

10
Lij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**“CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
PREMATURO EN EL HOGAR”**

M A N U A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N:

**CAYETANO ANDRADE CONCEPCION
LEON PEÑA MARIA DEL CARMEN**

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. SEVERINO RUBIO DOMINGUEZ

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11-2-99



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Lic. Severino Rubio Domínguez por la atención , apoyo y guía que nos brindo en la realización de este trabajo.

A la Lic. María de los Angeles García Albarrán por su paciencia y cooperación durante y hasta el término de la Licenciatura.

DEDICATORIA

Como un reconocimiento a aquellos padres de niños prematuros que con su infinito amor y dedicación lograron que sus hijos disfruten de la vida y con el deseo de que los futuros padres y personal de Enfermería cuenten con un apoyo y guía para la atención del bebé.

ÍNDICE

CAPITULO I

| | |
|--------------------|---|
| Introducción | 5 |
|--------------------|---|

CAPITULO II

| | |
|--|----|
| Generalidades del niño “prematuro”..... | 8 |
| • Características del recién nacido “prematuro”..... | 10 |
| • Por qué sucede el trabajo de parto “prematuro”..... | 12 |
| • Problemas de la madre que lo ocasionan | 13 |
| • Cómo de diagnostica el trabajo de parto “prematuro”..... | 14 |
| • Qué sucede cuando llega al hospital la madre..... | 15 |

CAPITULO III

Supervivencia

| | |
|--|----|
| • La probabilidad de sobrevivir | 17 |
| • La probabilidad de sufrir una incapacidad..... | 19 |

CAPITULO IV

Desarrollo del bebé

| | |
|--|----|
| • Desarrollo del bebé..... | 22 |
| • Que puede hacer mi bebé | 28 |
| • Dormir y despertar..... | 29 |
| • Los estados de sueño. | 29 |
| • Los estados insomnes. | 30 |
| • Los patroncs de los estados insomnes. | 31 |
| • Llorar, ser exigente..... | 31 |
| • Comunicación. | 32 |

CAPITULO V

Unidad de cuidados intensivos neonatales

| | |
|---|----|
| • Unidad de cuidados intensivos neonatales..... | 34 |
| • Ambiente físico. | 35 |
| • Ambiente social | 37 |
| • Manejo del bebé..... | 39 |
| • El tacto | 43 |
| • La posición..... | 43 |
| • La madre canguro. | 44 |

- Equipo médico..... 45
- Personal multidisciplinario de la unidad de cuidados intensivos neonatales..... 47

CAPITULO VI

Las enfermedades y los problemas más comunes.

- Síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de la membrana hialina (SDR)..... 50
- Apnea de la prematuridad..... 53
- Displasia broncopulmonar. 57
- Síndrome de aspiración de meconio. 59
- Encefalopatía hipoxicoisquemica. 60
- Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN)..... 61
- Persistencia del conducto aórtico. 62
- Hemorragia intraventricular. 64
- Dificultades en la alimentación y nutrición de los prematuros..... 67
- Enterocolitis necrosante. 71
- Anemia. 73
- Hipoglucemia e hiperglucemia. 75
- Ictericia y bilirrubinmia. 76
- Infección. 79
- Retinopatía de la prematuridad. 81
- Hernia e hidrocele 83

CAPITULO VII

Apoyo emocional.

- Las reacciones emocionales de los padres. 88
- Las etapas de la adaptación. 93

CAPITULO VIII

Preparativos para llevar a casa al nuevo bebé 96

CAPITULO IX

Cuidados del niño prematuro en el hogar.

- La temperatura en el hogar y como vestir al bebé. 101
- El baño. 102
- Dormir. 104
- Alimentación. 106
- Las enfermedades y como tomar la temperatura. 110
- El llanto. 112
- El dolor 114

- El vómito y las evacuaciones..... 116
- Congestión nasal y el hipo..... 119
- Respirar..... 120
- Crecimiento y desarrollo..... 121
- Inmunizaciones..... 122
- Salir, los visitantes y los abuelos..... 124
- Relacionarse con su bebé..... 126
- Visitas al médico..... 127

CAPITULO X

Problemas que surgen en la vida de un niño que nació “prematuro”

- El niño “vulnerable”..... 130
- Dificultades del aprendizaje..... 132
- El comportamiento..... 133
- Trastornos visuales..... 135
- Trastornos auditivos..... 137
- Problemas dentales..... 140

CAPITULO XI

La familia y el “prematuro”.

- Los abuelos, tíos y amigos..... 143
- Los hermanos 146

CAPITULO XII

Desarrollo psicomotor y estimulación temprana..... 151

CAPITULO XIII

Prevención de accidentes en el hogar..... 165

CAPITULO XIV

Glosario..... 171

CAPITULO XV

Bibliografía..... 175

CAPITULO I

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal ocupa el tercer lugar en nuestro país, considerándose como un problema de salud al incremento de embarazos de alto riesgo y partos prematuros. No sólo es importante por las tasas más altas de mortalidad del ser humano, que supera incluso las otras etapas de la vida sino, que la morbilidad y las secuelas de los padecimientos perinatales del producto van influir en muchas ocasiones a lo largo de toda la vida, como las secuelas neurológicas (retraso mental, convulsiones, etc.). Existen tres factores fundamentales que pueden determinarlo:

1. El socio-económico-cultural.
2. El biológico.
3. La atención médica recibida.

Ante esto es importante que el parto se atienda en una unidad médica de especialidad, para que la atención de la madre y el hijo sea oportuna. Para abatir la mortalidad, la madre debe tener una alimentación balanceada, una asistencia previa a la gestación, durante ésta y el parto que permitan el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las condiciones patológicas del prematuro.

El recién nacido prematuro es un ser pequeño, indefenso, muy lábil, con alto riesgo de presentar enfermedades graves durante y posterior al nacimiento así como en su vida futura, ya que para su desarrollo es fundamental que el primer año de su vida reciba atención especializada, para aumentar sus probabilidades de supervivencia y evitar la presencia de una incapacidad grave.

En la mayoría de los casos, el bebé requiere ingresar a una unidad de cuidados intensivos neonatales, donde se le proporcionen los cuidados y tratamientos especiales que requiere. Ante esto a los padres se les presenta un panorama incierto, lleno de temores, donde surgen continuamente dudas sobre las condiciones de salud de su hijo.

Durante su estancia hospitalaria, frecuentemente el personal médico y de enfermería escucha: ¿Mi hijo vivirá?, ¿Será normal?, ¿No le haré daño si lo toco?, ¿Cómo debe de tratarlo?, ¿Cuánto tiempo permanecerá aquí?, ¿Quedará con algún daño?.

Algunas de estas dudas se disipan durante la estancia en el hospital, pero otras continúan, por ejemplo: ¿Cómo debo cuidarlo en mi casa?, ¿Cuándo sabré si está enfermo?, ¿Qué cuidados requiere? etc. Pues la información que se proporciona en el hospital es escasa, no existen manuales o libros que contengan los elementos necesarios para disipar las inquietudes de los padres y, los oriente en el cuidado que requiere un niño “prematuro”. Cómo identificar problemas en su crecimiento y desarrollo.

En nuestra experiencia profesional de enfermería, el manejo de estos pacientes, nos permitan detectar estas situaciones al estar en contacto directo con el bebé y sus padres, lo que nos lleva a elaborar este manual de “Cuidados del recién nacido prematuro en el hogar” con la finalidad de poner al alcance de los padres y familiares, un conjunto de conocimientos explicados en forma sencilla y clara sobre los procedimientos más frecuentes y cuidados que requiere un prematurito.

En el contenido de este manual, se revisan las principales causas que predisponen al parto prematuro, las enfermedades y los problemas más comunes; ¿Cómo ayudar y entender al bebé?, los cuidados específicos que requieren en el hogar, así como el aspecto psicológico de los padres y familiares. También se incluye un capítulo sobre la estimulación temprana del desarrollo del niño.

Nuestro principal interés es ayudar a los padres, en el cuidado de su hijo y elevar la calidad de vida del niño prematuro.

CAPITULO II

GENERALIDADES DEL NIÑO “PREMATURO”

GENERALIDADES DEL “NIÑO PREMATURO”

QUE ES UN “ PREMATURO ”

El embarazo, es el estado materno que consiste en llevar dentro de la matriz un bebé para su desarrollo, durante 9 meses o sea 280 días o 40 semanas. Cuando éste se interrumpe por alguna causa sin llegar al término se le llama “Parto Prematuro”.

DEFINICIÓN

Prematuro. Se le denomina a todo recién nacido vivo de 28 a las 37 semanas de gestación a partir del primer día del último periodo menstrual y un peso de 2500 gramos ó menos al nacer. También se utiliza este término para denotar inmadurez.

Existen criterios diagnósticos del INPer.

Recién nacido pretermino con peso adecuado para su edad gestacional.

Recién nacido pretermino con peso bajo para su edad gestacional.

Recién nacido pretermino con peso alto para su edad gestacional.

Otro criterio de acuerdo a semanas de gestación:

Recién nacido Inmaduro - menos de 28 semanas hasta 30 semanas.

Recién nacido Prematuro - de 28 semanas a 37 semanas

CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

SE BASA EN EL PESO Y EDAD GESTACIONAL

| Recién nacido | Edad gestacional | Peso |
|---------------|---------------------|-----------------------------|
| Inmaduro | 23 a 28 semanas | 500 a -1500g. |
| Prematuro | 28 a 37 semanas | -2500g. |
| Término | 38 a 42 semanas | 3000 a 4000 g. |
| Post maduro | Mayor de 42 semanas | Varia puede ser alto o bajo |

El niño prematuro es un ser pequeño que no ha alcanzado su desarrollo y madurez fisiológica, por lo que espera permanecer más tiempo en el vientre de su madre donde se encuentra completamente a gusto; es único en su genero y merece un tratamiento especial y original.

Antes de nacer, su ambiente le proporciona todo lo que necesita como:

- La placenta le entrega oxígeno y alimentos: no tienen necesidad de respirar ni digerir.
- La temperatura es confortable y estable.
- Hay protección contra lesiones.
- No siente los efectos de la gravedad, y se mueve fácilmente y se pone en la perfecta posición fetal o encogido.
- Hay movimientos constante de la madre que lo mueve y mece suavemente.
- No hay luces intensas, ni sonidos agresivos que lo alteren, el bebé si escucha los sonidos rítmicos de la madre en las entrañas de la madre, reconoce su voz, siente el toque suave de sus propios brazos, del líquido que lo rodea y de las paredes de la matriz.
- El sistema nervioso del bebé no tiene que responder a muchas cosas, como la vista, el oído, el tacto.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO “PREMATURO”

Para comprender por qué un niño prematuro se considera que es inmaduro, debemos enfocarnos a 5 áreas que controla el cerebro y se desarrollan en forma continua:

- **Fisiológica:** lo que pasa automáticamente, tal como la respiración, el ritmo cardíaco, cambios en el color, digestión, evacuaciones.
- **Motor:** la postura, los movimientos, el tono muscular.
- **Los estados del conocimiento:** los niveles del sueño y de estar despierto, y los cambios entre los dos.
- **Atención:** la habilidad de concentrar un mensaje, tal como volver la cabeza y mirar fijamente las caras y los objetos; éste eventualmente conduce a la habilidad de responder en una situación social, obrar recíprocamente con la gente.
- **La autorregulación:** la habilidad de mantener en balance las otras áreas, por ejemplo, la habilidad de serenarse cuando está enojado. El bebé disminuye la actividad motora, cambia del estado de llorar al estado de estar despierto, se tranquiliza al tener los brazos cerca de su cuerpo, y chupando las manos.

El sistema nervioso del prematuro, es menos maduro que los de los bebés de término, estas áreas no están completamente desarrolladas. Por lo que su bebé puede tener:

DESARROLLO INMADURO:

- El color del bebé cambia frecuentemente.
- La respiración y el ritmo cardíaco están desligadas.
- Se arquea fácilmente.

DESARROLLO MOTOR INMADURO:

- El cuerpo se crispa, está tenso, tiembla y está flojo.
- No se puede mantener encogido.

CONTROL INMADURO SOBRE ESTADOS DE CONOCIMIENTO:

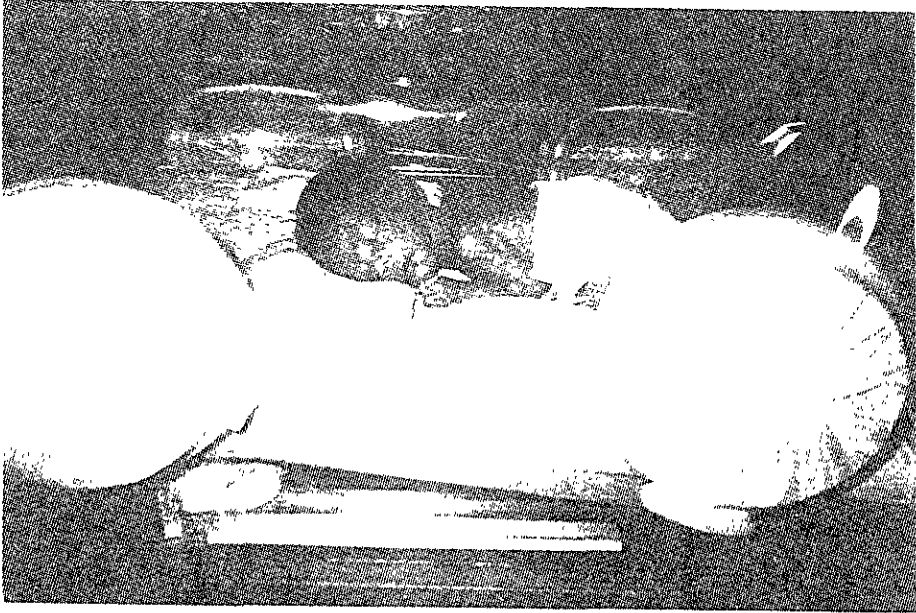
- No se puede mantener alerta por mucho tiempo.
- Es generalmente exigente.

DESARROLLO INMADURO DE LA ATENCIÓN:

- No puede mirar fijamente.
- Se cansa tratando de responder.

AUTORREGULACIÓN INMADURA:

- Le es difícil recobrar la calma después de un disturbio.
- No se da abasto para varias cosas que estén pasando a la vez por ejemplo: seguir con la mirada y comer.



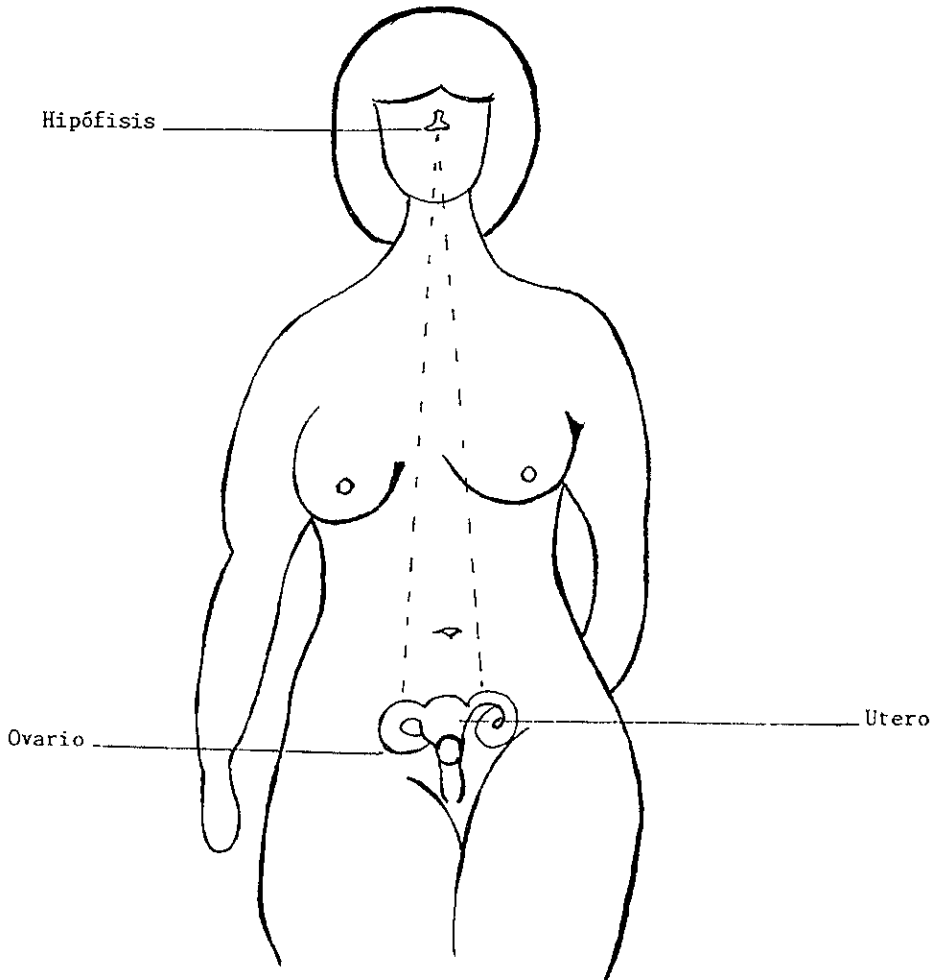
Prematuro en incubadora

¿POR QUÉ SUCEDE EL TRABAJO DE PARTO “PREMATURO”?

En el inicio de trabajo de parto prematuro intervienen varios factores y mecanismos que provocan que se presente: la liberación de varias sustancias las cuales influyen en la madre, placenta y el bebé; siendo las siguientes:

La hipófisis materna libera ocitocina que actúa en el miometrio haciéndolo más sensible, ésta a su vez libera prostaglandina que aumenta las contracciones uterinas y disminuye la resistencia y reblandece el cuello de la matriz o útero, se disminuye la progesterona en la placenta y esto aumenta la contractilidad uterina.

El traumatismo, estiramiento, infección o el desprendimiento prematuro de la placenta puede desencadenar esta reacción con el resultado de un parto prematuro.



PROBLEMAS DE LA MADRE QUE LO OCASIONAN.

Durante el embarazo, existen en la madre factores congénitos, adquiridos, ambientales y sociales que propician el parto prematuro.

- Historia de partos prematuros previos.
- Malformaciones congénitas de la matriz.
- Enfermedades de la matriz (tumores, problemas del cuello uterino).
- Edad. Menos de 16 años o mayor de 34 años.
- Enfermedades del corazón (congénitas, fiebre reumática, etc.)
- Enfermedades endócrinas (diabetes, hipotiroidismo)
- Enfermedades de la colágena (lupus eritematoso)
- Enfermedades renales.
- Enfermedades hematológicas (leucemia)
- Enfermedades neurológicas (epilepsia)
- Enfermedades que complican el embarazo (apendicitis, tumores, problemas hepáticos y de vesícula, etc.).
- Patología del embarazo (toxemia, Rh (-) de la madre, hemorragias en la segunda mitad del embarazo, placenta previa, ruptura precoz de membranas, infecciones, etc.)
- Problemas propios del embarazo (embarazos múltiples, polihidramnios etc.)
- Intervalo corto entre nacimientos.
- Accidentes.
- Clase socioeconómica baja, madre soltera, mala alimentación.
- Tabaquismo, fatiga, tipo de actividades.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL PARTO PREMATURO?

