende las instrucciones básicas; cree que todos los objetos están relacionados con él mismo.

Lenguaje: Puede identificar los colores primarios; puede cantar canciones; hace preguntas tipo ¿qué...?

Social: Juega con otros niños; espera su turno; hace gestos con la mano.

Signos de alarma: Consulte al pediatra o al especialista en desarrollo si su hijo manifiesta alguno de los siguientes signos a la edad de 36 meses:

- No utiliza las preposiciones (“en”, “por” y “a”) cuando habla
- No es capaz de copiar un círculo (ni es capaz de intentarlo)
- Se expresa tan mal que a los demás les resulta imposible entenderle
- No cumple órdenes sencillas con las preposiciones “en”, “sobre” y “debajo de”
- No responde correctamente a preguntas sencillas del tipo “sí” o “no”
- No salta separando ambos pies del suelo
- No sabe comer con una cuchara



■ Algunas dudas

Se completan en esta sección algunas preguntas que se pueden plantear al tener el niño en casa y que no están contestadas en apartados anteriores. Por supuesto existirán muchas más de las que están recogidas en este Manual y que podréis hablar con vuestro médico, así como a las Asociaciones que puedan existir de ayuda e inclusive en Internet. En www.prematuros.info se encuentra una interesante selección de enlaces a otras páginas relacionadas con la prematuridad.

■ Salir

Podrá salir cuando tenga la edad que corresponda a la fecha de su posible nacimiento, teniendo cuidado de evitar lugares en que se concentre mucha gente (escuelas o guarderías, comercios, iglesias).

Cuando acuda a las consultas médicas, intente no estar en momentos de aglomeración y/o junto a niños mayores en épocas epidémicas de catarrros.

■ Visitas a casa

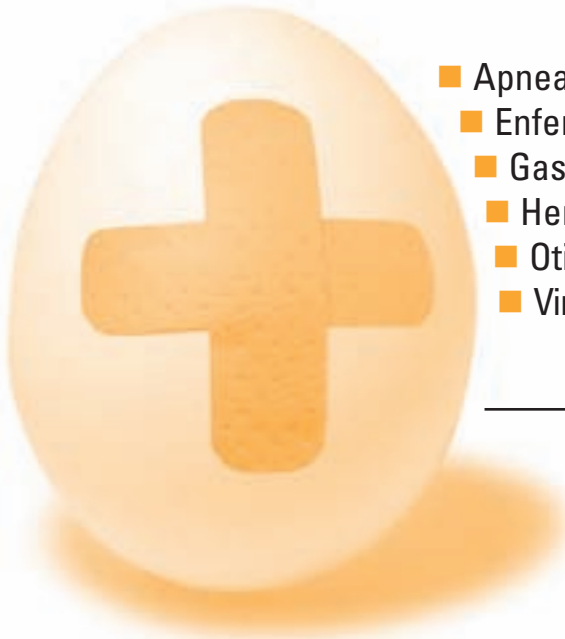
Es natural que toda la familia y amigos quieran conocer al nuevo niño. No existe ningún problema, salvo que es necesario evitar que lo visiten muchas personas a la vez. Aquellos que estén resfriados o padezcan alguna enfermedad infectocontagiosa, no deben cogerlo en brazos.

Puede aprovechar estas visitas para descansar, pasear o relajarse haciendo otras actividades.

■ Fumar

Debe evitar exponer al niño al humo del tabaco; está demostrado que puede aumentar los problemas respiratorios (bronquiolitis, tos, asma). Si alguno de los padres tiene que fumar, nunca lo haga con el niño en brazos y es preferible sea fuera de la habitación del niño y de la casa. Recuerde que es un buen momento para dejar de fumar.

■ Problemas de salud más importantes



- Apneas
 - Enfermedad por reflujo (ERGE)
 - Gastroenteritis
 - Hernia
 - Otitis
 - Virus Respiratorio Sincitial (VRS)
-



■ Apneas con la alimentación

El niño prematuro tiene un patrón de respiración diferente a otros niños: respira más agitado, con ruidos y cuando está comiendo hace esfuerzos con su tórax. Puede parecer que su respiración se para y cambia de color; en este caso deberá dejar de darle el biberón, estimularle con golpes en la espalda (con el niño incorporado). Normalmente con esto será suficiente.

Si estos episodios son muy frecuentes consulte con su médico.

■ Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Los niños nacidos de forma prematura sufren a menudo un trastorno denominado enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE o “enfermedad por reflujo”). La ERGE se produce cuando el músculo situado en la entrada del estómago, llamado esfínter esofágico inferior, se abre con frecuencia excesiva, permitiendo el flujo retrógrado de los alimentos parcialmente digeridos y del ácido del estómago hacia el esófago. Esta zona suele estar cerrada salvo en el momento de tragar, vomitar o eructar.

A menudo, la ERGE se desarrolla en los prematuros como consecuencia de sus problemas pulmonares, aunque también puede aparecer en ausencia de ellos. Cuando el niño tiene que hacer mucho esfuerzo para respirar o cuando respira rápidamente, el esfínter esofágico inferior queda abierto, produciendo el reflujo del contenido del estómago. En otros casos, la debilidad o inmadurez de los músculos del aparato digestivo pueden ser los causantes de la ERGE.