Toda mujer en estado gravídico, debe de llevar un control prenatal para conocer cómo se va desarrollando su hijo, el autocuidado del embarazo, y la sintomatología de alarma que puede presentar en forma espontánea o súbita.

Una de las preguntas que con más frecuencia nos hacen las mujeres embarazadas, es la siguiente: ¿Cuándo sé, que mi embarazo corre riesgo?. Los datos más importantes son:

- Inicio de contracciones uterinas que se caracterizan por tener una frecuencia y una intensidad. Pueden iniciarse en la cintura, y, de ahí pasar a la parte superior del abdomen o a la región inguinal, para extenderse a todo el abdomen. Son de tipo cólico. Inicialmente pueden estar presentes y durar unos cuantos segundos. Si conforme pasa el tiempo se hacen más frecuentes, podemos señalar que se ha iniciado un trabajo de parto prematuro.
- La ruptura de membranas o la fuente. La mayoría de las veces consiste en la salida más o menos brusca y persistente de líquido amniótico a través de la vagina. Esto puede ocurrir espontáneamente si es que existen contracciones, si es así es conveniente acudir al médico, ya que puede aumentar el riesgo de parto prematuro y de un proceso infeccioso.
- Falta de movimientos del bebé. Es importante vigilar constantemente sus movimientos y estimularlo.
- Fiebre. Si la toma de temperatura es axilar debe ser por arriba de 37 grados centígrados.
- Traumatismos directos e intensos en el abdomen.
- Salida de sangre a través de la vagina. Este, debe de ser de color rojo brillante.
- Sintomatología vasculoespasmódica. Es cuando se presenta dolor intenso de cabeza y se acompaña de visión borrosa, ver lucecitas (fosfenos), zumbido de oídos (acufenos) y dolor intenso en la boca del estomago.
- Hinchazón de manos y pies. También puede presentar sensación de pesadez u hormigueo.
- Cuando se agudizan los síntomas de la enfermedad que padece la madre por ejemplo: enfermedad cardíaca.

¿QUE SUCEDE CUANDO LLEGA AL HOSPITAL LA MADRE?

En especial, si es su primer embarazo, puede tener algo de aprehensión ante lo desconocido, temor al parto prematuro y que el bebé no tenga posibilidades de sobrevivir. Es un hecho que los prematuros tienen un peso menor y son propensos a complicaciones respiratorias o de cualquier otro tipo. Sin embargo con la tecnología actual en la medicina, un buen porcentaje de niños sale adelante.

Una vez que llega al hospital, será recibida por el personal que labora con el médico, le harán algunas preguntas en relación con su embarazo y/o enfermedad que padezca, de sus contracciones, la frecuencia y la intensidad de éstas. Le tomarán la presión arterial, escucharán el corazón de su bebé, y le harán un examen vaginal o tacto, para valorar, dilatación, borramiento del cuello de la matriz, y el estado de la bolsa amniótica. se realizan exámenes de laboratorio de sangre, líquido amniótico y orina.

El estudio de ultrasonografía USG ayuda al médico a valorar la viabilidad, estado físico, estado de la placenta, tamaño y tiempo de embarazo. Dependiendo de estos exámenes, el médico valora la interrupción del embarazo o su continuidad, siempre con la finalidad de salvaguardar la vida de la madre y el hijo. Si el trabajo de parto prematuro esta presente y el niño vive, el médico decidirá la vía del nacimiento, vaginal o cesárea.

CAPITULO III

SUPERVIVENCIA

LA PROBABILIDAD DE SOBREVIVIR

¿Cuales son las probabilidades de que mi bebé vaya a sobrevivir?

Existen muchos factores que determinan la supervivencia del bebé:

- Edad gestacional del bebé.
- El peso del bebé.
- Problemas en la atención del parto.
- Presencia o ausencia de que el prematuro presente: Problemas respiratorios, enfermedades congénitas o deformidades, enfermedades graves o infecciones.

En las criaturas más pequeñas, la edad gestacional es la más importante ya que determinan si los órganos del bebé, en particular si sus pulmones se han desarrollado para poder vivir. Ninguna estimación de supervivencia es perfecta. Algunos bebés se enferman de repente y mueren inesperadamente, otros desafían la probabilidad.

Las estimaciones generales de supervivencia para los bebés que nacen vivos como de los que reciben cuidados intensivos neonatales en los años noventa son:

| SEMANAS DE GESTACIÓN AL DÍA DEL PARTO | PORCENTAJE |
|---------------------------------------|------------|
| +/- 21 semanas | 0 % |
| 22 semanas | raro |
| 23 semanas | 10 a 30 % |
| 24 semanas | 40 a 70% |
| 25 semanas | 50 a 80% |
| 26 semanas | 80 a 90 % |
| 27 semanas | + del 90 % |
| 30 semanas | + del 95 % |
| 34 semanas | 98 % |

La probabilidad de que sobrevivan, aumenta del 3 al 4 % por día entre las 23 y 24 semanas de gestación y aumentan de 2 a 3 % por día entre las 24 y 26 semanas de gestación. Después de la semana 26, el porcentaje de supervivencia aumenta lentamente.

Existen mujeres con un riesgo especial que contribuyen a la morbilidad y mortalidad perinatal, son aquellas madres que previamente han tenido hijos

prematurados, muertes fetales neonatales en el primer año de vida o bien relacionados al período perinatal. Las mujeres en edades extremas, bajo nivel económico, educación mínima, madres solteras y un estado de salud deficiente.

Además de lo anterior, existen factores que influyen como:

- La ruptura de membranas del feto antes de la semana 24 de gestación, junto con la salida de líquido amniótico disminuye marcadamente la probabilidad de sobrevivir.
- El bebé prematuro hombre, es más inmaduro que la mujer.
- El niño de madre diabética, tarda más en alcanzar la maduración de sus órganos vitales.
- La hipertensión grave antes del octavo mes de embarazo, puede causar cambios en la placenta y disminuir la entrega de nutrientes y oxígeno al bebé.

El porcentaje de sobrevivencia, es mejor a medida de que alcance mayor número de semanas de gestación y más peso, y que en el momento de su nacimiento presente menos problemas. Aún así, esto es relativo, y las posibilidades pueden variar, ya que el neonato es un niño muy lábil que requiere de cuidados especiales y muy frecuentemente apoyo de tecnología médica como; ventiladores que lo ayuden a respirar, estos cuidados son proporcionados en la sala de cuidados intensivos neonatales. El pronóstico de sobrevida, la proporciona el médico dependiendo de cada caso.

Las medidas de probabilidad de vida aumentan de acuerdo a:

- Atención médica oportuna.
- Atención oportuna del parto prematuro.
- Atención adecuada y rápida del prematuro al nacimiento.
- Valoración y tratamiento al recién nacido prematuro.
- Mayor nivel educativo, socioeconómico y cultural de los padres.
- Adiestramiento de los padres sobre el manejo de su bebé en el hospital y en el hogar.
- Apoyo emocional a los padres por parte del personal que atiende a su hijo.

LAS PROBABILIDADES DE SUFRIR UNA INCAPACIDAD

¿La probabilidad de que un bebé sufra alguna incapacidad no siempre es posible prevenirla?

Los problemas más comunes que puede presentar el prematuro son:

- Imposibilidad para caminar sin ayuda.
- Retinopatía de la prematurez, ceguera, sordera.
- Displasia brocopulmonar.
- Síndrome de intestino corto etc. la vida y sus padres disfrutan de tenerlos.

Es importante conocer las condiciones de nacimiento del niño "prematuro" los incidentes del parto y sus primeros momentos de vida extrauterina, para identificar los elementos genéticos y ambientales que han prevalecido durante el proceso gestacional y del parto, que permitan al médico certificar el estado de salud o enfermedad del niño "prematuro" y proporcionar un pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

Un buen manejo médico del neonato puede resolver estos graves problemas pero a veces a pesar de ello el daño es permanente y aparecerán repercusiones severas que se expresen a mediano o largo plazo (parálisis cerebral) cuando las exigencias de actividad motora aumentan (caminar, subir o bajar escaleras) o intelectual (hablar, adaptarse al medio, responder a los requerimientos de la vida social o escolar) hacen evidentes las incapacidades que se puedan presentar.

Sin embargo, algunos factores aumentan el riesgo de aquellas desventajas.

Un prematuro de 23 a 24 semanas de gestación tiene el 50 % de riesgo de presentar estos problemas u otros. A medida que las semanas de gestación aumentan las probabilidades de que sea normal aumentan. Al rededor del 80 % de los que sobreviven no padecerán una incapacidad grave. El 20 % morirán y el 64 % tendrán buena salud y el 16 % padecerán de una incapacidad grave.

Las anormalidades del cerebro pueden detectarse antes del parto o después del nacimiento. La mayoría de los niños con estos problemas disfrutan de la vida y sus padres de tenerlos.

Es importante conocer las condiciones del nacimiento del niño “prematuro”, los incidentes del parto y sus primeros momentos de vida extrauterina, para identificar los elementos genéticos y ambientales que han prevalecido durante el proceso gestacional y del parto, que permitan al médico certificar el estado de salud o enfermedad del niño “prematuro” y proporcionar un pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

Un buen manejo médico del neonato, puede resolver estos graves problemas, pero a veces a pesar de ello el daño es permanente y aparecerán repercusiones severas que se expresen a mediano o largo plazo (parálisis cerebral) cuando las exigencias de la actividad motora aumentan (caminar, subir o bajar escaleras) o intelectual (hablar adaptarse Al medio, responder a los requerimientos de la vida social o escolar) hacen evidentes las incapacidades que s puedan presentar.

¿Cuales son las probabilidades de que mi hijo vaya a tener un impedimento menor?

Los problemas menores ocurren aproximadamente en un 15 % en los bebés que nacen a tiempo. Se presenta a menudo en prematuros con bajo peso al nacer. Los impedimentos no se detectan hasta que el niño está en edad escolar.

Las más comunes son:

- El no poder prestar atención por mucho tiempo.
- En la escuela pueden tener problemas específicos como dificultades con las matemáticas o la lectura.
- Problemas de coordinación como pegarle a la pelota (ojo-mano).
- Pueden usar lentes desde una edad temprana.

Los niños con impedimentos menores usualmente llevan una vida normal. La detección de estos problemas hace más fácil el aprendizaje.

CAPITULO IV

DESARROLLO DEL BEBE

DESARROLLO DEL BEBÉ

Durante el embarazo, la madre y su hijo tienen una relación muy especial, porque ella es la que lo mantiene abrigado y seguro dentro de su cuerpo, le proporciona los nutrientes que necesita para crecer y madurar las funciones de sus órganos (corazón, pulmones, riñones etc.).

Esto significa que usted deseará conocer muchas cosas sobre el desarrollo de su hijo. A medida que pasan las semanas, deseará saber más detalles.

Para entender el desarrollo y crecimiento de su bebé, debemos hacer una pequeña descripción de como una célula crea el milagro de una nueva vida, la cual sufre procesos de gran complejidad, que inicia desde la fecundación del óvulo con el espermatozoide.

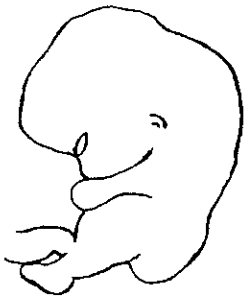
Los cambios que sufre esta célula, su implantación y la formación de los diferentes órganos y sistemas que tendrá el bebé.

Durante los primeros días y las tres primeras semanas de vida en el útero, la velocidad de su crecimiento es rápida, considerando el tamaño a su comienzo. Cada órgano tiene un período crítico durante el cual puede alterarse su desarrollo normal.

A continuación se muestra un pequeño cuadro, que esquematiza en forma sencilla y breve el desarrollo de su bebé.

DESARROLLO DEL BEBÉ DURANTE EL EMBARAZO

CÓMO SE OBSERVA SU BEBÉ



DESARROLLO

4ª. Semana

Tamaño de 3 a 4 mm peso 0.4 gramos.
Cabeza, está en ángulo recto con el cuerpo, es la tercera parte del tamaño su cuerpo.
Se inicia la formación de ojos y oídos.
El corazón comienza a latir.
Inicia la formación de pulmones y aparato digestivo.
Se forma médula espinal

5ª. Semana

Tamaño 7 a 8 mm. Peso 1 gramo aprox.
Se inicia formación de riñones y su función, de caracteres sexuales, cordón umbilical, la cabeza es la mitad de su tamaño. Inicia formación de nariz, boca, mano, muñecas codos y piernas.

6ª. Semana

Tamaño 7 a 10 mm. Peso 1.4 gramos
Inicia formación de hígado, intestinos, huesos, músculos y cartílagos. Inicia formación labio superior, mandíbulas, paladar, encías, dientes. Inicia formación de pies.



7ª. - 8ª. Semana

Tamaño 16 a 30 mm. peso 2 gramos

Se reconocen ojos, nariz y su punta, boca, oídos párpados. Está formado diafragma, nervio óptico, brazos más largos y flexionados los codos, ano perforado, se inicia la formación de genitales pero carecen de sexo, comienzan los movimientos fetales; continua el desarrollo: corazón, estómago, cavidad abdominal y torácica separados por diafragma, órganos sensoriales. Aparato urinario separado del recto, se forma orina.



9ª. - 10ª. Semanas.

Tamaño 6 cm. Peso 10 gramos.

Continua el desarrollo de su cara y de algunos órganos genitales, hígado, intestinos. Comienza a funcionar la médula ósea.



12ª. Semana

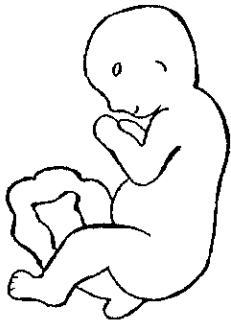
Tamaño 7 a 8 cm. Peso 19 a 30 gramos. Piel delicada y rosada de aspecto similar al humano, pero su cabeza sigue grande en comparación a su cuerpo. Se completa la función del paladar. Inicia movimientos respiratorios. Genitales externos diferenciados, succiona el pulgar y comienza a deglutir, cráneo completo.

**16ª. Semana**

Tamaño 13 a 15 cm. Peso 100 a 200 gramos. Continúa el crecimiento rápido, parece humano, comienza a crecer el cabello, pezones presentes. Bebé bastante activo, reflejo de presión palmar, meconio en intestino, canal vaginal y vejiga abiertos, se desarrollan los sentidos. Rápido crecimiento neuronal. La madre percibe movimientos del bebé, se detectan ruidos cardiacos.

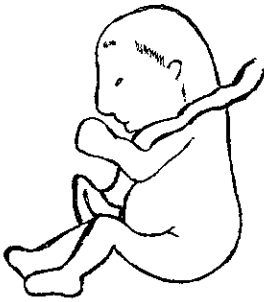
**20ª. Semana**

Tamaño 18 a 22 cm. Peso 300 a 400 gramos. Cejas, ojos y pestañas en desarrollo, dientes siguen en formación, tiene ritmo respiratorio. Comienza maduración de cerebro y médula espinal (mielinización).

**24ª. Semana**

Tamaño 23 a 30 cms. Peso 600 a 960 gramos. Piel arrugada y roja con poca grasa, ojos completos. Desarrollo de dientes permanentes, calcificación de huesos de la cadera.

Las células alveolares comienzan la formación del factor surfactante. Índice de supervivencia es bajo, pero el bebé puede nacer y vivir.

**28ª. Semana**

Tamaño de 27 a 35 cm. Peso 1200 gramos. Piel menos arrugada y roja, uñas más visibles, las pupilas responden a la luz, sus movimientos son bien sostenidos, testículos descendidos en ingles. Los pulmones son capaces de respirar aire. Índice de supervivencia 10% con cuidados óptimos porque la respiración ya es posible.

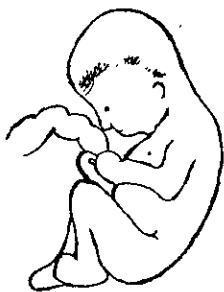
**32ª. Semanas**

Tamaño 31 a 40 cm. Peso 1900 gramos. Piel suave y rosada, tono muscular en piernas y tronco, responde a sonidos del mundo externo, empieza a acomodarse para el parto, testículos descendidos en bolsas escrotales, osificación de los dedos. Índice de supervivencia 33% con cuidados óptimos



36ª. Semana

Tamaño 35 a 45 semanas. Peso 2900 o más gramos. Piel rosada, cuerpo redondeado, y piernas flexionadas, crecimiento de vello, ombligo próximo al centro del cuerpo, escroto pequeño con escasos pliegues, pliegues de manos y pies escasos. Se orienta hacia la luz, llora cuando tiene hambre, disminuyen sus movimientos debido al poco espacio, se calcifica fémur. Índice de supervivencia 70 al 80 %.



40ª. Semana

Tamaño 40 a 50 cm. Peso 3200 a 3400 gramos. Posición encogida, tono muscular bien desarrollado, piel rosada suave y regordeta, puede tener cabello sedoso y moderado o abundante, se forma cartilago de nariz y orejas, uñas completas y al borde, pliegues en manos y pies formados, reflejo de succión fuerte. Esta listo para nacer. Índice de supervivencia del 95 % con cuidados óptimos.

¿QUE PUEDE HACER MI BEBE?

EL OÍDO (EL SISTEMA AUDITIVO).

El oído está bastante bien desarrollado a las 20 semanas de gestación, el prematuro responde distintamente a sonidos distintos. Por ejemplo:

- Presta atención y prefiere oír voces en comparación de otros sonidos.
- Muestra el disgusto, se asusta a sonidos fuertes, una alarma o voces fuertes.
- Puede conocer la voz de su mamá, que ya escucho en el vientre materno y la prefiere más que a cualquiera.

¿Qué tipos de sonidos escuchan los “ prematuros ”?

A las 28 semanas de gestación, oyen sonidos del nivel de intensidad sonora de 40 decibeles, que se sitúa en el habla normal. Y el cuchicheo de 30 decibeles. Un niño de gestación completa oye los tonos bajos que son 20 decibeles, parecido a lo de un adulto.

LA VISTA (EL SISTEMA VISUAL)

La vista toma más tiempo para madurarse que el oído y el tacto, pero progresa rápidamente entre la 22 y 34 semanas de gestación. Al principio los “prematuros” solamente tienen periodos cortos los ojos abiertos y no enfocan nada. A las 30 semanas de gestación responden a diferentes imágenes.

Con la luz fuerte, parpadean o cierran los ojos, con la luz más suave, abren los ojos y enfocan el objeto, pueden escudriñar un objeto con los ojos, aunque todavía no pueden controlar el movimiento de la cabeza. Los bebés no ven tan perfectamente como los adultos. Ellos son miopes o cortos de vista, sólo ven lo que esta cerca, su vista es mejor cuando los objetos se ubican a 20-25 centímetros de la cara.

DORMIR Y DESPERTAR.

Lo que hace un bebé y cómo reacciona a lo que está pasando, depende mucho del estado del sueño al estado de alerta, por ejemplo: Es difícil despertar a un bebé que está en el estado de sueño profundo, y él o ella va a tratar de dormirse otra vez; es bien fácil despertar a un bebé que está en sueño ligero y es más probable que este bebé permanezca despierto.

Un bebé en el estado de somnolencia, no puede enfocar la cara, no le importa lo que tratan de hacerle para llamar su atención, sin embargo en estado de alerta, sí enfoca la cara.

LOS ESTADOS DE SUEÑO.

El sueño profundo denominado sueño no REM (no hay movimiento rápido del ojo) o sueño quieto; De vez en cuando hay un suspiro o un sobresalto. Existe uniformidad en la respiración, se cree que este tipo de sueño es el estado más descansado e importante para el crecimiento. Los "prematuros" con menos tiempo de gestación, tienen poco sueño profundo, y puede que tengan más movimientos y menos respiración.

El sueño ligero denominado sueño REM (sí hay movimientos rápidos de los ojos) o **sueño activo**; puede que el bebé se mueva mucho y haga sonidos; su respiración no tiene uniformidad, los párpados se mueven mucho, los ojos se abren y se quedan así por poco o mucho tiempo. Los prematuros más jóvenes pasan la mayor parte del tiempo en sueño ligero, no se mueven mucho ni tienen movimientos rápidos del ojo.

La transición entre el estado somnoliento, al despertar es difícil de definir; se mueve bastante, gruñe y abre los ojos brevemente, pero puede que se duerma varias veces antes de despertarse verdaderamente.

EL PATRÓN DE LOS ESTADOS DE SUEÑO.

- Un bebé de gestación completa pasa 15 a 20 minutos en sueño profundo y 65 a 70 minutos en el sueño ligero. Puede ser que un prematuro más joven pase de 2 a 5 minutos en sueño profundo antes de regresar al sueño ligero. Todos los bebés incluyendo al “prematuro “ se duermen en el sueño ligero y si nadie los inquieta pasan a sueño profundo.
- El patrón de más sueño ligero que profundo, cambia gradualmente durante el primer año, hasta que se parece al del adulto de más sueño profundo que ligero. De este modo, un aumento gradual en la cantidad de sueño, indica que el cerebro esta madurando y en crecimiento como debe de ser.
- Cuando los “prematuros” cumplen las 40 semanas, todavía no tienen tanto sueño profundo como los niños que nacieron de 40 semanas. No obstante si se disminuyen las luces durante la noche en la sala de cuidados intensivos “el periodo de crecimiento” progresa más rápidamente.
- Durante todos los periodos de sueño, los bebés pasan por 2 o 3 ciclos de sueño ligero-profundo-ligero. Es importante que puedan pasar por los ciclos, por esta razón no se debe inquietar su sueño.

LOS ESTADOS INSOMNES

Además de tener varios niveles de sueño, tienen varios niveles de insomne (que no duerme).

- **Estado somnoliento.** Los párpados del bebé se mueven como si le costara mucho despertarse. A veces los ojos están abiertos, pero si el bebé esta aturdido no mira nada, generalmente no existe movimiento.
- **Estado insomne activo.** Esta despierto pero no mira nada específicamente, puede tener los ojos abiertos y cerrarlos, él bebe por lo regular está activo.
- **El estado de insomne alerta.** El bebé esta despierto con los ojos abiertos y mirando, a menudo tiene un estado de somnolencia en el cual intentan mirar fijamente. Pero a diferencia del bebé totalmente despierto, no se ve con los ojos desmesuradamente abiertos y brillantes

LOS PATRONES DE LOS ESTADOS INSOMNES

Antes de cumplir las 26 a 27 semanas, es difícil saber si el bebé despierta o no. No tiene estado insomne alerta.

Entre las 27 y 30 semanas el “prematuro” se puede despertar y estar alerta, pero sólo por ratos, cuando está despierto esta somnoliento o activo. El tiempo que pasa en el estado de insomne alerta va aumentando gradualmente al mismo tiempo que pasa del estado insomne activo se disminuye. Entonces aumenta lo despierto y lo vivaz, es otra señal que nos indica que el cerebro esta creciendo bien.

El bebé necesita estar alerta para poder pensar lo que ve. Es una parte muy importante del aprendizaje. Además, la viveza está ligada al desarrollo social porque es importante para poder actuar recíprocamente con la gente.

A la edad de gestación completa 39 a 40 semanas, los “prematuros” no pasan la misma cantidad de tiempo en el estado insomne alerta, que los bebés que nacieron de gestación completa. Sin embargo, muchas de las cosas que se hace actualmente en la sala de cuidados intensivos, van a ayudarle a estar alerta más rápidamente.

LLORAR, SER EXIGENTE.

Es un patrón que se reconoce en las criaturas de cualquier edad, suele pasar durante el estado de insomne activo, pero también se encuentra en el sueño ligero, y cuando avanza la edad las criaturas pueden llorar y mantenerse alerta, aunque le cuesta hacerlo. Puede ser que el “prematuro” muy joven no tenga la fuerza de hacer ruido cuando se fastidia, exigir y llorar

COMUNICACIÓN.

Su bebé le habla y le pone al tanto por medio de sus reacciones, usted las puede aprender a conocer. Es posible aprender ¿Quién es mi bebé? ¿Qué significan sus reacciones? ¿Qué le gusta y no le gusta?. Por ejemplo gestos, señales que el bebé presenta cuando esta agitado y sufriendo una tensión nerviosa, y hay señales que muestran, cuando se siente bien.

COMUNICACIÓN DE MI BEBÉ

| | AGITADO | CONFORTABLE |
|----------|---|--|
| Autónomo | Cambios en el color, arqueado, hipo. | Color estable, chupar. |
| Motor | Temblores, espasmos musculares. Los brazos y las piernas están extendidos, rígidos. Extiende los dedos. | Movimientos fluidos y suaves. Postura relajada. Le coge la mano. |
| Estado | Llanto débil, jadcante. No lo puede despertar. Irritable Llora y exige mucho, se fastidia. | Llanto rítmico, robusto. Se despierta lentamente No irritable No llora ni exige mucho |
| Atención | De mirada glacial, vuelve la cabeza. De repente se duerme | Presta atención |

CAPITULO V

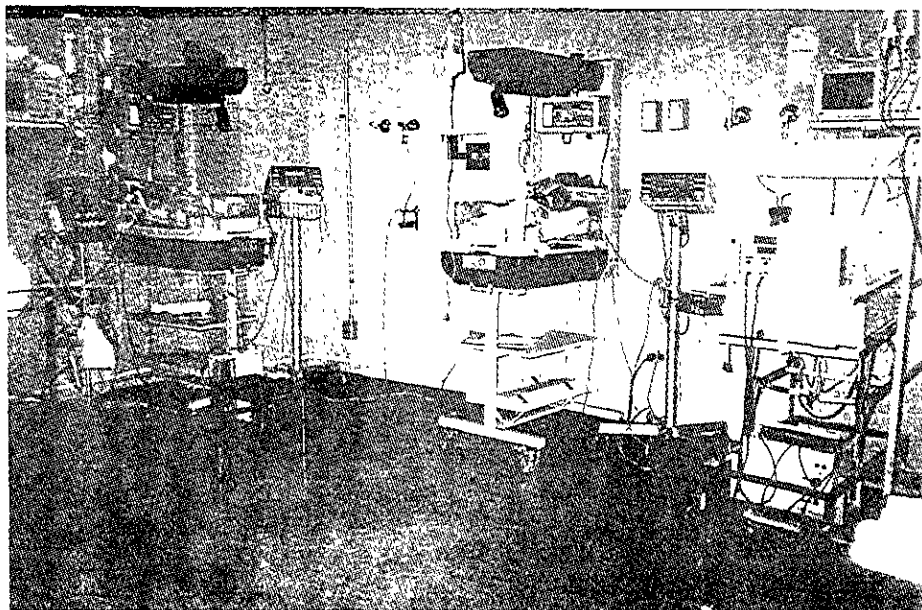
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

La unidad de cuidados intensivos neonatales, ocupa un lugar muy especial en el hospital, debido a la complejidad de la atención que brinda. Su objetivo fundamental es el proporcionar cuidados óptimos al niño de alto riesgo o gravemente enfermo.

El diseño y la capacidad de la unidad varía dependiendo de la institución de salud u hospital, está dividida por áreas de atención, donde abundan cristales, equipo electromédico, instalaciones especiales, en general son lugares cerrados, de acceso restringido, con un reglamento interno estricto, donde sólo se permite la entrada a los padres en los horarios de visita. Manejada por personal altamente calificado, quienes cuidarán a su hijo.

Es importante que usted la conozca y se familiarice con ella, ya que será por un tiempo el hogar de su bebé, y, sus padres tendrán que visitarlo. Para hablarle y demostrarle su cariño a pesar de estar en un ambiente desconocido, siguiendo siempre las indicaciones del personal.



Unidad de cuidados intensivos neonatales

AMBIENTE FÍSICO

La unidad está inundada de luces brillantes y su actividad persiste durante la noche. El bebé estará ubicado en una incubadora o cuna, donde se empequeñece aún más al estar rodeado de máquinas y equipos. Donde el personal médico y de enfermería viene realizando procedimientos, como parte de su tratamiento que quizá algunos sean dolorosos (sacarle muestras de sangre, ponerle suero, aspirarle las secreciones etc.). Puede que la aplicación del tratamiento le moleste o inquiete muchas veces al bebé.

Los prematuritos pueden agitarse después de sólo ser manejados para su cuidado cotidiano (cambio de pañal, alimentarle, etc.)

Es importante hasta donde sea posible, mantenerlos tranquilos y confortables, por esto es importante cambiar el ambiente físico de la unidad:

- Disminuir la cantidad de ruido.
- Disminuir la cantidad de luz.
- Proveerle rutinas ligeras y suaves.
- Proporcionar la posición encogida del bebé.
- Hacer que los tratamientos sean menos estresantes.
- Disminuir las cosas que le inquietan al bebé.

SONIDO.

¿ Que más le da al bebé el sonido?

Los sonidos fuertes son de interés porque:

Afectan el oído y conducen a su pérdida.

Para el bebé, se les considera estresantes:

- El sonido de la incubadora o cuna radiante está graduado a 58-60 decibeles, adecuada para los adultos. El ruido aumenta si el bebé tiene algún equipo respiratorio (ventilador mecánico, puntas nasales de oxígeno). Otros sonidos pueden aumentar los niveles que un adulto encontraría incómodo 75-85 decibeles). Sonidos fuertes y agudos pueden alcanzar niveles de 100-200 decibeles, los cuales pueden dañar las células del oído. Es más posible que esto pase cuando el bebé está tomando medicamentos que lo sensibilicen.
- Los sonidos fuertes y agudos pueden causar cambios fisiológicos (ritmo cardíaco, respiración, apnea, etc.) asustarlo e inquietar su sueño

¿Cómo se puede disminuir el nivel del ruido?

Pueden disminuirse al hablar en voz baja, cerrando las puertas y tapas suavemente no dejar caer las cosas encima de la incubadora, bajar el volumen de las alarmas, teléfono y radio.

¿Algunos sonidos son provechosos?

El sonido de la voz al hablarle, leerle, puede ser que en “prematuros” muy pequeños esto los inquiete. Se recomiendan cajitas musicales.

LA LUZ.

¿Por qué la luz es de interés?

- La luz brillante puede lesionar sus ojos, puede molestar el ritmo del cuerpo, desde desanimarlo a abrir los ojos y mirar a su alrededor.
- Puede que la luz brillante altere sus estados de sueño. Los “prematuros” que están en una sala donde se amortiguan las luces por la noche, regularizan sus periodos de sueño.
- La intensidad de la luz puede disminuir la posibilidad de que el bebé, al estar despierto abra los ojos y explore el mundo que lo rodea y se relacione con la gente.

¿Cómo se puede disminuir la cantidad de luz?

Se pueden cubrir con una manta o pañal las incubadoras, para bloquear la cantidad de luz. Al amortiguar la luz, se pueden hacer los procedimientos que requieran mucha luz con una lámpara adicional. El personal, trata de evitar la luz brillante cuando no la requiera.

En la sala de cuidados intensivos hay “ una hora tranquila ”.

Todos los días, donde se pueden amortiguar las luces por unas horas y no inquietar al bebé a menos que requiera un procedimiento, facilitando la adaptación de su horario de sueño, sus cambios hormonales y la temperatura, reponiendo su energía para enfrentar las actividades del día.

AMBIENTE SOCIAL

Para el “prematuro”, la sala de cuidados intensivos neonatales es su hogar, el lugar donde empieza a aprender.

¿Cómo son las personas, cómo responden, y cómo se siente el bebé al oír las pláticas del personal, ser abrazado o dejado solo?

Usted es la persona más importante de ese hogar, aún si no puede estar ahí todo el tiempo.

¿Por qué es importante el ambiente social del prematuro?

- Usted es la persona más importante para el bebé, pero no es posible que esté con usted el mismo tiempo que si lo tuviera en casa.
- Hay muchas personas, con las que su bebé debe relacionarse, por lo tanto debe investigar ¿Cómo son las personas?, el bebé prematuro tiene más dificultad para relacionarse que el bebé que nació de término.
- La incubadora le provee apoyo pero al mismo tiempo lo aísla. Por ejemplo se le hace difícil llegar a relacionar una voz con una persona o que una persona es más que una mano.

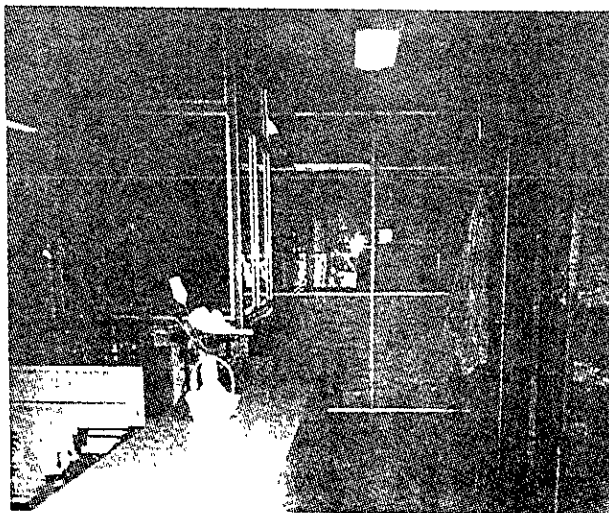
¿Qué tengo que saber para relacionarme con mi prematurito?

- Un bebé se relaciona con quienes le rodean al mirar, atender, escuchar y tocar. Cuando atiende una cosa ajusta el foco del ojo y la sigue, haciendo contacto visual.
- Existen otras maneras de que los prematuros atiendan y presten atención: escuchar, sentir el toque, volver la cabeza. Estar consciente de esto es importante, especialmente para los prematuros que tardan en estar alertas o que tienen problemas visuales.
- Nuestros sentimientos nos hacen querer acercarnos o alejarnos, aceptar o rechazar.

- Su prematurito si tiene sentimientos. Quizá no sea muy evidente, que cuando llora o se inquieta. En tales momentos estamos seguros de que el bebé no se siente bien. Pero como sabemos cuando se siente bien.
- Sentirse cómodo, sentir un toque suave, escuchar una voz familiar; todo le da sentimientos positivos, y el bebé nos deja saberlo de varias maneras; no demostrando señales de estrés, parece y tiene una expresión relajada en la cara, se acurruca, y al crecer presta atención visualmente.
- Es importante que el bebé perciba, a través de la manera en que la gente le responde a sus sentimientos, que estos son importantes y que la gente los ha reconocido. Si la gente no le corresponde, el bebé aprende que sus sentimientos para la gente no son importantes y él actúa de la misma manera o se resignan y llegan a tener rechazo por la gente.

¿Relacionarse por el tacto; puedo abrazarlo?

La mayoría de los hospitales, no les permiten a los padres que toquen a su bebé, y estos al verlo tan chiquito e indefenso, los intimida o deprime. Hay diferentes criterios sobre cuando hacerlo. ¿Dentro o fuera de la incubadora? Cuanto más rápido es mejor. El tacto les transmite sus sentimientos y el bebé sabe cuando es aceptado y querido



UCIN

MANEJO DEL BEBÉ.

¿Por qué es importante el manejo del bebé?

Puede conducir al estrés fisiológico y de comportamiento. Cuando los médicos o las enfermeras lo manejan con el propósito del cuidado que requiere. Los “prematuros” muchas veces muestran señales de estrés fisiológico en forma de alteraciones de la frecuencia cardíaca (disminución-bradicardia). Respiración los niveles de oxígeno sanguíneo bajan (desaturación), cambios en la coloración de la piel (moradito o ruborizado), otras reacciones como el hipo y el bostezo.

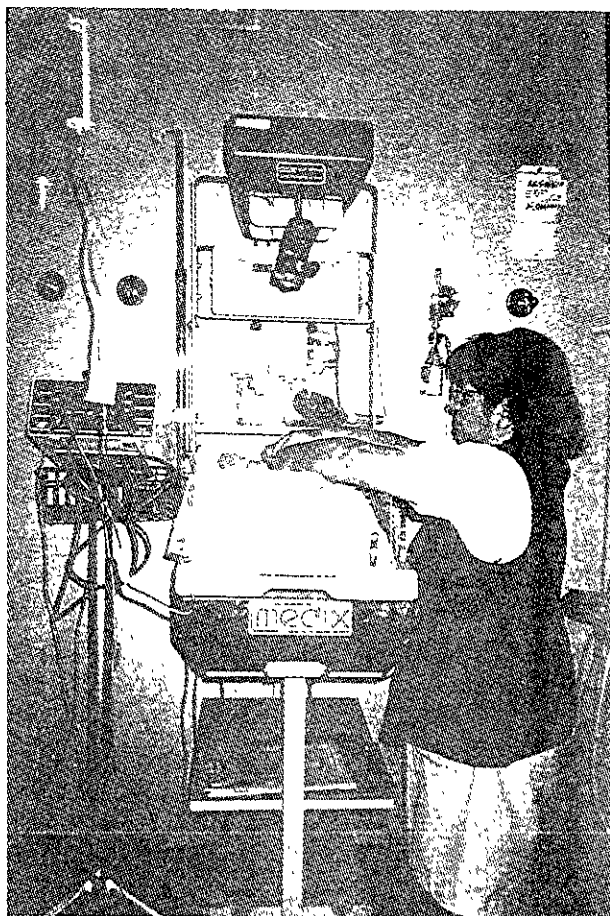
Durante el cuidado diario como cambios de pañal o alimentarlo los bebés pueden presentar estas reacciones. Cuando se les toca o se mueven pueden demostrar su disgusto por moverse y llorar más con espasmos musculares (movimientos), temblores.