En la mayoría de los niños, la ERGE suele resolverse durante el primer



■ Problemas de salud más importantes ■

año de vida. Sin embargo, es importante vigilar los signos de esta enfermedad, ya que puede ser grave si no es tratada.

Llamar al médico si:

- Tiene regurgitaciones frecuentes
- Deja de respirar y sufre distrés respiratorio durante o después de la alimentación
- A menudo se muestra intranquilo durante o después de la alimentación
- Come poco y parece sentirse lleno enseguida
- Arquea la espalda durante la alimentación
- Pierde peso o tiene dificultad para ganarlo

Existen varios métodos para diagnosticar y tratar la ERGE. Si sospecha que su hijo pudiera estar afectado por esta enfermedad, procure comentarlo cuidadosamente con el médico para asegurarse de que comprende las distintas opciones terapéuticas.

■ Gastroenteritis

Las deposiciones de un niño prematuro suelen ser amarillas, castaño oscuro, de consistencia blanda y en un número variable entre 1-6 por día. Con la leche de fórmula pueden ser más consistentes e incluso duras, menos numerosas (1-2 por día) y de color más verdoso.

Si el niño hace las deposiciones líquidas, muy frecuentes en 6-8 horas, consulte con su médico.

El vómito debe diferenciarse de la regurgitación; en esta última se emite una pequeña cantidad, tras la toma o entre toma y toma, y no se afecta el crecimiento del niño. Si la cantidad es grande o comprende casi todo lo que toma, consulte con su médico.



■ Hernia

Al nacer el niño prematuro, muchos órganos están aún inmaduros, por lo que ciertas aberturas que existen en el feto no han podido cerrarse, concretamente a nivel del ombligo y las ingles. Esto determina que su hijo pueda tener una hernia de ombligo o inguinal, que no va a estar presente cuando nazca, sino que va a aparecer más tarde.

Las hernias del ombligo, aunque son a veces grandes, suelen desaparecer en los dos primeros años. Sólo necesitarán cirugía si son muy grandes o se estrangulan.

Las hernias inguinales deben operarse; el médico decidirá cuándo es el momento.

■ Otitis

Los niños nacidos prematuramente suelen presentar durante los dos primeros años de vida inflamación del oído medio (otitis) con más frecuencia que los nacidos a término. Es conveniente que cuando esté muy llorón, sin calmarse con las medidas habituales, rechazando el alimento y posiblemente con fiebre, consulte con urgencia a su médico o acuda a un servicio de urgencias cercano.

La lactancia materna es un método eficaz para prevenir este problema.



■ Virus respiratorio sincitial

■ ¿Qué es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS)?

El Virus Respiratorio Sincitial es el virus que afecta de manera más frecuente a los niños pequeños. A la edad de dos años prácticamente todos los niños han sufrido una infección por este virus. En la mayoría de los casos, los síntomas producidos por el VRS son parecidos a los de un resfriado común. Existen grupos de niños llamados de riesgo como son los niños prematuros menores de 35 semanas, los niños con cardiopatías congénitas, los niños con enfermedades pulmonares, los niños trasplantados o inmunodeprimidos que se encuentran más desprotegidos frente a este virus.

El VRS se contagia de manera estacional, fundamentalmente en los meses que van de otoño a primavera.

Los niños prematuros tienen menos desarrollados sus pulmones y también menos desarrolladas sus defensas naturales, por lo que el VRS puede producir en ellos una infección respiratoria grave, que podría suponer una amenaza para el bebé (como una hospitalización) o incluso dejarle secuelas duraderas como el asma y otros problemas respiratorios.

El VRS es el principal motivo de ingreso debido a causa respiratoria de los niños prematuros.

■ ¿Qué síntomas produce la infección por VRS?

Los síntomas, inicialmente, son muy parecidos a los de un resfriado común: fiebre baja, moqueo... Después de 3-5 días el virus puede extenderse por el tracto respiratorio inferior y los síntomas pueden empeorar de manera tal que el niño puede tener tos, dificultad para respirar, respiración con pitido o respiración rápida. Es importante saber que un niño prematuro, por ser de alto riesgo, puede ponerse enfermo rápidamente y necesitar cuidados urgentes. Por eso la prevención frente al VRS es tan importante.



■ ¿Qué medidas existen para disminuir el riesgo de infección por VRS?

Existen básicamente dos tipos de medidas:

1. Medidas higiénicas:

El VRS es un virus muy contagioso. Además de acudir a su médico para que valore si su hijo debe recibir protección farmacológica, existen otras precauciones que usted debería tomar en la medida de lo posible, como son:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Emplear pañuelos de papel de un solo uso y desecharlos.
- Limpiar y desinfectar los juguetes y el entorno próximo del bebé.
- Evitar guardería.
- Evitar exponer al bebé a lugares con gran aglomeración de gente (centros comerciales, transportes públicos, fiestas familiares...).
- Evitar que se acerquen al bebé personas resfriadas.
- No exponer al bebé al humo del tabaco.
- Utilizar habitaciones separadas para el bebé y sus hermanos.
- Solicitar a su médico la última información sobre el VRS.