¿Que debo saber sobre los efectos del manejo del bebé?

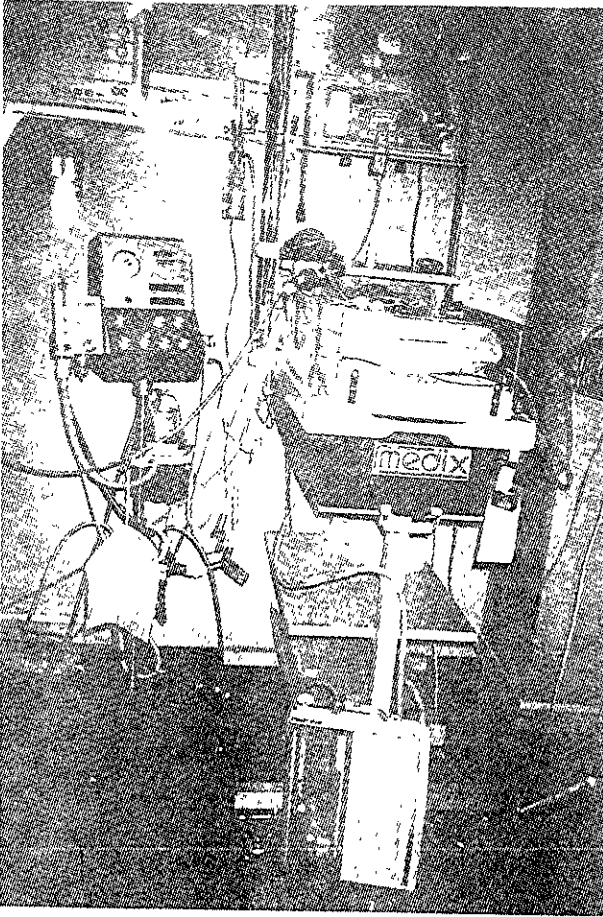
Cuando los niveles de oxígeno sanguíneo bajan (desaturación) puede afectar el cerebro. por eso conviene prevenir, las bajas durante las actividades diarias (toma de temperatura, toma de presión, cambio de pañal etc.) así como los tratamientos que son especialmente dolorosos o estresantes. El bebé puede aprender que es el dolor, que es lo incomodo. Al repetirse la acción varias veces.

¿Es posible manejarlo sin que se agite?

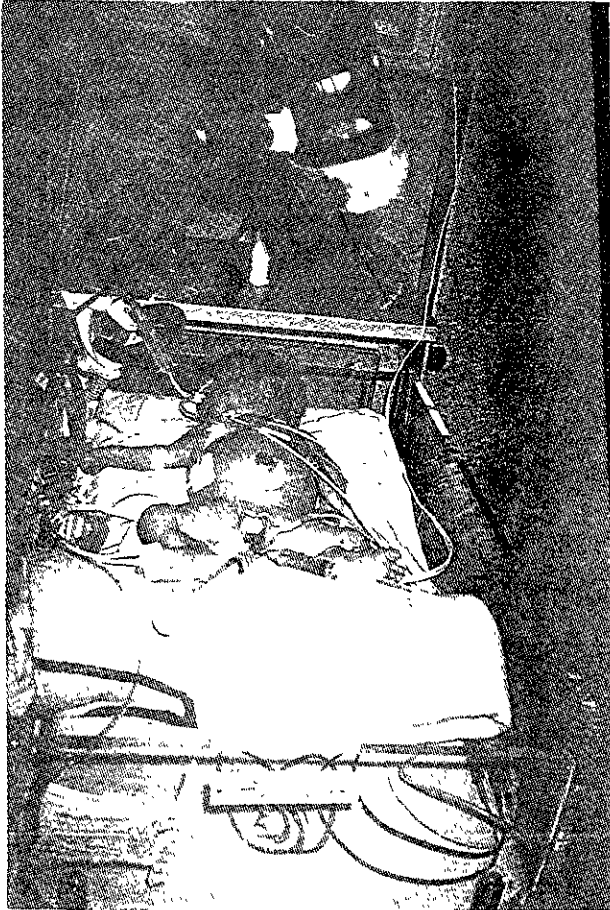
- Ponerlo en posición cómoda y segura, proveerle de algunos apoyos especiales para mantener la posición enrollada durante el manejo. Como tomar los brazos del bebé para mantener la posición y evitar movimientos espasmódicos.
- Cuando el bebé se fatigue o se fastidie darle un descanso, dejarlo tranquilo y empezar las actividades hasta que recobre la calma.
- Puede calmarse dándole en chupón, dándole algo que pueda agarrar con la manita y algo con el que pueda apoyar los pies.
- Disminuir la estimulación, no le hable, baje los niveles de ruido si el bebé muestra señales de estrés.
- Ante todo ajuste el cuidado al mismo paso que el bebé. Deje que él le notifique ¿Qué esta bien o mal? ¿ Cuándo seguir, cuando parar y cuando empezar de nuevo? ¿Cómo actúo con relación a mi bebé?.



Atención del bebé por personal especializado de enfermería



Prematuro en estado crítico (en servocuna)



Paciente en estado crítico con ventilador, onfalocelisis y monitoreo

EL TACTO

Manejar es tocar. El tacto se desarrolla muy temprano en la vida fetal. La piel de los prematuritos es muy frágil por lo que se debe de tocar con gran delicadeza. Algunos estudios han demostrado que tocar a prematuros menores de 30 semanas de gestación puede ser más estresante que calmante. Con los prematuros más grandes, unos toques suaves son buenos.

Los “prematuros” reaccionan de manera distinta a los diferentes toques. Puede que un toque ligero como una pluma sea trastornador, es más probable que un toque firme y fijo sea calmante y consolador. Se ha comprobado que el tacto humano o un masaje por poco tiempo es útil, puede que engorde más rápidamente. Debe hacerse poco a poco midiendo sus reacciones.

LA POSICIÓN.

¿Por qué es importante la posición?

El “prematuro” no puede colocarse por sí solo en una posición cómoda. Con el tiempo, la posición, puede afectar el desarrollo motor del bebé.

¿Que debemos saber sobre la posición?

El “prematuro” no tiene la fuerza muscular que tiene un bebé que nació de gestación completa, para controlar el movimiento de brazos, piernas o cabeza. Les es difícil moverse contra la gravedad. Por eso suelen acostarse con los brazos derechos o extendidos más bien que doblados. El estar en una posición extendida por mucho tiempo puede conducir a una rigidez de hombros y caderas, lo cual puede retrasar el desarrollo motor.

Probablemente no sea muy cómodo estar en una posición extendida, boca arriba. Si lo dejan así algunos prematuros trataran de acomodarse en posición encogida que es más cómoda y relajada, agotando la energía que podrían usar para su crecimiento.

En posición boca abajo o de costado, los bebés más pequeños mantienen mejores niveles de oxígeno y temperatura, durmiendo mejor que en otra posición. Sin embargo cuando lo dan de alta, solamente debe de colocar al bebé boca abajo cuando esté despierto, no dormido

¿Cómo es posible acomodarlo y mantenerlo en una posición cómoda y provechosa para su desarrollo motor?

Algunas veces es difícil acomodarlo en una posición enrollada o doblada debido al equipo y aparatos que necesita (suero, ventilador, etc.). Pero usualmente sí se puede realizar.

INSTRUCCIONES PARA PONERLO EN POSICIÓN ADECUADA

- Ponerlo boca abajo o de lado con los brazos y piernas doblados.
- Cubrirlo y arroparlo con un cobertor o sábana, manteniendo la posición enrollada, lo que le da la sensación de ser acariciado.
- La unidad neonatal, utiliza varias técnicas para acomodarlo (con ropa, silla) y formar niditos, también le proporciona seguridad.
- Pueden quedar sus manos libres para que pueda alcanzar su cara, chupar sus dedos o manos, es una manera de serenarse.

LA MADRE CANGURO

Muchos hospitales han incorporado a su servicio el programa de “madre canguro”, por la similitud que tiene este procedimiento con los marsupiales (canguro) con sus crías. También llamado “contacto piel a piel”. Consiste en meter al bebé dentro de la camisa, en contacto con la piel. Se ha utilizado en países subdesarrollados donde son escasas las incubadoras. El tener la madre o el padre pegado al pecho a su bebé, es eficaz para mantener su temperatura normal, rápida normalización de la función respiratoria y menor cantidad de periodos de apnea (pausas de la respiración), también regulan su frecuencia cardíaca y los niveles de oxígeno son estables.

No en todos los prematuros se puede adoptar, los padres deben recibir un adiestramiento especial, dirigido por el hospital para llevarlo a cabo. Los estudios, demuestran que los bebés se sienten muy a gusto, y es beneficioso para su desarrollo.

EQUIPO MEDICO

¿Qué son todos esos alambres y tubos que están conectados a mi bebé?

Los monitores continuamente proveen de información precisa a las enfermeras y médicos.

En lo posible los monitores son indolores y no invasores (es decir no causan dolor y sólo están superficialmente a la piel) su bebé tendrá algunos de esto, pero probablemente no todos.

Los aparatos que se utilizan pueden ser:

Monitor cardiorespiratorio: Se ponen tres alambritos en el pecho o en el abdomen del bebé, los alambres están conectados al equipo que nos muestra el ritmo cardíaco y respiratorio.

Oxímetro: Mide continuamente la oxigenación sanguínea del bebé. Es un cablecito con un foquito que se coloca en la palma, pie o cualquier dedo del bebé. El monitor nos indica la cantidad de Oxígeno en el cuerpo del bebé.

Baumanometro: Mide la presión sanguínea con una manguita puesta en el brazo o pierna del bebé. También se mide por medio de un catéter (tubito delgadito) en una de las arterias.

Sensor de temperatura: Para asegurarse que la calefacción sea adecuada para el bebé se coloca en la piel un alambrito con recubrimiento plástico que nos indicará la temperatura corporal.

Venoclisis (suero): Es un tubito plástico en la vena del bebé, conectado a una bolsa o frasco que contienen soluciones, medicamentos o nutrientes necesarios. Generalmente se aplican en manos, pies, brazos piernas y cuello.

Catéter umbilical u omfaloclis (ombligo): Son dos tubitos que se introducen en la arteria y vena del ombligo. Además de administrarle líquidos, medicamentos y nutrientes al bebé se puede extraer una muestra sanguínea sin dolor.

Cánula endotraqueal: Es un tubo que va de la boca a la tráquea, sujeto con micropore o tela adhesiva al labio superior del bebé y está conectado a un equipo de respiración artificial (ventilador) que introduce aire a los pulmones.

Ventilador: Es un aparato que facilita la respiración y conserva los niveles de oxígeno necesario para vivir

Catéter de Oxígeno: Es un tubo plástico en la nariz del bebé, que le proporciona Oxígeno.

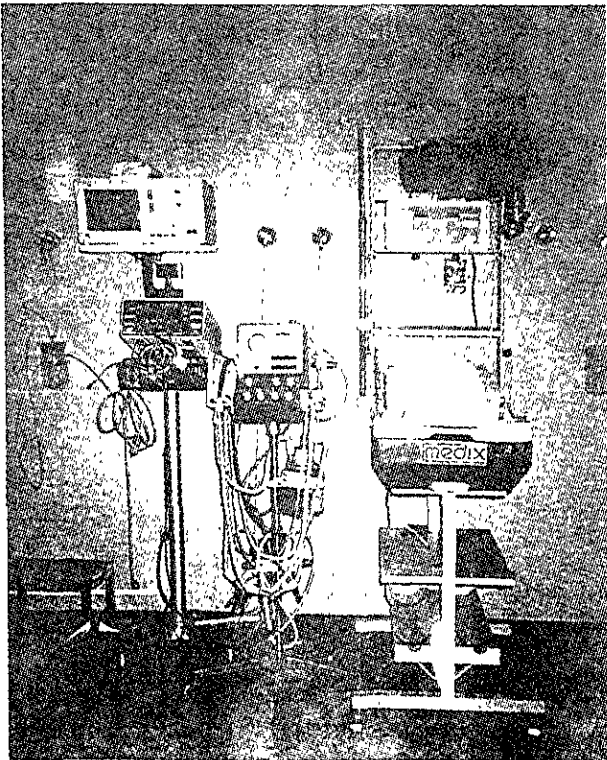
Sonda Orogástrica: Es un tubito de plástico que se introduce en la boca del bebé y llega hasta el estómago. Sirve para sacar líquidos y proporcionar alimento.

Sonda Foley (orina): Es un tubo pequeño de plástico que se le pone en la uretra del bebé para recolectar la orina

Servocuna: Cama de calor radiante que permite la visualización y manejo directo de procedimiento complejos en el prematuro.

Incubadora: Es una cámara o cama que proporciona calor, humedad y oxígeno, permitiendo un alto grado de aislamiento y protección del medio ambiente

Cuna térmica (Baby Term): Tiene la misma función que la incubadora.



Equipo electro médico de la UCIN

PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

¿Quiénes trabajan en la unidad de cuidados intensivos y cuidan a nuestro bebé?

Debido a las características propias del recién nacido prematuro, requiere de un cuidado muy especial, proporcionado por personal especializado que trabajan juntos para cuidar a su bebé. Usted conocerá algunas personas o a todas; éstos son:

Neonatólogo: Es un médico pediatra, especializado en el cuidado del niño prematuro sano y enfermo desde sus primeras horas de vida hasta los 29 días. Se encarga de diagnosticar e indicar el tratamiento a seguir. Sus actividades medicas se enfocan hacia el cuidado del niño en estado crítico, es el responsable de vigilar la evolución del niño, así como proporcionar orientación a los padres de familia.

Pediatra: Médico especialista en el cuidado del niño, desde su nacimiento hasta los 15 años de edad. Se encarga de diagnosticar e indicar el tratamiento a seguir.

Cirujano pediatra: Médico especialista en diagnosticar problemas quirúrgicos, realiza las cirugías e indica el tratamiento a seguir.

Residente: Médico que está recibiendo adiestramiento adicional, para ser pediatra u otra especialidad.

Enfermera especialista pediatra: Enfermera con adiestramiento especializado en el cuidado del niño con alteraciones de sus funciones vitales. Planea y realiza terapias de apoyo emocional y de rehabilitación, enseña procedimientos higiénico - dietéticos y participa en actividades de educación para la salud del paciente y su familia.

Enfermera general: Enfermera capacitada para proporcionar cuidados generales, realiza procedimientos específicos y apoya a la enfermera pediatra.

Trabajadora social: Persona que le ayudará y orientará en las actividades (número de cuna del bebé, pases de visita, póliza de seguro, etc.) jurídicos y sociales del hospital. Auxilia a los familiares para comprender, aceptar y seguir las recomendaciones médicas y de enfermería.

Inhaloterapista: Persona especialmente adiestrada en el manejo y control de la oxigenación. Lleva a cabo tratamientos de inhalación, humidificación y manejo de aparatos de ventilación mecánica.

Dietista: Persona especializada que se encarga de calcular la fórmula (leche) de acuerdo a las condiciones individuales y a las indicaciones médicas. Orienta a los familiares sobre la alimentación del bebé.

Intendencia: Realiza las actividades de limpieza y desinfección, de las instalaciones físicas, mobiliario y equipo de la unidad.

De almacén: Proporciona los materiales y equipos que se requieren en el servicio.

De mantenimiento: Realizan la conservación, reparación e instalaciones de equipos electromédicos (incubadoras, servocunas, máquinas de ventilación etc.).

Sacerdote: Proporciona apoyo religioso y espiritual.

Además si su bebé sufriera de un problema particular podría ser que fuese atendido por otros especialistas:

Cardiólogo: Problemas del corazón.

Neurólogo: Problemas del cerebro y sistema nervioso.

Gastroenterólogo: Problemas intestinales o con la nutrición.

Endocrinólogo: Problemas con las glándulas y hormonas.

Hematólogo: Problemas con la sangre.

Oftalmólogo: Problemas de los ojos.

Es importante contar con la ayuda de un psicólogo que le proporcione orientación y apoyo emocional a los padres y más adelante vigile el desarrollo del bebé.

Es fundamental que usted conozca al médico responsable del tratamiento de su bebé, que tenga presente su nombre, por que él es la persona a la que puede acudir para aclarar sus dudas y temores sobre el tratamiento y evolución de su hijo y como puede colaborar en él.

CAPITULO VI

LAS ENFERMEDADES Y LOS PROBLEMAS MAS COMUNES

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA O ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA (S D R)

¿Que es el síndrome de la membrana hialina?

Es una enfermedad respiratoria aguda que se presenta más frecuentemente en niños prematuros, se inicia al nacimiento o poco tiempo después, es progresiva y provocada por deficiencia del factor surfactante que producen los mismos pulmones.

¿Por qué presentan síndrome de dificultad respiratoria los bebés prematuros?

- Se presenta en bebés con una inmadurez de sus pulmones.
- Es más frecuente en bebés con menor edad gestacional y menor peso al nacer.
- Es provocada por la deficiencia de una sustancia pulmonar llamada factor surfactante.

¿Que es el factor surfactante?

Este surfactante es una sustancia que los pulmones maduros producen en el interior de los alvéolos pulmonares (unas pequeñas bolsitas de aire). Su función es mantener abiertos los alvéolos y permitir el intercambio gaseoso durante la respiración:

- a) en la inspiración se introduce aire que contiene oxígeno y este se va a la sangre.
- b) En la expiración se elimina bióxido de carbono.

¿Que se observa en un bebé con el síndrome de dificultad respiratoria ?

Generalmente los signos de esta enfermedad aparecen a los pocos minutos de nacer y son los siguientes:

- La respiración es rápida y superficial (taquipnea).
- Quejido espiratorio a menudo se escucha.
- Retracción intercostal. se retraen las costillas y el centro del pecho en cada espiración.
- Aleteo nasal. los orificios de la nariz se ensanchan en cada respiración.
- Ruidos respiratorios (estertores finos).
- Coloración azulosa de la piel llamada cianosis. Se presenta de inicio en labios y uñas, aumenta en forma progresiva.

¿Cuál es su tratamiento ?

La primera necesidad de su bebé es una buena oxigenación por lo mismo se le dará oxígeno extra, dependiendo de su gravedad. En caso de no ser grave, se le coloca un casco en la cabeza por donde se le dará oxígeno, si el problema es moderado se le administrará a través de un catéter nasal (tubo de plástico que se coloca en la nariz). Cuando el síndrome de dificultad respiratorio es grave, es posible que lo intuben; es la introducción de un tubo de plástico en la tráquea el cual sirve para: a) Proporcionarle oxígeno con un ventilador que le ayude a la respiración. b) Para recibir el surfactante artificial que es un medicamento que trata de suplir al natural.