2. Medicación inicial para prevenirle de un contagio

■ ¿Qué es esta medicación y cómo protege a mi bebé?

La medicación para proteger al niño consiste en la administración a su bebé de un anticuerpo que el resto de los niños que no son prematuros han recibido de sus madres en las últimas semanas de embarazo de manera natural. Su hijo al nacer antes de tiempo no ha podido recibir este anticuerpo, por lo que se encuentra más desprotegido frente al VRS. Hoy afortunadamente, podemos proporcionar a su hijo una protección lo más parecida posible a la que habría recibido de usted si no hubiera nacido prematuramente.

Esta protección se consigue mediante una inyección intramuscular en el



■ Problemas de salud más importantes ■

muslo una vez al mes durante toda la temporada del VRS (de otoño a primavera). Puede usted preguntar a su doctor por esta medicación que se administra habitualmente en su Unidad.

■ ¿Es sencillo seguir este tratamiento?

La protección que este anticuerpo proporciona tiene una duración aproximada de 30 días. Por ello, es muy importante iniciar la serie de inyecciones antes de que comience el periodo epidémico para que cuando llegue el virus, su hijo ya esté protegido. También es muy importante que el bebé reciba su inyección cada mes mientras dure la temporada de VRS. Lo mejor para no dejar desprotegido al bebé en ningún momento es que reciba la inyección el mismo día de cada mes. Si su hijo está hospitalizado durante la temporada del VRS, las inyecciones deberían iniciarse 5 días antes de volver a casa y continuar durante toda la temporada.

Fecha

Dosis n°

Fecha	Dosis n°

■ Indicaciones de la Sociedad Española de Neonatología para la prevención del VRS con anticuerpos específicos (2005).

De acuerdo con la evidencia científica actual, la profilaxis con anticuerpos específicos se considera:



a) Muy recomendable en:

- Niños menores de 2 años afectados de enfermedad pulmonar crónica que han requerido tratamiento (suplementos de oxígeno, broncodilatadores, diuréticos o corticoides) en los 6 meses anteriores al inicio de la estación de VRS o que son dados de alta durante la misma.
- Niños menores de 2 años afectados de cardiopatía congénita con alteración hemodinámica significativa (en tratamiento de insuficiencia cardíaca, con hipertensión pulmonar moderada o grave, o con hipoxemia).
- Niños prematuros nacidos antes de las 28 semanas de gestación o menos que tengan 12 o menos meses de edad al inicio de la estación del VRS o dados de alta durante la misma.
- Niños prematuros nacidos entre las 29 y 32 semanas de gestación que tengan 6 o menos meses al inicio de la estación del VRS o sean dados de alta durante la misma.

b) Recomendable en:

- Niños prematuros nacidos entre las 32 y 35 semanas de gestación y menores de 6 meses al inicio de la estación del VRS o dados de alta durante la misma que presenten dos o más de los siguientes factores de riesgo:
 - Edad cronológica menor de 10 semanas al inicio de la estación.
 - Ausencia de lactancia materna o de duración inferior a 2 meses (por indicación médica).
 - Tener al menos un hermano en edad escolar (< 14 años).
 - Asistencia a guardería.
 - Condiciones de hacinamiento en el hogar (> 4 personas adultas).
 - Antecedentes familiares de sibilancias.
 - Malformaciones de las vías aéreas o enfermedad neuromuscular.

NOTA: *La profilaxis con anticuerpos específicos no afecta al calendario vacunal ordinario, que será seguido con normalidad, y tampoco interfiere en la vacunación antigripal, que puede administrarse a partir de los 6 meses de edad.*

■ Glosario



Diccionario de términos
relacionados con la
prematuridad.
De la A a la Z.



■ Glosario

A término: niño nacido entre 37 y 42 semanas de gestación.

Alimentación parenteral: alimentación por vía intravenosa, es decir, se administran los nutrientes directamente a sangre.

Alimentación por sonda gástrica: ver “sonda nasogástrica”.

Alimentación trófica: al niño prematuro se le proporcionan sólo unas pocas gotas de leche materna al día hasta que está lo suficientemente estable para recibir una lactancia materna completa. Esto favorece la maduración del tracto gastrointestinal y la producción de enzimas que facilitarán la alimentación posterior.

Alvéolo: parte del pulmón donde la sangre recibe oxígeno. Tienen forma de saco y se sitúan en la terminación de las ramificaciones bronquiales.

Analgésicos: son los medicamentos que tienen capacidad de disminuir o eliminar el dolor.

Anemia: concentraciones anormalmente bajas de hematíes o de hemoglobina en la sangre.

Antibióticos: son los medicamentos capaces de matar las bacterias o capaces de disminuir su tasa de crecimiento; se utilizan para tratar las infecciones causadas por bacterias.

Antibióticos ototóxicos: fármacos utilizados para combatir las infecciones que pueden causar problemas auditivos.

Anticuerpos: sustancias proteicas en la sangre que atacan a cualquier sustancia extraña, tales como las bacterias, los virus o los órganos transplantados.

Aorta: arteria principal que sale del corazón.

Apgar: puntuación que se da los recién nacidos cuando tienen un minuto y cuando tienen cinco minutos de vida. Informa a los médicos sobre la respiración, el ritmo cardíaco, el nivel de actividad, el tono muscular y el color de la piel del bebé. La puntuación máxima que un niño puede obtener es de 10 y la mínima de 0. Las puntuaciones por encima de 6 implican que el niño está bien.

Apnea: pausa en la respiración que dura 15-20 segundos o más, a veces induciendo cambios de color (azul o pálido) en el niño.

Arteria pulmonar: la arteria que lleva sangre del corazón a los pulmones.

Asesor en lactancia: profesional sanitario experto en la lactancia materna y los consejos prácticos sobre ella.

Asfixia: descenso del nivel de oxígeno en el cuerpo, acompañado de un aumento en el nivel de



dióxido de carbono. Si no se corrige con rapidez, este trastorno puede provocar lesiones graves en los sistemas orgánicos e incluso la muerte.

Audiólogo: profesional sanitario especializado en el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de audición.

Azúcar en sangre: concentración de glucosa en la sangre.

Bacteria: es un germen capaz de causar enfermedades graves y que se tratan con antibióticos.

Bajo peso para la edad gestacional: el de los bebés nacidos prematuramente o después de un período de gestación normal pero que al nacer pesan menos de lo que les correspondería para su edad gestacional. Son pequeños debido a crecimiento lento antes del nacimiento y suelen estar por debajo del percentil 10 en la curva de crecimiento estándar de su edad.

Bilirrubina: producto de degradación de los hematíes. El exceso de esta sustancia puede causar una coloración amarillenta de la piel o ictericia.

Bomba de infusión: dispositivo conectado a una vía intravenosa que regula la cantidad exacta de líquido que entra en el torrente sanguíneo del niño.

Bradycardia: frecuencia cardíaca anormalmente lenta para ese individuo.

Bronquiolitis: inflamación de las pequeñas vías aéreas de los pulmones.

Calostro: líquido seroso y amarillento segregado por las mamas antes del inicio de la lactancia. Este líquido es rico en anticuerpos que protegen al recién nacido contra las infecciones.

Canalizar: es introducir un catéter en una arteria o en una vena.

Cánula nasal: tubo estrecho y flexible para administrar a través de los orificios nasales del bebé.

Cardiólogo: médico que se especializa en el tratamiento de los problemas del corazón.

Catéter umbilical: tubo estrecho y flexible que se introduce en el cordón umbilical del niño a través de un vaso sanguíneo.

Catéter: tubo estrecho y flexible que se introduce en el cuerpo para extraer o introducir líquidos.

Catéteres percutáneos de silastic: ver “vía percutánea”.

Cianosis: coloración azul violácea de la piel y las mucosas. Se observa sobre todo en los labios, alrededor de la boca y en las extremidades. La causa es una baja cantidad de oxígeno en la sangre.

Colostomía: abertura en la pared abdominal (creada quirúrgicamente) que permite que el colon (porción inferior del intestino grueso) se vacíe directamente en una bolsa de recogida.

Contagioso: capaz de transmitir una infección de una persona a otra.



Convulsión: actividad eléctrica anormal del cerebro que produce movimientos involuntarios de los músculos y espasmos.

Corticoide: medicamento que se pone a las madres con amenaza de parto prematuro. Son capaces de madurar el pulmón, el cerebro y el intestino.

CPAP: Presión Positiva Continua de las Vías Respiratorias: (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP). Uso de cánulas nasales pequeñas en la nariz del bebé para mantener una pequeña cantidad de aire en los pulmones al final de cada respiración. Esto evita el colapso de los alvéolos pulmonares.

Cultivo: prueba de laboratorio para detectar una infección. Se pueden hacer cultivos de la piel, del líquido raquídeo, de la sangre, de la orina o de las secreciones. De este modo se puede observar si crecen las bacterias para identificarlas y poder tratarlas mejor.

Cuna térmica: es una cuna con una fuente de calor, generalmente por encima del niño, que ayuda a éste a mantener la temperatura.

DBP: ver “displasia broncopulmonar”.

De alto riesgo: término empleado para describir a las personas o las situaciones que requieren una asistencia o intervención especial para impedir que el problema se agrave.

Derivación: vía de paso creada mediante cirugía entre dos zonas del cuerpo, como la derivación ventriculoperitoneal en el niño con hidrocefalia para el drenaje de líquido de los ventrículos cerebrales hacia la cavidad abdominal.

Diabetes: trastorno del metabolismo de la glucosa.

Displasia broncopulmonar (DBP): trastorno respiratorio crónico que se produce como consecuencia de las lesiones pulmonares provocadas por la ventilación mecánica, oxígeno, etc.

A los niños que precisan oxígeno suplementario hasta las 4 semanas antes de la fecha probable del parto se les diagnostica este trastorno. Se denomina también enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad (EPC).

Diurético: medicamento que sirve para orinar más y eliminar el exceso de líquido.