1. Su bebé quizás tendrá un catéter umbilical. Es un tubo de plástico que se introduce en la vena y/o en la arteria. Estos catéteres se usan para:
 - Introducir líquidos que necesita, medicamentos, alimentación intravenosa, aplicar sangre si es necesario y tomar muestras de sangre para estudios.
2. Es importante la toma de muestras para:
 - Determinar si el bebé está recibiendo la cantidad correcta de oxígeno, líquidos y nutrientes que mantienen el balance del cuerpo.
 - Determinar los ajustes necesarios en el respirador artificial como son; frecuencia de la respiración, cantidad de oxígeno y presión en la cantidad de aire.
 - Valorar si es necesario transfundir sangre.
 - Descubrir si el bebé está infectado.
3. Mantener la temperatura del cuerpo de su bebé. Porque él no la puede controlar, se le coloca en una cuna térmica o en una incubadora.
4. Su bebé estará con uno o más monitores. Para tener el control de la frecuencia cardíaca, respiración, oxigenación de la sangre, etc.

¿Cuánto dura el síndrome de dificultad respiratoria?

Es variable en cada niño. Generalmente la enfermedad se agudiza por 3 o 4 días y luego cede, y gradualmente disminuye la necesidad de oxígeno. Si la enfermedad no es grave el bebé no necesitará ventilador, es posible que pueda dejar de recibir oxígeno extra en unos 5 a 7 días. Por que ya es posible que se incremente la producción del surfactante natural de sus pulmones.

En caso que la enfermedad haya sido grave, la recuperación es más lenta y es posible que la necesidad de oxígeno extra y el respirador artificial se prolongue hasta por semanas.

Otros factores que pueden provocar que la recuperación sea más lenta son:

- El bebé tiene menos edad gestacional y peso menos de 1000 gramos.
- Infecciones agudas.

Otras enfermedades agregadas como, enfermedades del corazón, del riñón, etc.

¿Cómo puedo ver si el bebé se está mejorando?

- El bebé respira más fácilmente y la frecuencia de la respiración disminuye.
- Si su bebé tenía respirador artificial los médicos le disminuirán: La presión (fuerza de cada respiración), el número de respiraciones dadas por la máquina y la cantidad de oxígeno que requiere.

¿Pueden existir problemas a largo plazo después del síndrome de dificultad respiratorio?

La probabilidad de problemas a largo plazo aumenta si la enfermedad fue grave o si hubo complicaciones.

Algunos problemas posibles son los siguientes:

- La frecuencia y severidad de infecciones respiratorias aumenta, especialmente los primeros 2 años.
- Un aumento de susceptibilidad a irritantes pulmonares, tal como el humo y polvos del ambiente.
- Una probabilidad más alta de sufrir padecimientos de los bronquios.
- Una probabilidad más alta de hospitalización durante los primeros 2 años.
- Si fue grave el síndrome de dificultad respiratorio puede ser que los pulmones del bebé lleven las heridas y las cicatrices de la enfermedad que se llama displasia broncopulmonar.

¿El síndrome de dificultad respiratorio puede causar anomalías durante su desarrollo?

Todo depende del peso y edad gestacional al nacer. Los que pesan más de 1500 gramos es menos frecuente que presenten alteraciones neurológicas.

APNEA DE LA PREMATURIDAD

En todos los recién nacidos se producen irregularidades del ritmo respiratorio y se manifiesta hasta después del primero y segundo días de vida. Es más frecuente cuando el bebé tiene menos semanas de gestación al nacimiento, los episodios apneicos más severos y frecuentes pueden ocurrir al finalizar la primera y durante la segunda semana de vida, este período es cuando el niño es físico y nutricionalmente más débil.

¿Que es la apnea?

La apnea es una pausa o supresión de la respiración que tiene una o más de las siguientes características.

- Dura más de 15 a 20 segundos.
- Es más frecuente durante el sueño.
- Se asocia con el color del bebé; se pone pálido, purpurino o azul y existe flacidez en su cuerpo.
- Se asocia con disminución de la frecuencia respiratoria que se llama bradicardia.

¿La apnea se debe a la prematuridad?

Puede ser una de las causas la inmadurez de sus pulmones, pero también existen otras como; ser causada o aumentada por varios trastornos como la infección, un bajo nivel de azúcar en la sangre, enfermedades del corazón, los ataques convulsivos, una temperatura alta o baja, problemas cerebrales, o una cantidad insuficiente de oxígeno.

¿Por qué presentan apnea los bebés prematuros?

Los centros de la respiración en los bebés prematuros son inmaduros. Existen patrones respiratorios los cuales se caracterizan por una serie de respiraciones seguidas, de una supresión de la respiración de 5 a 15 segundos de duración y se le denomina "respiración periódica".

Los episodios de supresión de la respiración más esporádicos y prolongados reciben el nombre de "pausas de apnea".

Existen 3 tipos de apnea:

1. **La apnea primaria o central.** Los centros de la respiración de estos niños son inmaduros y existe desregulación de los mecanismos del control respiratorio. La apnea más grave ocurre durante el sueño activo, porque durante este disminuyen; los reflejos espinales, el volumen torácico, el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono. La relajación muscular puede provocar obstrucción con su misma lengua.
2. **Apnea secundaria.** Debida a enfermedades del neonato (membrana hialina, displasia broncopulmonar, etc.), por obstrucción por secreciones en las vías respiratorias. Es secundaria a patología bien definida en el neonato y esta dada por alteraciones metabólicas de la temperatura, anemia y enfermedades del cuerpo.
3. **Mixta.** Es la combinación de la central y la secundaria. Es causada por la misma inmadurez y asociada con otras enfermedades como; sepsis, neumonía, meningitis, hipoglucemia y hemorragia intracraneal.

¿Se retirará la apnea del prematuro?

Persiste en forma intermitente hasta que el lactante tiene alrededor de 36 semanas de edad gestacional, independientemente del momento del nacimiento, el tiempo varía en cada niño.

¿Cómo se trata la apnea?

Los episodios de apnea son transitorios y nunca debe permitirse que lleguen a ser perjudiciales para el cerebro, por eso es importante mantener la vigilancia, mediante los aparatos llamados monitores.

Existen varios tratamientos posibles, los médicos son los que pueden indicar uno o varios, pueden ser:

- Investigar y tratar la enfermedad que la origina.
- Mantener un ambiente térmico en la incubadora.
- Colocar al niño boca abajo para aumentar la oxigenación y evitar la obstrucción de las vías respiratorias por secreciones.
- Se coloca al bebé sobre un colchón de aire, para estimular su respiración a través de los movimientos.
- Medicamentos que estimulen la respiración por ejemplo: teofilina, aminofilina o cafeína.
- Oxígeno a través de unos tubitos en la nariz del bebé.
- Respiración asistida. Con una máquina, llamada respirador artificial, el cual le ayuda a tener respiraciones asistidas cada minuto, se le pueden dar a intervalos regulares o sólo cuando ocurre la apnea.

¿Cómo sabría yo si mi bebé tuviera apnea?

Si usted observa que el bebé suspende su respiración por 20 segundos y se acompaña de palidez, flacidez y cambios de coloración de su piel.

¿Tiene que permanecer en el hospital hasta que desaparezca por completo la apnea?

Si, porque en nuestro país todavía no existe la monitorización en casa. Sin embargo es importante conocer lo siguiente:

- Cuando se presenta la apnea, el bebé esta hipotónico o flácido, se produce obstrucción de la vía aerovía superior, por la flacidez de los músculos de cuello y boca.
- La maniobra de estimulación manual y reanimación es la siguiente: colocar al bebé sentado con la cabeza en ligera extensión y el cuello estirado, se sacude suavemente. Con frecuencia es suficiente para iniciar las respiraciones.
- Mecer suavemente al bebé.
- Como padres recibir una capacitación de reanimación cardio-pulmonar CPR.
- Si tiene teléfono en casa, llame a su médico o a una ambulancia de urgencias medicas, como la Cruz Roja de su localidad.

¿Cuándo el bebé se mejora de la apnea, esta puede regresar?

La apnea de la prematuridad es consecuencia de su inmadurez, la cual se resolverá conforme avance su edad, si persistiera la apnea, se puede pensar que es causada por otros problemas. En este caso debe acudir a su médico, el cual realiza los estudios pertinentes y en caso necesario indica medicamentos nuevamente.

¿Tiene relación la apnea de la prematuridad y el síndrome de muerte infantil?

La mayoría de los bebés que presentan muerte infantil súbita nacen de un embarazo que llego a su término y su estancia en el hospital fue norma. Sin embargo los niños prematuros están sobre representados entre las víctimas de muerte súbita, porque existe una posibilidad de anomalía en los patrones de respiración y su control. La muerte se presenta en forma usual durante la noche, especialmente durante los meses de verano y en niños con edad comprendida entre uno y cuatro meses. Se piensa que algún aspecto del desarrollo del control respiratorio en esta edad, puede ser por cambios en la musculatura esquelética asociados con la fase activa del sueño.

Existen cierta asociación entre muerte súbita y los siguientes factores:

- Edad materna menos de 20 años, solteras y de bajo nivel social.
- Intervalo corto entre cada embarazo.
- Muerte fetal previa.
- Tabaquismo y adicción a drogas.
- Parto pretérmino y bajo peso al nacer.
- Segundo a tercer hijo, embarazo múltiple.
- Sexo masculino. Es el más frecuentemente afectado.
- Pausas de apnea con reanimación exitosa.

Existen otros tipos de apnea. **La asfixia.**

Cuando un recién nacido tiene disminución en el aporte de oxígeno. Inicialmente realiza movimientos torácicos rápidos y aumenta la frecuencia cardíaca. Si la asfixia continua los movimientos pueden cesar y la frecuencia cardíaca empieza a disminuir a esto se le conoce como **apnea primaria.**

Si la asfixia continua, el bebé presenta jadeos que se van haciendo más débiles hasta presentar paro respiratorio a esta se le llama **apnea secundaria**, en esta etapa puede ocurrir daño cerebral.

¿Cómo se trata?

Apnea primaria. Con estimulación táctil (secarlo y frotarlo) y oxigenación, en poco tiempo se restablece la respiración.

Apnea secundaria. Tratar la enfermedad que provoca la apnea (infección, enfermedades cardíacas, etc.) De acuerdo a la respuesta del recién nacido se pueden o no utilizar sueros y medicamentos.

¿Es posible que se quede en el hospital?

Todo depende del tipo de apnea que el bebé haya presentado y su respuesta durante la estancia en el hospital.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Es una enfermedad pulmonar crónica de larga duración, con presencia de dificultad respiratoria persistente y cambios pulmonares.

Esta relacionada con niños que sufrieron severamente el síndrome de dificultad respiratoria o membrana hialina y/o nacieron extremadamente prematuros y con bajo peso menor de 1500 gramos.

¿Que causa la displasia broncopulmonar?

Son múltiples los factores que la causan pero los más sobresalientes son:

- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Ventilación prolongada y haber recibido altas concentraciones de oxígeno.

¿Cómo sabría yo si mi bebé tiene la displasia broncopulmonar?

Es difícil que usted como padre lo identifique. Sin embargo si el bebé tiene los siguientes antecedentes:

- Que sea prematuro.
- Ventilación prolongada con altas concentraciones de oxígeno.
- Peso bajo, menos de 1500 gramos.
- Que haya padecido membrana hialina.

Es más probable que la pueda desarrollar. Por esto es necesario mantenerlo en control médico. El diagnóstico se realiza a través de una radiografía de tórax (se observa deformidad de los pulmones), y por medio de otros estudios que puedan indicar la probabilidad de displasia broncopulmonar.

¿Cómo se trata la displasia broncopulmonar?

El bebé que tiene este problema, requiere de un manejo muy cuidadoso puesto que en esta alteración, la reserva respiratoria es mínima. Su bebé necesitara oxígeno suplementario por mucho tiempo varias semanas o meses, a veces por más de un año. El bebé se da de alta sólo si se usa oxígeno en el hogar.

También se trata con medicamentos:

- Esteroides. droga que disminuye la reacción ante el oxígeno.
- Diuréticos. medicamento que distribuye de una manera más adecuada el líquido pulmonar.
- Medicamentos que hacen más líquidas las secreciones.

¿Desaparecerá la displasia broncopulmonar en mi bebé?

Durante su primer año de vida es común el retraso en el crecimiento y las infecciones pulmonares frecuentes y con frecuencia requiere reingreso frecuente al hospital, y en ocasiones apoyo ventilatorio. La etapa de curación se asocia con el crecimiento pulmonar continuo y puede tomar 2 ó 3 años.

La mayoría de los lactantes no tienen problemas durante los 2 años.

¿Qué vigilancia requiere mi bebé?

Debemos evitar las infecciones respiratorias, conocer cuando necesita su hijo oxígeno y además continuar con las pruebas de funcionamiento respiratorio, según lo considere el médico.

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

¿Qué es la aspiración de meconio?

Es un problema que ocurre aproximadamente en el 10 % de los partos. Cuando el recién nacido aspira o se introduce líquido amniótico con evacuación, antes del parto o durante este, ocasionando una obstrucción o taponamiento de las vías respiratorias, interfiriendo en la respiración.

¿Por qué se presenta la aspiración de meconio?

Sí durante los momentos del trabajo de parto el bebé presenta disminución del flujo sanguíneo, este sufre; como consecuencia evacua dentro del vientre materno, el cual al momento de nacer e iniciar su respiración lo aspira y llega a los pulmones. Provocando dificultad respiratoria.

¿Que es el meconio?

Es la primera evacuación del intestino del recién nacido y esta compuesta por diferentes células, moco y bilis por eso, es de color negruzco.

¿Cómo se trata la aspiración de meconio?

Su tratamiento se basa principalmente en la prevención:

- Estableciendo un control prenatal preciso de embarazos de alto riesgo, como son las mujeres de toxemia o hipertensión, grandes fumadoras, con enfermedades crónicas y problemas con el crecimiento fetal.
- Durante la atención del parto, mediante una atención profesional del mismo.

¿Qué tan grave es?

La gravedad depende de la cantidad de meconio que se aspire y de la consistencia del mismo. Entre más espeso, más grave es la enfermedad.

¿Qué riesgo representa para mi bebé?

Puede desarrollar una enfermedad pulmonar que requiere ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Necesitar de ventilación mecánica para proporcionarle el oxígeno al 100%, generalmente se emplea el uso de antibióticos para prevenir o tratar la infección. Este se determina por medio de exámenes de laboratorio y de rayos X.

ENCEFALOPATÍA HIPOXICOISQUÉMICA

¿Qué es la encefalopatía hipoxicoisquémica?

Es el daño cerebral por la falta de oxígeno al momento de nacer. La encefalopatía es una causa importante de lesión permanente de las células del cerebro.

“ Encefalopatía ” daño o enfermedad de la función cerebral.

“ Anoxia ” falta total de oxígeno.

“Hipoxia” disminución de concentración arterial de oxígeno en la sangre.

“ Isquemia” Flujo sanguíneo insuficiente para mantener el funcionamiento normal.

¿Por qué sufren de encefalopatía hipoxicoisquémica los niños prematuros y de término?

Porque tienen una deficiencia de oxigenación en su cerebro y puede ser por las siguientes causas:

- Sufrimiento fetal.
- Asfixia neonatal.
- Infecciones.
- Enfermedades cardíacas complicadas.
- Hipoglicemia.

¿Cuales son las complicaciones de este problema?

Las manifestaciones dependen de los órganos afectados y de la intensidad del daño. Los prematuros presentan una leucomacia ventricular o sea una muerte del tejido blando del cerebro. Pero la principal, es el daño cerebral que puede terminar en parálisis central infantil (PCI).

¿Cómo se comportan los niños con encefalopatía hipoxicoisquémica?

Depende del daño cerebral , puede presentar irritabilidad hasta convulsiones.

¿Cómo diagnostican los médicos la hipoxia neonatal?

La asfixia neonatal se clasifica de acuerdo a la valoración del APGAR la cual tiene valor del 1 al 10. Considerando como normal de 7 a 10. Por lo que es importante saber que calificación obtuvo su bebé al nacer.

¿Cuál es su tratamiento?

El tratamiento va encaminado a las lesiones neurológicas que presente el bebé. También es necesaria la rehabilitación o estimulación temprana especial.

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (T T R N)

¿Qué es la taquipnea transitoria del recién nacido?

Es la respiración rápida del recién nacido (más de 90 latidos por minuto) que gradualmente se controla. Pero que en ocasiones puede provocar dificultad respiratoria leve o grave.

¿Qué causa la taquipnea transitoria?

Es el retraso en la reabsorción lenta del líquido del pulmón fetal. Antes del nacimiento, los pulmones del bebé tienen líquido; un poco de este líquido se elimina al ser exprimido cuando pasa por el canal vaginal, durante el parto.

Es preciso que el bebé absorba lo demás durante los primeros minutos o las primeras horas de vida. Cuando el bebé tiene taquipnea transitoria del recién nacido, este proceso puede durar varias horas o días, es más común en bebés que nacieron por cesárea, porque nunca fueron exprimidos por el canal vaginal durante el parto.

¿Qué problemas tiene un bebé con taquipnea transitoria del recién nacido?

Tiene algunas dificultades para respirar:

- Respira rápido.
- Emite un gruñido o ruido con cada respiración.
- Ensancha la naricita con cada respiración.
- Puede presentar cianosis (piel morada) por la falta de oxígeno.

¿Cómo se trata la taquipnea transitoria del recién nacido?

Se observa la respiración, frecuencia respiratoria y la oxigenación. Puede requerir:

- Oxígeno. Generalmente se administra por medio de un casco de plástico que se le pone en la cabeza.
- El oxígeno se le puede administrar por un tubito que va a la nariz del bebé. 1) Previene que los pulmones se llenen de líquido. 2) Hace que el líquido de los pulmones se reabsorba más rápido.
- Puede suspenderse la alimentación por algún tiempo.

¿Cuánto tiempo dura la taquipnea transitoria del recién nacido?

Es variable, puede durar horas, ó de 3 a 5 días y después desaparecer. La necesidad de oxígeno va disminuyendo, la frecuencia respiratoria se va haciendo normal.

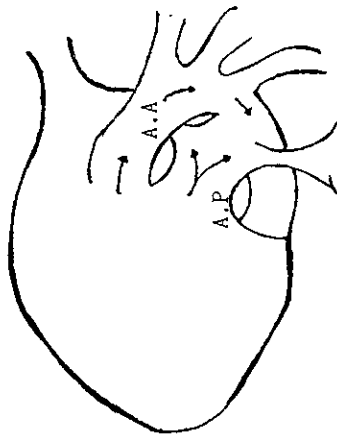
¿Puede regresar?