Doppler: forma de ultrasonido que se puede usar para oír los latidos del corazón del feto. Esta prueba puede determinar la cantidad de flujo sanguíneo a través de los vasos sanguíneos.

Drenaje: procedimiento que permite la salida de aire o líquido de una cavidad o herida. Eso se consigue colocando un catéter en aquel lugar donde haga falta que salga el líquido o el aire.

Ecocardiograma: utilización de ultrasonido para valorar la estructura y el funcionamiento del corazón y los grandes vasos.

Ecografía: ver “ultrasonido”.

Edad corregida: la edad que el niño prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente.

Edad gestacional: número de semanas entre el primer día de la última menstruación y la fecha de nacimiento.

Electrocardiograma (ECG): registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

Electroencefalograma (EEG): registro gráfico de la actividad eléctrica del cerebro.

Enfermedad de la membrana hialina: ver “síndrome de distrés respiratorio”.

Enfermedad por el virus respiratorio sincitial (VRS): infección respiratoria causada por un virus muy común que puede tener consecuencias en los niños prematuros, con o sin DBP, y en los niños con enfermedades cardíacas congénitas.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): flujo retrógrado del contenido del estómago hacia el esófago que a veces puede causar vómitos.

Enfermedad pulmonar crónica (EPC): ver displasia broncopulmonar.

Enterocolitis necrosante (ECN): enfermedad del tracto intestinal causada por la inflamación o disminución del flujo sanguíneo al intestino. Esta complicación que afecta a los niños prematuros suele mejorar con el tratamiento, pero puede agravarse y causar perforación del intestino, sepsis o la muerte del paciente.

Esfínter inferior del esófago: músculo situado en la unión del esófago con el estómago. Normalmente mantiene cerrada la abertura al estómago, salvo en el momento de tragar, vomitar o eructar.

Estenosis: estrechamiento de alguna vía; la estenosis puede darse por ejemplo en una arteria o puede darse en el intestino. Generalmente provoca una obstrucción.

Fiebre: elevación de la temperatura corporal.

Fisioterapeuta: profesional sanitario que trabaja con los niños prematuros para ayudarles en su desarrollo neuromuscular. Es frecuente que participen también durante el tratamiento de seguimiento.

Fondo de ojo: prueba que se realiza para visualizar los vasos sanguíneos de la retina. Sirve para diagnosticar tempranamente la retinopatía de la prematuridad.

Fontanelas: zonas blandas localizadas entre los huesos del cráneo del recién nacido.

Formación del vínculo entre padres e hijos: proceso por el cual los padres y el niño forman lazos emocionales entre ellos.

Fototerapia: tratamiento especial con luz para recién nacidos con ictericia en el que se coloca al recién nacido afectado bajo luces fluorescentes especiales que descomponen la bilirrubina para que pueda ser eliminada del cuerpo.



Frecuencia Cardíaca: número de latidos cardíacos en un minuto.

Frecuencia Respiratoria: número de veces que se respira en un minuto.

Fuente de calor radiante: fuente de calor utilizada con una cuna abierta que permite acceder al niño y al mismo tiempo calentarlo.

Gases en sangre arterial: análisis de la sangre para determinar las concentraciones de oxígeno y de dióxido de carbono, así como la acidez de la sangre.

Gastrostomía: orificio artificial que se realiza en el estómago mediante procedimiento quirúrgico que sirve para poder administrar alimento a pacientes que no pueden ingerirlos por la boca durante tiempo prolongado.

Gestación: período de tiempo comprendido entre la fertilización del óvulo y el nacimiento. La duración media de la gestación en humanos es de 39 semanas.

Glucosa: azúcar simple que aporta energía al cuerpo.

Hemafes: las células sanguíneas que transportan el oxígeno.

Hemiplejía: tipo de parálisis cerebral en el que hay afectada una pierna y un brazo del mismo lado.

Hemorragia intracraneal: ver “hemorragia intraventricular”.

Hemorragia intraventricular (hemorragia intracraneal o sangrado cerebral): sangrado anormal en el interior de los ventrículos cerebrales que pueden extenderse a los tejidos adyacentes.

Hemorragia subaracnoidea: hemorragia en el espacio que rodea la superficie del cerebro.

Hidrocefalia: acumulación anormal de líquido en las cavidades del cerebro, caracterizada por un aumento anormal del tamaño de la cabeza y la pérdida progresiva de tejido cerebral.

Hiperbilirrubinemia: ver “ictericia”.

Hipertensión: aumento de la presión sanguínea.

Hipertonía: aumento anormal del tono muscular.

Hipoacusia: disminución de la audición relativamente frecuente en el niño. Es necesario diagnosticarla precozmente para evitar problemas posteriores.

Hipotonía: disminución anormal del tono muscular.

Hipoxia: nivel insuficiente de oxígeno en el cuerpo.

Hitos del desarrollo: puntos importantes en el desarrollo del niño como puede ser el gatear, andar o hablar.

Ictericia: coloración amarillenta de la piel producida por una cantidad de bilirrubina en sangre superior a la normal.