No, una vez que se recupera, el proceso se resuelve espontáneamente. Si su bebé presenta algunos síntomas de problemas respiratorios estos se deben a otra causa.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO AORTICO

¿Qué es la persistencia del conducto arterioso?

La persistencia del conducto arterioso resulta de la falta del cierre del conducto arterioso en las primeras 48 horas de nacido o a una reapertura de su cierre funcional. El conducto arterioso es un canal vascular que normalmente se cierra después de nacer, esta situado entre dos arterias elásticas grandes (pulmonar y aorta).



¿Por qué mi bebé lo tiene?

Antes del nacimiento la mamá y la placenta están encargados del cuidado del feto (bebé en útero). Este feto ni siquiera necesita usar sus pulmones. Por eso, solamente poca sangre tiene que circular en los pulmones para que crezcan. El conducto arterial permite que la mayoría de la sangre pase de lado y que vaya a todo el cuerpo.

Después de nacer, el bebé tiene que usar los pulmones para conseguir oxígeno y desechar el bióxido de carbono. Ahora la sangre de la arteria pulmonar, tiene que circular a los pulmones para conseguir el oxígeno, en vez de ir por la vía del conducto arterial. Normalmente después del nacimiento el conducto se va estrechando y se cierra en las primeras 72 horas o a las 8 a 12 semanas de vida. En los prematuros especialmente los que sufren la membrana hialina, puede ser que este vaso sanguíneo se quede abierto.

¿Qué pasa si este vaso sanguíneo se queda abierto?

Si esto persiste, se incrementa la cantidad de sangre que circula por los pulmones, provocando un aumento en el trabajo del corazón y mala oxigenación de la sangre. Puede evolucionar hasta una insuficiencia cardíaca.

¿Cómo saben si mi bebé tiene la persistencia del conducto aórtico?

Los médicos pueden sospechar de la persistencia del conducto aórtico; por la presencia de un soplo, la alteración de los pulsos y descompensación cardíaca. Para comprobar esto se puede realizar un ultrasonido del corazón, tomar radiografías las que muestran crecimiento del corazón.

¿Cómo se trata este problema?

Todo depende del tamaño del conducto abierto y del grado de daño pulmonar. En algunas ocasiones los médicos optan por esperar si cierra solo. Pero cuando este no cierra y el bebé muestra desmejoría en su estado, se puede intentar lo siguiente:

- Uso de un medicamento llamado indometacina.
- Disminución en el aporte de líquidos, hasta donde sea posible a través de diuréticos.
- En los casos graves. Manejo ventilatorio para proporcionar oxígeno extra y se vigilancia continua.

¿Qué pasaría si el tratamiento no tuviera éxito?

Si el conducto no cierra, el siguiente paso es la cirugía. Que la realiza un médico cardiólogo.

¿Puede regresar la persistencia del conducto aórtico?

Una vez resuelto el problema por medio de medicamentos o cirugía, esto ya no se repite.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR

¿Qué es la hemorragia intraventricular?

Es un sangrado en los espacios del cerebro, los cuales son 3: epidurales, subdurales y subaracnoideas. También se utiliza este término cuando existen hemorragias en las áreas cercanas a los ventrículos aún si la sangre no está dentro.

Las hemorragias se pueden clasificar:

- La hemorragia se limita a la región donde inició un 10 % del ventrículo.
- La hemorragia llena del 10 al 50 % del espacio ventricular.
- La hemorragia llena más del 50 % del espacio ventricular y estos crecen.
- Aparte del crecimiento ventricular hay lesiones o daños neurológicos.

¿Por qué sufren de hemorragia intraventricular los prematuros?

El cerebro no ha terminado de madurar. El área donde la hemorragia intraventricular suele empezar tiene una red frágil de vasos sanguíneos que se rompen fácilmente y producen la hemorragia. Cuanto más prematuro y enfermo, mayor es el riesgo de desarrollarla. Los bebés de más peligro son los que pesan menos de 1000 gramos al nacer y cuando tienen problemas de la sangre.

¿Cómo sabrían los médicos si mi hijo sufre de la hemorragia intraventricular?

La mayoría de las veces no da muestras de hemorragias; los síntomas son los siguientes:

Ausencia de un reflejo llamado moro, hipotonía muscular, flacidez del cuerpo, mala succión, apnea, palidez, somnolencia, llanto agudo, convulsiones, fontanela tensa y abombada.

Si la hemorragia es más grave, puede presentar anemia.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

Se toma una ecografía de la cabeza, cuando se piensa que el bebé está en peligro de hemorragia intraventricular durante los 3 a 10 días de vida. Esta prueba es indolora y se realiza en la cama, usando ondas sonoras para tomar una placa de la cabeza. Si está presente, se tomarán frecuentemente para observar si la hemorragia sigue aumentando en los ventrículos.

¿Cómo se trata la hemorragia intraventricular?

No existe tratamiento específico, la cirugía no la previene ni la cura. Es mejor evitarlo.

¿Cuales son las complicaciones de la hemorragia intraventricular?

Son más frecuentes las de tercer y cuarto grado. La complicación más frecuente es la hidrocefalia (acumulación de líquido en los ventrículos) esto puede causar:

- Que la cabeza del bebé crezca más rápidamente de lo normal.
- La irritación que causa la sangre y el tejido cicatrizal previene que el cuerpo absorba el líquido que rodea al cerebro.

¿En caso de desarrollar hidrocefalia, cual es su tratamiento?

Si su bebé desarrolla hidrocefalia, no puede desalojar o dejar escapar el líquido que se acumula en el cerebro. Por esto, es necesario:

- Una reserva. Es un tubo que se introduce en uno de los ventrículos más grandes y se liga a una cámara de donde se puede extraer el líquido con una aguja. Es una medida temporal porque el bebé necesitará se aplique un desvío.
- Desvío. Es un procedimiento quirúrgico donde se introduce un tubito en uno de los ventrículos más grandes y esta ligado con otro tubo. La conexión se encuentra detrás de la oreja, debajo de la piel. El tubo más largo continua hacia abajo, debajo de la piel viajando al cuello, pecho hasta el abdomen, donde si se absorbe el líquido.

¿La hemorragia intraventricular daña el cerebro?

Los grados 1 y 2 son los más comunes y usualmente no causan daño cerebral porque la sangre es absorbida por el cuerpo. EL grado 3 y 4 están en más peligro de daño cerebral, pero la mayoría de ellos son normales o casi normales. Los que necesitan tratamiento para la hidrocefalia y los que sufrieron la hemorragia intraventricular grado 4, son los que tiene más peligro de daño cerebral permanente.

¿Cómo sabré si mi bebé sufrirá de problemas a largo plazo?

Sólo se puede determinar con el tiempo es decir al vigilar su desarrollo. Por eso es importante que el médico vigile su desarrollo después del alta hospitalaria.

Los problemas graves que se observan son:

- Problemas motores. Tardan en gatear, pararse, caminar. Gatean anormalmente, caminan de puntitas, mueven más un lado del cuerpo que el otro.
- Arquear la espalda. No solamente cuando se enoja o juega.
- Desarrollo mental lento. No escucha su voz de 3 a 4 meses de darse de alta, no hace sonidos diferentes 8 o 9 meses de darse de alta, no entiende ni dice ninguna palabra a los 12 y 13 meses de darlo de alta.
- Convulsiones.

Otros problemas menos graves van a aparecer más lentamente, son más difíciles de diagnosticar, puede que se observe en la edad escolar, por ejemplo:

- Mala coordinación en el equilibrio.
- Incapacidades mentales específicas.
- Puede prestar atención por poco tiempo.
- Problemas de comportamiento.
- Dificultad en la coordinación, por ejemplo ojo - mano.
- Coger una pelota o hacer un dibujo sencillo.

Si su bebé sufre la hemorragia intraventricular grado 3 o 4 es necesario que se utilice terapia de estimulación del desarrollo, en el futuro si usted observa que algo es anormal, acuda con su médico tratante.

DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN DE LOS PREMATUROS.

La alimentación en este tipo de niños, requiere de un manejo muy preciso por parte del médico y enfermería debido a su fragilidad e inmadurez orgánica.

Los problemas que enfrenta un prematuro son:

- Reflejo de succión y deglución débiles.
- Requerimiento calórico elevado y una pequeña capacidad gástrica.
- Reflejos nauseosos débiles que conducen a la aspiración y reflujo esofágico.
- Disminución en la absorción de nutrientes esenciales y menor funcionamiento (su intestino es incapaz de procesar y absorber los nutrientes en forma eficiente).

Mi bebé es tan pequeño ¿ cómo se alimenta?

- Si su bebé esta enfermito o muy chiquito, recibirá su alimentación por vena hasta que la pueda aceptar por vía oral.
- Cuando el estado del niño lo permite, se puede alimentar por vía oral por medio de una sonda ó gotero según su tamaño y edad gestacional a partir de las 3 a 6 horas de nacimiento.
- Al principio lo que su bebé recibirá será sólo agua estéril o solución glucosada al 5 % (agua con azúcar) que sirve para darle calorías. Cuando sea posible se iniciara la leche, en pequeñas cantidades y lentamente según la tolere el bebé. No obstante si su bebé no tolera alimentos se puede empezar a dar “ Nutrición parenteral ” (NPT), cuando acepta otros alimentos esta se va disminuyendo.

¿Qué es la nutrición parenteral?

Es una solución que contiene proteínas, grasas, azúcar, vitaminas y minerales que su bebé requiere y recibe por vena. Por este medio su bebé recibe una alimentación completa para ayudarlo a crecer, satisfacer sus requerimientos y mantener o aumentar su peso.

¿Quién decide la alimentación de mi bebé?

El médico calcula la nutrición parenteral a dar a su bebé, conforme a su crecimiento y aceptación.

También indica la fórmula o leche que requiere, así como la cantidad por lo general se alimenta al bebé cada 3 horas aunque este dormido; porque él necesita los nutrientes que le da la leche para su crecimiento y desarrollo.

¿Cómo se inicia la alimentación?

Se puede empezar a alimentar a su bebé por sonda, que es un tubito de plástico que va de la boca al estómago, por medio de el se introduce la leche en pequeñas cantidades que irán en aumento poco a poco. También puede alimentarse por gotero o goteo continuo. A menudo puede tener en forma simultánea, alimentación parenteral e iniciar la vía oral.

¿Puedo amamantarlo?

Si dio a luz a un niño prematuro no significa que sea necesario darle la fórmula. Al principio su chiquitín no va a poder succionar el pecho materno, pero la mamá le puede proveer de leche. Puede ser necesario agregarle algunos nutrientes.

¿Cómo puedo dar la leche materna a mi bebé?

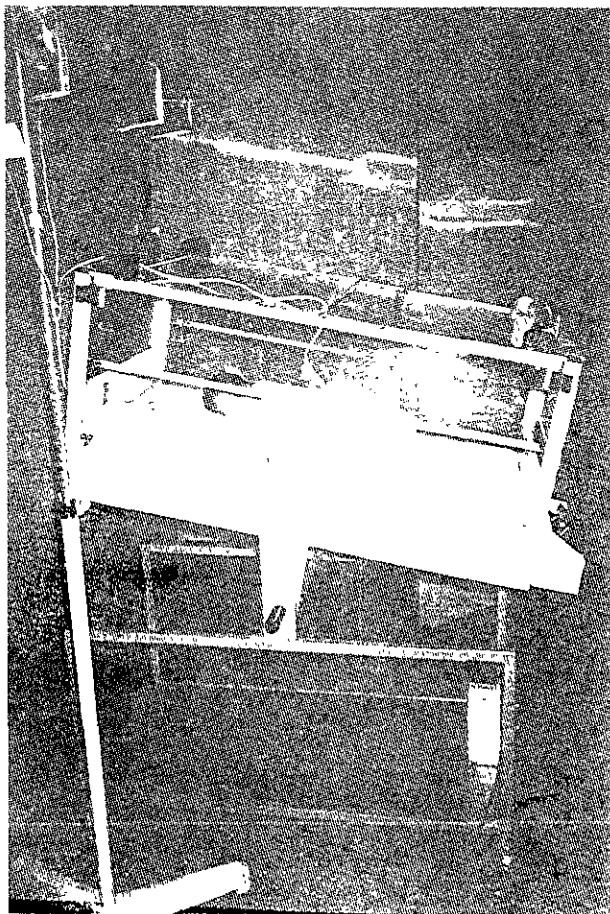
Si usted planeo dar lactancia materna se la puede proveer recolectándola a través de la técnica de extracción manual. Es importante que usted le pregunte al médico o a la enfermera sobre como realizarla y conservar la leche. Aunque esto no sea posible debido a las condiciones de su bebé, usted debe de continuar extrayendo la leche cada 4 horas en su domicilio, para que posteriormente pueda amamantarlo.

¿Cuándo va a engordar mi bebé?

Casi todos los bebés se adelgazan antes de engordar. Esta pérdida de peso es típicamente de 5 al 15 % de peso al nacer. Se debe en su mayoría a una perdida de agua, porque el bebé ya no esta rodeado de agua. A veces, los bebés muy enfermos se engordan durante los primeros días, esto no es un aumento verdadero; es solamente una retención de agua. Cuando la condición del bebé mejora, se adelgazara. Usualmente, un bebé no alcanza su peso original hasta que cumpla 2 o más semanas.

¿Cuándo puede iniciar a mamar o a tomar el biberón?

Cuando un niño nace prematuro la succión no esta coordinada con la respiración. Usualmente el patrón de chupar/tragar/respirar llega a ser bastante coordinado a las 34 ó 36 semanas de edad gestacional. La enfermera puede decirle cuando su bebé ya esta succionando y deglute bien. Cuando inicie este tipo de alimentación se debe vigilar que no se canse. Los bebés que han padecido de problemas respiratorios se alimentan más despacio.



Prematuro con nutrición parenteral en cuna térmica (baby term)



Alimentación con biberón

ENTEROCOLITIS NECROSANTE

- La necrosis significa muerte del tejido.
- Entero - intestino delgado.
- Colon - se refiere al intestino grueso.
- Itis - inflamación.

¿Qué es la enterocolitis necrosante?

Es una alteración en la circulación sanguínea del intestino, que puede inflamarse la pared o provocar necrosis y perforación del mismo. Además es frecuente que se agregue una infección.

¿Por qué sufren de la enterocolitis necrosante los prematuros?

El tracto gastrointestinal del prematuro es inmaduro y frágil, son susceptibles a cambios en el torrente sanguíneo, alimentación hipertónica. Muchas veces se desconoce porque se desarrolla la enterocolitis necrosante.

¿La leche materna causa la enterocolitis necrosante?

No, la leche materna no la causa ni previene que un bebé la desarrolle.

¿La enterocolitis es grave?

Si es grave, por lo que el tratamiento debe iniciarse aún cuando exista sólo la sospecha, ya que como se menciona antes, esto puede progresar hasta la perforación.

¿Cómo se comporta mi bebé si sufre de la enterocolitis necrosante?

Puede que su bebé presente algunos o todos los siguientes síntomas:

- Letárgica o menos activo, apnea, dificultad respiratoria, frecuencia cardíaca baja, rechazo al alimento, baja la presión, orina escasa.
- La temperatura puede aumentar.
- Distensión abdominal o tamaño más grande del vientre, abdomen doloroso al tocarlo, vómitos de contenido biliar (verdoso), residuo gástrico aumentado, sangre en las evacuaciones, ruidos intestinales disminuidos o ausentes.

¿Cómo se puede tratar?

Si el médico que trata al bebé cree que esta desarrollando la enterocolitis necrosante, puede indicar lo siguiente:

- Suspender la alimentación cuando menos por 7 días.
- Nutrición parenteral, suero con nutrientes.
- Sonda nasogastrica, introducción de un tubo de plástico dentro del estómago a través de la boca, esta sonda le extrae el aire y líquidos del estómago e intestino.
- Medir el tamaño del abdomen y tomar radiografía del abdomen.
- Analizar una muestra de sangre, orina y/o evacuación para valorar si existe infección.
- Indicar antibióticos si son necesarios.

¿Que pasa si una parte del intestino se necrosa?

El bebé necesitará cirugía para recortar la parte afectada y se le realiza una ostomía (parte del intestino se lleva a la superficie de la piel), y por allí expulsa los desechos. Más tarde, después de que el bebé haya mejorado, se puede cerrar los dos extremos del intestino.

¿Existirán problemas a largo plazo por la enterocolitis necrosante?

En los bebés que se trataron únicamente con tratamiento médico y no presentaron complicaciones, normalmente no presentan problemas.

Sin embargo los niños que necesitaron tratamiento quirúrgico (si se les retiro parte de intestino) pueden presentar a mediano plazo, alteraciones como obstrucción intestinal y mala absorción de nutrientes.

ANEMIA

Los lactantes que nacen antes de las 34 semanas y pesan menos de 1500 gramos, presentan anemia a partir de la 6a. a la 12a. semana de nacimiento.

¿Qué es la anemia?

Es la disminución de los valores de hemoglobina y hematocrito, estos elementos se encuentran en las células rojas de la sangre, las cuales se encargan de transportar oxígeno a todo el cuerpo.

¿Cómo sabrán los médicos, si mi bebé sufre de anemia?

Se le toma al bebé una muestra de sangre y se realiza un análisis para saber la cantidad de hemoglobina y hematocrito.

¿Cómo saben los médicos si mi bebé esta produciendo sangre?

El análisis de sangre se le llama “la recuenta del reticulocito “ que mide el porcentaje de las células sanguíneas rojas recién hechas.

¿Por qué se ponen anémicos los prematuros?

Se ponen anémicos debido a los siguientes factores:

- La vida de sus células es más corta que la de los adultos. Esto puede ser más exagerado si el grupo sanguíneo del bebé es diferente al de la mamá.
- Sus cuerpos elaboran pocas células nuevas en las primeras semanas de vida.
- La extracción frecuente de muestras de sangre para realizar los análisis. Es la razón más común.

¿Cómo se trata la anemia?

Generalmente se le trata con una transfusión de sangre, que contiene células sanguíneas rojas. Es la única manera de aumentar rápidamente el número de células.

Más tarde mientras el bebé esta creciendo, puede ser que le falte hierro. Puede dársele una fórmula láctea rica en hierro, ácidos grasos polisaturados, vitamina E, ácido fólico y cobre.

¿Es posible que mi bebé reciba una transfusión de mi sangre?

Las mujeres que acaban de tener un bebé no pueden donar sangre, porque durante el parto se pierde sangre.

La sangre que recibirá su hijo debe ser analizada cuidadosamente por el banco de sangre, para determinar el grupo sanguíneo y que no este infectada. Es importante que si se requiere un donador de sangre, se investigue si puede ser un amigo o un familiar.

¿Cuántas transfusiones de sangre necesitara?

Depende del tamaño del bebé y su salud. Puede que las criaturas muy pequeñas con problemas respiratorios requieran hasta una transfusión al día. A veces los prematuros más grandes y más sanos nunca las necesitan.