Ileostomía: creación quirúrgica de una abertura en la pared abdominal, a través de la cual se vacían las materias fecales del intestino a una bolsa de recogida. Esta intervención puede ser necesaria cuando existen problemas como obstrucción intestinal o enterocolitis necrosante.

Incubadora: cuna para mantener a los niños prematuros en un ambiente controlado y para protegerlos de las infecciones.

Indometacina: medicación que se administra a niños pretérmino para cerrar ductus.

Infección por estreptococo del grupo B (EGB): infección bacteriana que puede ser transmitida al bebé por la madre, aunque ella no tenga síntomas, durante el proceso del parto.

Infecciones nosocomiales: enfermedades infecciosas adquiridas en el hospital.

Inflamación: respuesta del cuerpo ante una lesión, cuyos signos pueden ser dolor, calor, enrojecimiento e hinchazón.

Inmunización: administración de una vacuna para inducir la producción de anticuerpos que protegen contra una enfermedad infecciosa.

Intervención temprana: programas y servicios para niños con retrasos del desarrollo.

Intravenoso (IV): administración de líquidos, sustancias nutritivas o medicamentos directamente en una vena.

Intubación: inserción de un tubo en la tráquea a través de la nariz o la boca para asistir la respiración.

Lanugo: vello fino, suave y de color claro, que cubre el cuerpo del feto y de algunos prematuros.

Leucocito: células de la sangre también llamadas glóbulos blancos cuya misión es proteger y defender al organismo de las infecciones.

Líquido cefalorraquídeo: es el líquido que se encuentra dentro del cerebro y en la columna vertebral. Se puede realizar una extracción de este líquido para descartar meningitis.

Líquido pulmonar fetal: líquido segregado por los pulmones fetales antes del nacimiento.

Meconio: material fecal de color verdoso a negro que constituye las primeras heces del recién nacido y que se excreta durante o poco después del parto.

Meningitis: inflamación de las meninges, la membrana que cubre y protege el cerebro y la médula espinal, ocasionada por un virus o por una bacteria.

Método canguro: método por el que se coloca al niño contra el pecho de los padres, con el fin de establecer el contacto piel a piel.

Microorganismos gramnegativos: tipo de bacterias que pueden causar infección después de entrar en el cuerpo del niño a través de vías, tubos, lesiones de la piel o durante el parto.



Monitor: aparato que registra información acerca de una determinada función, como la frecuencia cardíaca, temperatura corporal, frecuencia respiratoria o presión sanguínea.

Nebulizador: método de administración de humedad o medicamentos por el cual son convertidos en una fina pulverización para ser inhalados.

Neonatólogo: médico que se especializa en el cuidado y el desarrollo de los niños prematuros y recién nacidos.

Neumonía: infección de los pulmones que produce dificultad respiratoria, tos, dolor torácico y fiebre.

Neumotórax: afección en la cual el aire pasa de los pulmones a la cavidad torácica y comprime los pulmones y el corazón. Normalmente hay que extraer ese aire que ha salido del pulmón.

Neurólogo: médico que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.

No invasivo: describe un procedimiento que no requiere atravesar la piel con una inyección o incisión ni penetrar en una cavidad u órgano del cuerpo.

Nutrición parenteral: administración de los alimentos directamente al torrente sanguíneo del niño, suministrándole los nutrientes necesarios como los hidratos de carbono, electrolitos, proteínas, minerales, vitaminas y grasas, sin utilizar el tubo digestivo.

Oftalmólogo: médico especialista en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones o defectos oculares, incluida la prescripción de gafas y medicamentos y la realización de cirugía.

Oxido nítrico: gas que se administra en los pulmones para mejorar la oxigenación en los bebés muy enfermos.

Oxígenooterapia: cualquier procedimiento en el que se administra oxígeno suplementario a un bebé.

Parálisis cerebral: es un trastorno fundamentalmente motor, responsable de las alteraciones de la alimentación, el habla y el lenguaje en los niños que la padecen.

Perforación intestinal: orificio en el intestino.

Período neonatal: intervalo de tiempo entre el nacimiento y los 28 días de edad.

Período perinatal: período que se extiende, aproximadamente, desde la semana 28 de gestación hasta los 7 días después del nacimiento.

Persistencia del conducto arterioso (PCA): trastorno en el que el conducto vascular que comunica la aorta (la arteria principal del cuerpo) con la arteria pulmonar (la arteria que lleva la sangre a los pulmones) no se cierra debidamente poco después del nacimiento.

Plaquetas: células de la sangre cuya misión es la coagulación de la sangre.

Prematuro: niño nacido antes de completar la semana 37 de gestación .

Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): método de asistencia respiratoria que suministra un flujo constante de oxígeno a los pulmones del niño para mantener abiertos los alvéolos durante la respiración.

Presión sanguínea: la presión que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Esta presión permite que la sangre fluya por los vasos.

Problemas de desarrollo: incapacidad para adquirir las habilidades esperadas correspondientes a una edad determinada. Puede incluir los problemas de coordinación motriz gruesa y fina (como girar sobre sí mismo, sentarse o recoger objetos oponiendo el pulgar y dedos), sociales, de lenguaje y los trastornos del aprendizaje.

Pronóstico: predicción del curso probable de una enfermedad y su resultado final.

Pulsioxímetro: aparato capaz de medir la cantidad de oxígeno en sangre.

Punción lumbar: técnica diagnóstica en la que se extrae el líquido cefalorraquídeo mediante la introducción de una aguja a través del espacio entre dos vértebras lumbares hasta la zona que contiene el líquido cefalorraquídeo.

Puntuación de Apgar: valoración del estado físico de un recién nacido en los primeros minutos de vida. Se basa en cinco criterios: frecuencia cardíaca, trabajo respiratorio, tono muscular, respuesta a la estimulación y color de la piel. Cada criterio recibe una puntuación entre 0 y 2, por lo que la máxima puntuación posible es de 10.

Rayos X: técnica diagnóstica que emplea la radiación para visualizar las estructuras internas del cuerpo.

RCP: ver “reanimación cardiopulmonar”.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): método para reanimar a una persona cuya respiración y latidos cardíacos han cesado o son anormalmente lentos.

Respirador: aparato empleado para asistir la respiración del niño que regula el flujo de aire, de oxígeno, así como la presión del aire suministrado a través de un tubo insertado en la nariz o la boca y avanzado por la garganta hasta la tráquea.

Retinopatía de la prematuridad (RDP): enfermedad de la retina del ojo que afecta principalmente a los niños prematuros.

Rigidez muscular: estado producido por una excesiva tensión de los músculos.

Sangrado cerebral: ver “hemorragia intraventricular”.

Sepsis: la presencia de agentes infecciosos (bacterias, hongos, etc.) o sus toxinas en el torrente sanguíneo.

Shock séptico: descenso de las constantes vitales debido a una infección que se ha disemina-



do por todo el cuerpo, de lo que resulta una disminución de la función del corazón y de otros órganos principales.

Síndrome de distrés respiratorio (SDR): trastorno respiratorio de los pulmones inmaduros producido por la deficiencia de surfactante.

Sonda buco gástrica (sonda BG): tubo estrecho y flexible que se introduce en el estómago a través de la boca y el esófago, empleado para administrar nutrientes o para extraer aire o líquidos del estómago.

Sonda nasogástrica (sonda NG): tubo estrecho y flexible que se introduce en el estómago a través de la nariz y el esófago, empleado para administrar nutrientes o para extraer aire o líquidos del estómago.

Soplo: sonido suave, parecido al que se hace al soplar por la boca, que se percibe en ocasiones al auscultar el corazón. Existen soplos sin importancia que son llamados soplos funcionales.

Surfactante: sustancia que ayuda a mantener distendidos los pequeños alvéolos, evitando su colapso. Normalmente sintetizado en los pulmones. Se puede administrar surfactante exógeno en niños con SDR.

Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN): respiración rápida que mejora progresivamente en las primeras horas o días después del nacimiento.

Tensión arterial: presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias.

Terapeuta ocupacional: profesional sanitario especialista en ayudar con las actividades de desarrollo relacionadas con los brazos, manos, boca y lengua.

Terapeuta respiratorio: profesional sanitario entrenado en la utilización de equipos respiratorios.

Tienda de oxígeno: campana de plástico que se coloca sobre la cabeza para permitir el control exacto del oxígeno.

Transfusión: administración de sangre o de productos sanguíneos de un donante a un receptor.

Transfusión sanguínea: administración de sangre de un donante sano a un paciente.

Traqueostomía: orificio artificial en la tráquea que se realiza para poder conectar un respirador sin necesidad de intubación.

Tubo de traqueotomía: tubo flexible que se inserta quirúrgicamente en la tráquea para ayudar al niño a respirar.

Tubo endotraqueal: pequeño tubo que se introduce en la tráquea a través de la boca o nariz para administrar aire u oxígeno en los pulmones.

Ultrasonido (ecografía): técnica diagnóstica no invasiva que permite obtener imágenes de los órganos mediante el empleo de ondas sonoras de alta frecuencia.

Unidad de cuidados intermedios (UCI): sala de neonatología donde ingresan los niños cuando salen de la UCIN, o para estudio y control de niños recién nacidos con problemas que impiden continuar con su madre.

Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN): unidad especial de un hospital (habitualmente de un hospital regional de gran tamaño) que proporciona cuidados intensivos a los recién nacidos prematuros y a término con problemas potencialmente graves.

Ventilación con bolsa: tipo de asistencia respiratoria en la que se utiliza una bolsa conectada a una mascarilla colocada sobre la boca y la nariz del bebé o a un tubo endotraqueal, para enviar aire u oxígeno a sus pulmones.

Ventilador: aparato empleado para mantener un flujo normal de aire en los pulmones.

Vernix: capa de grasa clara que cubre la piel del feto. Está segregada por las glándulas sebáceas en el interior del útero; tiene un papel protector de la piel del feto.

Vía central percutánea: los catéteres percutáneos de silastic se utilizan para administrar la nutrición parenteral al bebé.

Vitaminas: sustancias que existen en pequeñas cantidades en los alimentos naturales, esenciales para que el organismo pueda cumplir las diversas funciones relacionadas con el metabolismo celular, el crecimiento y la salud.