HIPOGLUCEMIA E HIPERGLUCEMIA

Los prematuros que presentan estos problemas son frecuentemente hijos de madres diabéticas. Son niños gordos, tienen cara redonda de querubín y aspecto pletórico, grandes, con elevado peso al nacimiento, pero pueden ser inmaduros. Además es elevada la frecuencia de que presenten síndrome de dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y malformaciones congénitas debido a sus alteraciones metabólicas.

¿Qué problemas de azúcar en sangre presentan los prematuros?

Pueden presentar el azúcar demasiado baja (hipoglucemia) o demasiado alta (hiperglucemia). Normalmente es más común que sea baja en los hijos de madres diabéticas después del parto. Puede ser elevada en los niños que reciben sus alimentos por la vena.

¿Qué puede hacer una madre diabética?

Es importante desde el momento de que le notifican que será madre, llevar un control médico del embarazo ya que estas mujeres y sus hijos requieren atención prenatal y postnatal, altamente calificada para prevenir complicaciones. Estos bebés casi siempre requieren atención en la unidad de cuidados neonatales para su vigilancia.

¿Cómo se verifica el nivel de azúcar sanguíneo?

Se puede verificar al poner una gotita de sangre en una tira reactiva o por medio de una muestra de sangre que se envía a laboratorio.

¿Cómo se trata la hiperglicemia?

La hiperglicemia es poco frecuente en los prematuros. Normalmente puede ser por un aumento en la aplicación de azúcar en su tratamiento.

¿Cómo se trata la hipoglucemia?

Es la más común en los niños prematuros, por lo que se vigila continuamente el nivel de azúcar. Cuando baja debe de aumentarse por vía venosa o se alimenta frecuentemente. Estos problemas pueden corregirse entre los 7 a 10 días.

¿Cuándo un niño tiene problemas con el azúcar sanguíneo significa que va a sufrir de la diabetes?

No, los problemas con el azúcar sanguíneo no están relacionados con si el bebé va a sufrir de la diabetes más tarde en su vida. Sin embargo, es más común en los bebés de las mujeres que sufrieron de la diabetes durante la gestación; que el niño tenga azúcar bajo durante las primeras semanas. Una vez que el bebé come regularmente el problema desaparece.

ICTERICIA Y BILIRRUBINEMIA

¿Qué es la ictericia?

Es cuando la piel toma un color amarillo, es frecuente en los primeros días del recién nacido (bilirrubina mayor de 6 mg/dl).

Hiperbilirrubinemia. Se presenta cuando la concentración de bilirrubina en sangre es muy alta, y se requiere de un estudio clínico y de laboratorio para conocer la causa.

Más de 4 mg de bilirrubina indirecta (BI) en la sangre del cordón umbilical.

Más de 6 mg BL en las primeras 12 horas de vida.

Más de 10 mg BL en las 24 horas de vida.

Más de 13 mg BL en las primeras 48 horas de vida.

Más de 15 mg en cualquier momento.

¿Qué es la bilirrubina?

Es una substancia que se produce cuando los glóbulos rojos se envejecen y se destruyen en el cuerpo. Normalmente la procesa el hígado y es depositada después en el intestino para que pueda salir del cuerpo en la materia fecal y orina.

¿Por qué sufre de ictericia?

Los glóbulos rojos en los bebés tienen vidas más corta, se destruyen todos los días. Los bebés prematuros no tienen órganos completamente desarrollados. Sus hígados no pueden procesar rápidamente la bilirrubina. Si están enfermos o si nadie los alimenta, sus intestinos no se moverán mucho en los primeros días por lo que no les es fácil eliminarla.

Se considera que la mayoría de los prematuros desarrollan niveles de bilirrubina indirecta mayores a 2 mg/dl con picos de 5 a 7 días que pueden llegar a 10 mg/dl lo que se llama ictericia fisiológica, no requiere manejo especial sólo vigilancia médica.

¿Para que sirve la bilirrubina?

La bilirrubina forma parte de la bilis y es utilizada en el organismo para la absorción de grasas

¿Es perjudicial la bilirrubina?

La bilirrubina indirecta es tóxica al cerebro dentro de los primeros 7 días. Los aumentos pequeños o moderados de la bilirrubina no causan daño. Sin embargo los niveles altos si pueden causar daño al cerebro. Se deben medir los niveles de bilirrubina en su bebé si él llega a estar icterico, para estar seguros que no se acerque a niveles que puedan provocarle daño.

La mayoría de las ictericias en los recién nacidos prematuros se presentan por diversas causas; como mal funcionamiento del hígado, intervienen factores como hipoxia, hipotermia, acidosis y uso de medicamentos.

La hiperbilirrubinemia puede ser por isoinmunización (o enfermedad hemolítica del recién nacido, está caracterizada por la destrucción masiva de eritrocitos fetales, debida a la formación de una substancia materna antes de que el niño nazca), puede ser porque no es compatible la sangre del bebé- madre al grupo ABO, o subgrupo y/o al el RH negativo de la madre.

¿Cómo se trata la ictericia?

- Si la bilirrubina se encuentra en niveles altos se trata con **fototerapia**. Esto quiere decir que se pone al bebé desnudo debajo de unas luces especiales. Las luces pueden ser blancas, azules o verdes. El tratamiento de las luces cambia la composición y reduce el nivel de bilirrubina, puede ser que la materia fecal del bebé este aguada.
- Tratando la causa que la provoca.
- Alimentación temprana del bebé, reduce la absorción de la bilirrubina indirecta.
- No administrando medicamentos que compitan con el transporte y eliminación de la bilirrubina.
- Evitar traumas obstétricos.
- Control y tratamiento oportuno de las madres con RH negativo.
- El uso de fototerapia.

¿Qué puede causar la fototerapia?

Perdida de líquidos (deshidratación), aumento de la temperatura (hipertermia), puede causar irritación de la piel, (eritema cutáneo) e intolerancia temporal a la leche (lactosa).

¿Por qué se cubren los ojos del bebé durante la fototerapia?

La luz brillante en los ojos del bebé puede dañar la retina. Se cubren con el propósito de protegerlos de la intensidad de la luz.

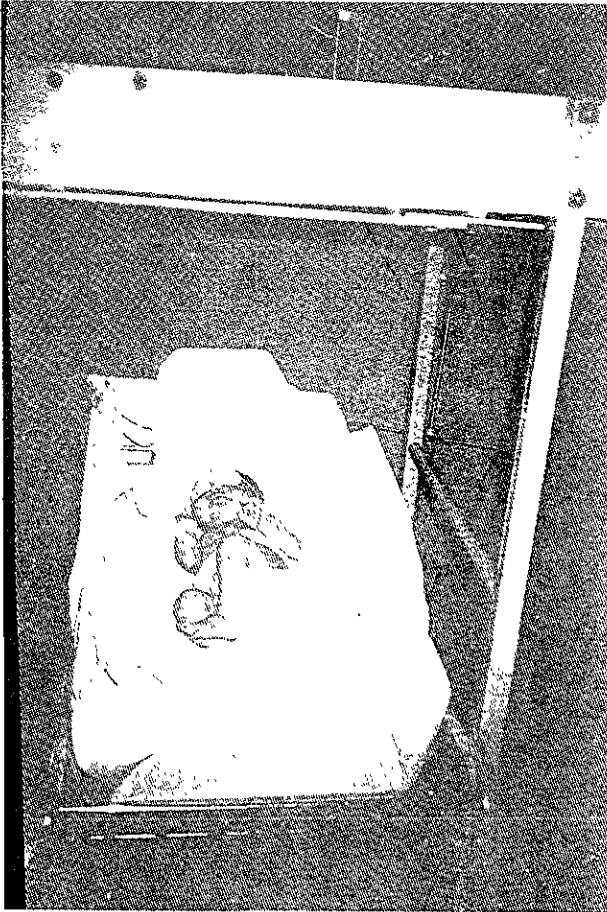
Si el bebé es hombre también se cubren los genitales para evitar problemas de esterilidad.

¿Por cuánto tiempo tendrá la ictericia mi bebé?

Su duración varía según el bebé. Los niveles de bilirrubina suben en los primeros días y luego tienden a bajar. Los bebés que reciben leche materna, pueden permanecer amarillos por más tiempo en comparación con los que reciben fórmula. Sin embargo, la hiperbilirrubinemia no es dañina y basta retirar el seno materno por unos días para que desaparezca.

¿Qué pasa si la bilirrubina sube y se acerca a niveles peligrosos?

Si la bilirrubina alcanza estos niveles, el médico puede indicar una transfusión de sangre; es un procedimiento donde la sangre del bebé que contiene bilirrubina se sustituye con otra. Este procedimiento se llama exsanguíneotransfusión, se usa para evitar problemas neurológicos. Debe realizarse en la primera semana de vida o a más edad si los niveles son muy elevados.



Fototerapia
Bebé con protección ocular y genital en cuna abierta

INFECCIONES

¿Cuales son las infecciones más comunes en los bebés?

Los bebés prematuros son susceptibles a varios tipos de infección. La infección generalizada, infección de la sangre se llama septicemia; infección de los pulmones, neumonía; infección del líquido que rodea al cerebro, meningitis; infección de la orina, infección de vías urinarias; inflamación del hígado, hepatitis; infección de oído medio, otitis media que se puede acompañar de neumonía; los bebés también pueden tener infecciones localizadas debajo de la piel que se llaman abscesos o infecciones de la piel.

Las principales infecciones en prematuros son provocadas por bacterias, virus y hongos.

Estas infecciones se pueden adquirir:

- Antes de nacer.
- Al momento de nacer ó.
- Durante sus primeros días de vida.

¿Por qué se infectan tan fácilmente los bebés prematuros?

- Su sistema inmunológico es inmaduro, tienen deficiencias de anticuerpos debido a la ausencia de anticuerpos maternos que pueden atravesar la placenta (cunero).
- Los prematuros reciben menos anticuerpos de sus madres, porque los anticuerpos se transfieren a través de la placenta al bebé en los últimos meses del embarazo.
- Los prematuros tienen muchas veces catéteres en las venas, o sondas en la traquea. Estos pueden servir como una ruta de entrada para las bacterias.
- Los antibióticos se le da a los prematuros para la infección. Por un lado la bacteria que ataca al bebé es eliminada por el antibiótico, pero por otro, el antibiótico facilita el crecimiento de otros microbios comunes.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA
BIBLIOTECA

¿Cómo actúa un bebé con infección?

Las señales de infección no son específicas; es decir puede ser que el comportamiento del bebé no cambie. Puede presentar algunos síntomas o todos los siguientes: menos activo o menos alerta, apnea, problemas respiratorios más frecuentes, dificultades para mantener la temperatura normal, no toleran bien la alimentación, cambios en la piel pueden estar moradito, problemas con la presión arterial baja, convulsiones que son frecuentes con la meningitis, vómitos.

¿Cómo sabrán los médicos si mi bebé se ha contagiado?

- Toma de muestras de los líquidos del cuerpo (sangre, orina. Líquido cefalorraquídeo), se envían a laboratorio para analizar si existen bacterias en la muestra.
- Cuantificar el número de células blancas, leucocitos que se encuentran en la sangre del bebé. Cuando hay infección son más de lo normal.

¿Cómo se trata la infección?

Se tratan las infecciones bacterianas con antibióticos. Existen múltiples antibióticos y su bebé puede tomar varios a la vez, si el médico lo cree necesario. Cuando se produjo a consecuencia de un virus o un hongo, se usan medicamentos distintos.

¿Habrá problemas permanentes a causa de la infección?

Muchas veces la infección responde rápido a los medicamentos y no hay problemas permanentes. La probabilidad es más alta con la meningitis o en infecciones generalizadas (septicemia).

RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD

¿Qué es la retinopatía de la prematuridad?

Es el crecimiento anormal que tienen los vasos sanguíneos de los ojos. Es más común en los bebés que son muy prematuros, es decir como de 12 semanas y de muy bajo peso menor de 1300 gramos. En el desarrollo, los vasos sanguíneos crecen de la parte posterior al centro del ojo hasta los bordes. Este proceso se completa sólo unas semanas antes de la fecha de nacimiento. En los prematuros se interrumpe, si el crecimiento de los vasos sigue normalmente, el bebé no desarrolla la retinopatía del prematuro, en cambio si los vasos crecen anormalmente desarrollan este problema.

¿Por qué los bebés sufren de la retinopatía?

Aún no se determina completamente los factores que la causan. Pero pueden ser los siguientes: prematuridad, bajo peso, los bebés que requirieron *oxígeno extra por tiempo* muy prolongado, son los que corren el riesgo de desarrollarla.

¿Demasiado oxígeno causa la retinopatía?

En los años 50 se llegó a pensar en suspender la oxigenoterapia, pero estudios más recientes determinaron que debe de usarse de manera más selectiva. Por lo que la administración de oxígeno depende si el bebé lo necesita o no. Hoy en día se monitorea cuidadosamente la oxigenación del bebé para asegurarse de que la sangre reciba la cantidad correcta. De hecho la cantidad de oxígeno es importante para que pueda recuperarse.

¿Cómo sabrán los médicos si mi bebé sufriera la retinopatía?

Si su bebé esta en riesgo de tener esta enfermedad, los ojos del bebé será examinado por el oftalmólogo. Es un médico que se especializa en los problemas de los ojos. Las revisiones se inician en las 4 a 6 semanas y siguen regularmente hasta que el desarrollo de los vasos del ojo crezcan normales. Esto se debe a que los trastornos suelen aparecer entre los 10 días y el primer mes de vida.

¿Qué pasaría si mi bebé tuviera la retinopatía?

Si el oftalmólogo ve algún desarrollo anormal en los vasos sanguíneos, determinara que grado de lesión tiene. Los bebés que tiene retinopatía, van a tener continuas consultas con el oftalmólogo para su control.

¿Cómo se trata la retinopatía?

Depende de la severidad del daño. En los casos leves con frecuencia se resuelve espontáneamente. En los casos más complicados se da tratamiento para prevenir el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos.

¿La retinopatía tiene consecuencias a largo plazo?

Los prematuros necesitan lentes durante la niñez más frecuentemente que los bebés de gestación completa. Puede darse el caso de que su bebé no tenga retinopatía, pero desarrolle “ojo flojo” (la omblipía) o un ojo flotante (estrabismo). Algunos casos requieren de tratamiento médico y quirúrgico.

La retinopatía severa puede causar ceguera, el tratamiento disminuye la posibilidad de que la tenga, pero no siempre es posible.

¿Qué debo vigilarle a mi bebé?

Es importante que si usted sabe que su bebé requirió de tratamiento con oxígeno durante mucho tiempo, un oftalmólogo debe revisarlo periódicamente, explicándole el tratamiento que necesita y como puede usted ayudarlo.

Durante su desarrollo debe observar y comprobar, si durante el primer mes de vida su hijo fija la mirada en usted. A los dos meses debe fijar la atención en colores llamativos y a los tres meses seguir con la mirada objetos. Así como detectar cualquier movimiento anormal de los ojos del bebé.

HERNIA E HIDROCELE

¿Qué es una hernia?

Es la protusión de una parte del intestino o más órganos a través de un orificio anormal. En los bebés las hernias más comunes son las diafragmáticas, inguinales y las umbilicales.

Una hernia diafragmática, es un defecto congénito del diafragma, es relativamente usual que la mayor parte de los órganos abdominales (estómago, intestino delgado, bazo, lóbulo izquierdo del hígado y el colon) estén en el tórax.

La hernia inguinal se desarrolla en la ingle donde se encuentra el pliegue entre la pierna y el abdomen. En los varones el lazo intestinal empuja hacia afuera, hasta el escroto.

Mientras que la hernia umbilical se desarrolla después de que el cordón umbilical se ha caído; se observa un pequeño bulto o una saliente donde estuvo el cordón. Generalmente las hernias no están presentes al nacimiento, sino que se desarrollan más tarde.

¿Por qué mi bebé tiene una hernia?

Una hernia se desarrolla cuando ciertos orificios no logran cerrarse. Normalmente los lados de los tejidos se unen y se cierran. Si no se cierran, se pueden reabrir y provocar que el líquido y los lazos del intestino puedan pasar por la abertura (el saco). El proceso de cerrar sucede en el útero cuando el abdomen del niño es plano y los intestinos son pequeños. Cuando nacen los prematuros, el bebé o tiene totalmente adaptados sus intestinos; lo usan más tempranamente, existiendo más presión y llenura en la pancita. Por esto están expuestos al riesgo de tener una hernia.

Las hernias son más comunes en:

- Bebés más pequeños.
- Varones.
- Niños que padecieron una enfermedad pulmonar.

¿Qué hacen los médicos cuando existe una hernia?

En las hernias diafragmáticas se les da tratamiento de sostén respiratorio, que incluye la oxigenoterapia, aplicación de una sonda nasogástrica que ayuda a descomprimir el estómago. Cuando lo requiere, el tratamiento es quirúrgico, para colocar las vísceras de nuevo en el abdomen y se repara el defecto.

Las hernias umbilicales generalmente desaparecen en los 2 primeros años; sólo requiere tratamiento quirúrgico si son muy grandes, o si un lazo del intestino se enreda y queda atrapado en el saco (estrangulada).

Las hernias inguinales se tienen que tratar quirúrgicamente. Es muy posible que la hernia del niño se estrangulen, o sea que el intestino se enrede en el saco de la hernia. Sin embargo, su tejido es más delicado y no toleran bien la anestesia. Así que el cirujano tiene que considerar varios factores para determinar el momento oportuno para la cirugía. No obstante, cualquier dato de estrangulamiento es una emergencia y debe ser tratada rápidamente.

¿Por qué se dice que la estrangulación de la hernia es tan peligrosa?

Cuando un lazo del intestino se enreda, la hernia se hincha. Esto corta la entrega de sangre a este lazo y puede morir o romperse. Cuando varios órganos se apiñan, dificultan su funcionamiento.

En los varones el lazo hinchado del intestino, puede cortar la entrega de sangre al testículo en el lado de la hernia, causando lesión o muerte del testículo.

¿Cómo sabré si la hernia esta empeorando?

Existen varias señales de estrangulamiento y pueden presentarse una ó todas. Son las siguientes:

- No se disminuye la hernia, es decir lograr que el lazo intestinal regrese a su lugar. Esta es la señal más importante porque se observa antes que cualquier dato.
- Llanto y grito, esta inconsolable por el dolor.
- Dolor intenso al tacto, en el área de la hernia.
- Color rojizo o azulado en la ingle o el escroto.
- Vómito y la pancita hinchada.

¿Qué puedo hacer por mi bebé?