VRS: virus común y fácilmente transmisible que causa enfermedad respiratoria. La infección puede estar limitada a las vías respiratorias superiores (nariz, garganta y senos nasales) o puede extenderse a las vías respiratorias inferiores (pulmones y bronquiolos), produciendo neumonía o bronquiolitis.

■ Preguntas Frecuentes

Consultas habituales
realizadas por padres
de niños prematuros





■ Preguntas que se hacen frecuentemente los padres de un niño prematuro

■ Durante su hospitalización

- ¿Qué posibilidades tiene de sobrevivir?
- ¿Qué factores influyen en su supervivencia?
- ¿Cuáles son los riesgos más importantes?
- ¿Qué posibilidades tiene de sufrir una incapacidad?
- ¿Qué resulta normal en los primeros momentos?
- ¿Quiénes son las personas que lo están tratando?
- ¿Qué son todos los aparatos que le rodean: incubadora, cuna térmica, pulsioxímetro, respirador, monitores, catéter, tubo endotraqueal, cánula nasal, presión positiva continua, tienda de oxígeno, tubos torácicos, ventilación mecánica, ventilación de alta frecuencia, fototerapia?
- ¿Cómo y por quién debo informarme?
- ¿Cuándo puedo visitarlo?
- ¿Cuándo pueden visitarlo sus hermanos y abuelos?
- ¿Cómo puedo colaborar en la UCIN?
- ¿Cómo puedo relacionarme con él?
- ¿Cómo se va a alimentar?
- ¿Qué es una vía intravenosa?
 - ¿Cómo se alimenta por la sonda?
 - ¿Qué tipo de alimento recibe?
- Lactancia materna
 - ¿Podré darle el pecho?
 - ¿Quién me va a informar?



■ ¿Qué le ocurre a mi hijo?

Problemas respiratorios: Síndrome de Distress Respiratorio, apneas, neumotórax, taquipnea transitoria del recién nacido, Displasia Broncopulmonar.

Otros problemas: Ictericia, Tensión baja, Hipoglucemia, Hiperglucemia, Anemia, Retinopatía de la prematuridad, Persistencia del conducto arterioso, Enterocolitis necrotizante, Hemorragia intraventricular, Leucomalacia periventricular.

■ ¿Qué análisis y exámenes le están haciendo?: Sangre, Orina, Fondo de ojo, Pruebas auditivas, Radiografías, Ecografía, Tomografía computarizada, Resonancia magnética.

Puede consultar el Capítulo de

“Durante la estancia de su hijo en la UCIN”. Pág. 23

■ ¿Por qué tengo...?

Sensación de culpabilidad

Temor y ansiedad

Preocupación

Tristeza y pesadumbre

Sensación de soledad

Estoy deprimida

■ ¿Cómo afecta el resto de la familia el nacimiento del niño?

Puede consultar el Capítulo de

“Respuestas emocionales de los padres”. Pág. 52

■ Al decidirse su alta del hospital

■ ¿Qué debo aprender antes del alta?

■ ¿Cómo puedo aprender a manejar los monitores/oxígeno que lleva?



- ¿Qué medicamentos debe tomar?
- ¿Cómo debo alimentarlo?
- ¿Cuándo debo llevarlo a consulta y a quién?
- ¿Qué medidas debo tener en mi casa (temperatura, visitas, ropa, aseo)?

Puede consultar el Capítulo “Lista de preparativos”Pág. 65

- ¿Qué signos son normales?
- ¿Cuándo debo preocuparme?
- ¿A quién debo llamar?
- ¿Cómo tomar la temperatura?

Puede consultar el Capítulo “Cuando llamar al médico”Pág. 76

- Llanto
- ¿Cuánto debe dormir?
- Estimulación

Puede consultar el Capítulo

“Como se comportan los niños prematuros”Pág. 79

- ¿Cómo va a afectar a sus hermanos?
- ¿Qué debo hacer si tienen dificultades para adaptarse a él?

Puede consultar el Capítulo “Consejos a los padres”Pág. 73

- ¿Cuánto debe crecer?

Puede consultar el Capítulo

“Cómo llevar el registro del crecimiento”Pág. 94



- El desarrollo es adecuado

Puede consultar el Capítulo “Hitos del desarrollo”Pág. 109

- ¿Cuándo debo vacunarlo?

Puede consultar el Capítulo “Vacunas”Pág. 106

- Alimentación al pecho
- Alimentación con fórmula
- Vitaminas y otros suplementos

**Puede consultar el Capítulo
“Alimentación del niño prematuro”Pág. 84**

- ¿Qué es el Virus Respiratorio Sincitial?
- Reflujo gastroesofágico
- Gastroenteritis
- Hernias
- Otitis

**Puede consultar el Capítulo
“Problemas de salud mas importantes”Pág. 121**



■ Album fotográfico

Podrá pegar aquí fotos del niño en diferentes edades y etapas de desarrollo.



■ Preguntas frecuentes ■

■ Album fotográfico (II)



■ Album fotográfico (III)



■ Album fotográfico (IV)