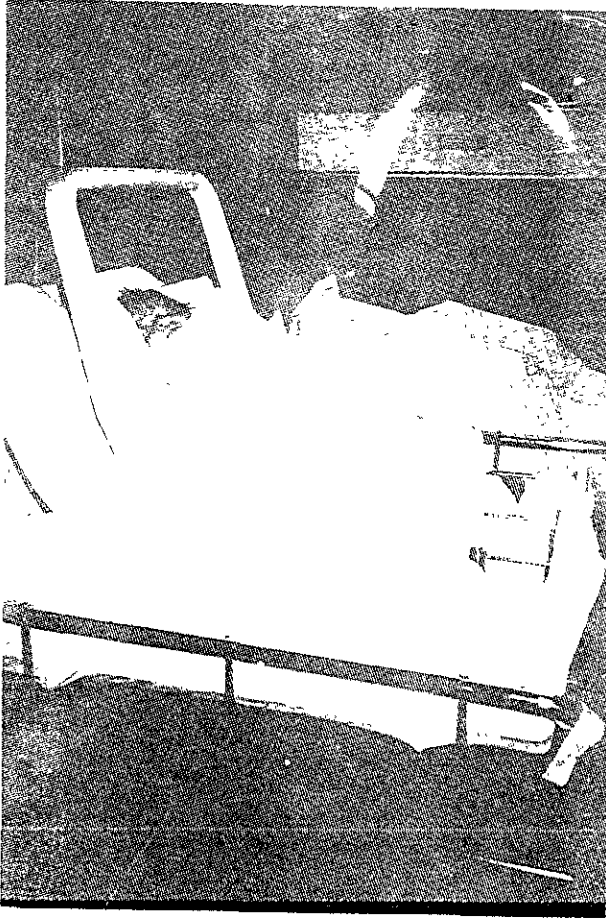
- Como padres deben de aprender a darle de comer, hacer que el niño, este sentado con la espalda recta durante la alimentación y mantenerlo en la misma postura, después hacer eructar al niño con frecuencia (técnica de niño vomitador).
- Durante la alimentación con biberón, mantener la rosca y el chupón llenos de líquido para evitar que el bebé trague más aire y se inflame la pancita.

¿Es conveniente colocarle algún objeto en el ombligo de mi bebé?

No es recomendable poner ningún objeto en el ombligo del bebé (pasitas, algodón, micropore, moneditas, etc.) ni usar cintas, fajeros ni vendajes. Porque en algunas ocasiones la hernia puede cerrar sola; con estos objetos no se pueden acelerar el cierre de la hernia, e incluso pueden ocasionar mal olor, irritación de la piel y hasta una infección.

¿Qué es un hidrocele?

Un hidrocele, es una acumulación de líquidos en el saco escrotal. Si esta presente al nacer, se va a absorber lentamente. No es necesaria la cirugía. Si la acumulación de líquidos aumenta, o si no disminuye de tamaño en los primeros 6 meses, y se acompaña de una hernia, es probable que se necesite reparar quirúrgicamente.



Técnica de niño vomitador
(en portabebé)

CAPITULO VII

APOYO EMOCIONAL

APOYO EMOCIONAL

LAS RESPUESTAS EMOCIONALES DE LOS PADRES.

Tener un bebé “prematuro”, es una de las experiencias más abrumadoras que unos padres puedan tener. Muchos de estos padres creen que es difícil pasar por estas experiencias y por lo mismo sufren mucho, si no se les brinda apoyo emocional. Es normal que se sientan confundidos y llenos de dudas, con la incertidumbre constante de lo que pueda pasarle a su bebé. Pueden tener sentimientos de culpabilidad, de frustración, al no tener el hijo que habían esperado llegara a término. Es normal que los padres se sientan acongojados por las tensiones y confundidos por sus sentimientos.

¿Cómo conseguir ayuda?

Los médicos, las enfermeras y trabajadoras sociales, son la principal fuente de información y de apoyo, algunos hospitales cuentan con un grupo de apoyo para padres con hijos prematuros. Es importante que usted conozca, que muchas madres se sienten culpables, a pesar de desear al hijo, de alimentarse sanamente, de haber llevado un buen control prenatal, no fumar, ni tomar alcohol y aún así tuvieron un parto prematuro. Es importante que usted investigue si los médicos conocen las causa del parto prematuro. En muchos de los casos, está fuera de su control, hablar con el médico responsable y otras personas, aligera la angustia.

Cuando nacen los niños “prematuros” casi todos los padres tienen miedo de que fallezca; por lo mismo sufren “la aflicción anticipatoria” que es una manera de anticiparse a que su bebé se muera, esto les ayuda a desahogar el dolor que sienten, por otra parte les causa problemas. Este temor de muerte es una separación temporal del vínculo entre el “prematuro” y sus padres, esta es la razón por la cual los padres se preguntan ¿Por qué no lo quiero más?. Cuando se mejora el bebé, casi todos los padres de los prematuros restablecen los vínculos de amor con su hijo. Pero cuando les cuesta trabajo amarlo por unos días o semanas, es necesario pedir ayuda psicológica.

Tener un bebé “prematuro” incluye muchas emociones confusas, es natural apesadumbrarse; porque los padres durante el embarazo tienen muchas esperanzas y sueños para su bebé. Quizás esperaban una niña o un niño con ciertas características que se le parezcan a ellos. También esperan un bebé sano y de gestación completa, pero sus esperanzas son frustradas. A menudo las madres se sienten como si no fueran mujeres completas o madres, y cuando observan a su bebé en la terapia intensiva quisieran hacerle mucho pero no es posible. Es normal que la madre se apesadumbre por la pérdida del embarazo y del bebé sano, el apoyo de su familia o amigos le puede ayudar a aliviar su pena.

¿Me preocupa si mi bebé sabrá que somos sus padres?

Es normal esta preocupación, pero el bebé sabe reconocer la voz de mamá, porque mientras vivió en la matriz la voz que más le agradaba era la de mamá, por esto el bebé sabe diferenciar su voz a la del personal. Se ha demostrado que la presencia de los padres con su hijo en la terapia intensiva ayuda a mejorar la saturación de oxígeno.

Desafortunadamente, el tratamiento de los prematuros requiere de muchos procedimientos dolorosos realizado por médicos y enfermeras. Por otra parte el bebé aprende que sus padres no son los que le causan dolor, cuando ellos lo acarician, le hablan en voz baja y suave, su bebé aprende que sus padres tienen la voz especial, la voz que lo conforta, la voz familiar.

¿Me preocupa si mi bebé tendrá problemas a largo plazo. Por haberse separado de mí mientras estuvo en la terapia intensiva?

Las investigaciones científicas indican que los procedimientos dolorosos no causan ningún efecto emocional. Los prematuros llegan a adultos emocionalmente normales, igual que los bebés que nacieron de gestación completa.

¿Me da temor hacer preguntas?

Tener un bebé en la terapia intensiva, es la manera más rápida de sentirse tonto o ignorante. Muchos padres desconocen muchos términos médicos, pero recuerde que los médicos y las enfermeras estudiaron durante muchos años para aprenderlos.

Es muy importante saber que le está pasando a su bebé, muchas veces recibir una respuesta le ayuda a sentirse más tranquilo, si se siente confundido, sería útil que alguien (su padre, un amigo etc.) le acompañara cuando usted va a hacer preguntas. esto clarificará su entendimiento.

En estas situaciones, los esposos no saben comunicarse sus sentimientos.

Ambos padres suelen acercarse durante los primeros días, porque saben que la familia está en crisis. Más tarde, cada uno reacciona de manera diferente; la madre se siente culpable por no haber llevado a término su embarazo y con un bebé sano, el padre no lo entiende. También puede suceder que al padre le de temor, que algo le pueda pasar a su esposa y se vuelve más solícito. Los dos sufren al pensar que su bebé pueda presentar un retraso mental. Luego, esto se convierte en cólera y otra fuente de frustración es la impotencia de no poder ayudar a su hijo. Es importante que los padres se apoyen, para superar este problema como familia.

El bebé se está mejorando y aún así usted tiene miedo.

Muchos padres se dan cuenta que el temor por la vida de la criatura se prolonga durante mucho tiempo. Cuando el bebé está en casa, en la mente de los padres continúan los recuerdos de las escenas del parto y de la hospitalización; estas reacciones son normales porque los padres aún tienen miedo a pesar de observar a su hijo sano. Estas escenas retrospectivas con el tiempo van a desaparecer.

Los padres se sienten cansados, deprimidos y tristes.

La tristeza y el abatimiento son reacciones comunes al tener un bebé prematuro, después de ver frustradas sus ilusiones de no tener un bebé sano y de gestación completa, después de haber vivido la experiencia de que la madre estuvo hospitalizada por una cesárea de urgencia, tener temor por la vida de la madre y del bebé, visitar la UCIN día tras día, de enterarse de la mala salud del bebé, estar al tanto de la situación familiar, y probablemente enfrentar una deuda increíble.

Llevar a casa un bebé "prematuro" es una fuerte tensión emocional, los padres tienen el corazón hecho pedazos y están tristes, está es una reacción normal. Si la depresión es excesiva es importante, es necesario pedir ayuda profesional.

Pueden ser excesivos sus temores y sentimientos.

La mayoría de los padres que tienen un niño “prematuro” sienten lo mismo y pueden sufrir mucha angustia, esto es un patrón normal; por lo mismo presentan lo siguiente.

- Cuando suena el teléfono, piensan que hablan del hospital para dar malas noticias.
- Tener miedo de entrar al hospital, porque puede ser que algo malo acaba de pasar.
- Tener miedo de no encontrarlo en la incubadora.
- Esta experiencia ha sido tan atroz que muchas veces piensan “deseo que se muera y que todo se acabe”. Al pensar esto los padres se sienten como si fueran personas de malos sentimientos.
- Muchos padres tienen el temor de discutir los sentimientos con otras personas porque les preocupa que piensen que no saben manejar el problema. Miembros expertos del personal médico y otros padres de prematuros han aprendido que todo esto es normal. Quizá les reconfortará discutir sus sentimientos con alguien que les pueda entender o que haya vivido esta situación.

El enojo que presentan los padres contra el personal médico y de enfermería acerca del tratamiento del bebe, es normal.

Las causas de enojo son el dolor, el sufrimiento, y la frustración; los padres del prematuro al estar en situaciones difíciles, muchas veces temen expresar su enojo al personal, pero esta emoción no les debería desanimar a expresar sus inquietudes; el personal les debería animar a que expresen sus ansiedades e informarles sobre las actividades necesarias que debe realizar para la atención del bebé.



La adaptación de la madre hacia su "prematuro"

LAS ETAPAS DE LA ADAPTACIÓN

Muchos padres deben de conocer estas etapas emocionales de adaptación y esto les ayudará a entender lo que está pasando y que debería esperar. Aunque se puede poner por etapas, ellas no son bien definidas porque un padre puede pasar por varias fases a la vez. Así que se agrupan en emociones tempranas y emociones tardías.

Etapas tempranas de adaptación por las cuales un padre tiene que pasar cuando se están adaptando a un bebé prematuro.

- **Shock.** Estar conmovido, pasmado, aturdido porque su mente esta ocupada por los problemas acerca del parto, ¿Cómo afectará mi vida? ¿Cómo afectará la vida del bebé? ¿Sobrevivirá mi bebé?. A menudo es difícil acordarse de lo que se le ha informado, es probable que se lo repitan varias veces o que otras personas puedan entender y acordarse de los datos mejor que los padres.
- **Desmentimiento.** Se reniega de lo que está pasando, desear despertar y que la pesadilla desaparezca, o esperar que todo salga bien; querer que los médicos y enfermeras le den pruebas de lo que están diciendo. A veces ver al bebé en la incubadora, ver su nombre, mirar sus radiografías y otras cosas hacen creíble la situación.
- **La aflicción y la tristeza.** Apesadumbrarse de la falta del bebé sano, de gestación completa; La falta del parto ideal, las celebraciones maravillosas y el hecho de que el bebé no los pueda acompañar a casa. Está triste por lo que le esta pasando al padre y a su bebé, especialmente porque el bebé tiene que pasar por mucho dolor y angustia. Es posible que sienta “la aflicción anticipatoria” aunque espera que sobreviva.
- **La cólera y la culpa.** Usted se pone furiosa porque ve que el bebé está pequeño y enfermo. Se pregunta ¿Por qué me paso a mi? ¿Qué hice yo para que naciera prematuro?. Como de nada sirve estar furiosa contra su hijo, es normal que dirija su cólera a su marido, sus amigos, sus parientes o las personas que cuidan al bebé.

¿Puedo tener más que una emoción a la vez?

Es posible que experimente todas las emociones, tanto antes como después del parto. Todo depende del grado de prematuridad y de enfermedad del bebé. El shock y el desmentimiento desaparecen más rápido que la aflicción, la tristeza, cólera y la culpa. En el bebé más pequeño y enfermo, a sus padres les toman más tiempo estabilizar sus emociones

¿Qué pasa más tarde?

Es un periodo de alcanzar el equilibrio y empezar a reorganizar.

- Adaptarse a la culpa del parto prematuro, haber afrontado el hecho de que no tuvo un parto normal.
- Renunciar a la aflicción anticipatoria pasa, cuando el bebé mejora y se desarrolla.
- Entender al bebé “prematuro” significa cambiar las expectativas para que estén de acuerdo con lo que se debe hacer en ese momento. Observe y fíjese más en las cosas buenas del bebé, vigile los trastornos de salud de su hijo.
- Interactuar con su bebé. Intégrese a los aspectos normales del cuidado del bebé tales como, cambio de pañales, alimentarlo, abrazarlo, tratamientos que deba continuar en casa.

¿Cuánto tarda la adaptación?

Toma unos meses hasta años, hacer frente a las etapas y resolverlas.

¿Qué puedo hacer para autoayudarme?

Los padres han comentado que lo siguiente puede ser provechoso:

- Enterarse de que las reacciones emocionales que experimentan son comunes y normales.
- Hablar con alguien. Puede ser su esposo, su familia, su clero, sus amigos. La mayoría de los padres creen que es útil ponerse en contacto con otros padres que han pasado por la misma experiencia.
- Buscar información sobre su bebé y sus problemas, hacer muchas preguntas, entender lo más posible a su bebé.
- Tomar parte en el cuidado de la criatura lo antes posible y a lo máximo durante su estancia en la UCIN, y cuando lo tenga en casa su cuidado será con más seguridad y eficiencia.
- Comprender que un bebé “prematuro” tardará en aliviarse y que será una etapa muy estresante de su vida. No vacile en pedir ayuda psicológica.

¿El hecho de ser madre soltera afecta a mi bebé y a mí?

El ser madre soltera, hace más susceptible y vulnerable a la mujer. La situación de enfrentar sola la separación y enfermedad de su bebé, se hace más difícil, aunado a esto la responsabilidad que contrae con un ser humano, tanto moral como económicamente.

Esto lo supera más fácilmente si cuenta con el apoyo de la familia y amigos. Sobre todo el aceptar que no es su culpa ni un castigo tener un bebé “prematuro”. Si la depresión o la angustia es acentuada es necesario buscar ayuda psicológica.

CAPITULO VIII

PREPARATIVOS PARA LLEVAR A CASA AL NUEVO BEBE

PREPARATIVOS PARA LLEVAR A CASA AL NUEVO BEBÉ

¿Cuándo puede irse a casa mi bebé?

En la UCIN no existen criterios específicos para irse del hospital, más bien el bebé debe cumplir los siguientes requisitos:

- Controlar la temperatura en una cuna abierta.
- Que tolere la vía oral, ya sea la leche materna o fórmula láctea, para que le ayude a obtener un aumento de peso favorable.
- No presentar apneas (pausas de la respiración) que le causen cambios en el color de la piel, ni variaciones en el latido cardíaco. Además que no necesite ayuda para respirar.
- La mayoría de los niños no requieren de oxígeno cuando se dan de alta, pero algunos, si lo necesitan por más tiempo, y aún así los dan de alta.
- Generalmente esos niños cumplen los requisitos de 2 a 4 semanas antes de cumplir las cuarenta semanas. La estancia en el hospital varía en cada niño y puede ser de unos días o hasta meses. Los que permanecieron más tiempo en el hospital fue porque:
- Necesitaban respiración asistida y/o oxígeno por más tiempo.
- Nacieron con malformaciones.
- Necesitaban cirugía.

¿Qué debo hacer antes de que lo den de alta.

Usted debe de acostumbrarse a la asistencia diaria de su bebé, que será más eficaz bajo la supervisión del personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales, el cual le capacitará en forma oportuna. Es necesario que usted aprenda los siguientes aspectos:

- Consolar a su hijo, cambio de pañales y ropa, alimentarlo, cómo bañarlo, aprenda a darle sus medicamentos y cuidados especiales que le otorgará en casa.
- Entérese de los resultados de las exploraciones y pruebas que le hicieron a su hijo, y si es necesario que le practiquen otros. Los más comunes son:

Tamiz neonatal. El procedimiento consiste en; se toma una gota de sangre del talón y se coloca en una tira reactiva, y se envía a su análisis a un laboratorio. Esta prueba es para detectar problemas de tiroides y así evitar retraso mental.

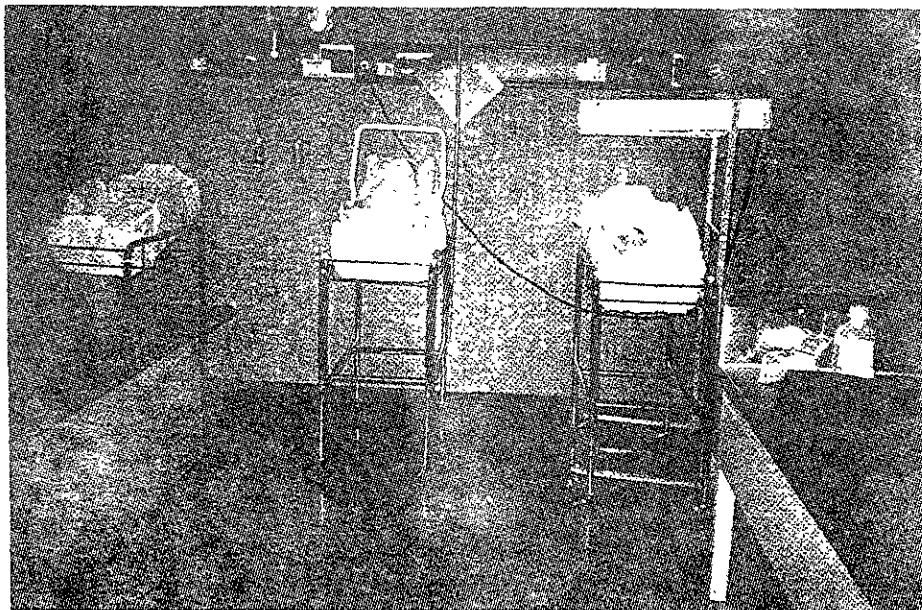
Reconocimiento de los ojos. Si es necesario solicitar una cita con el especialista (oftalmólogo).

Reconocimiento del oído.

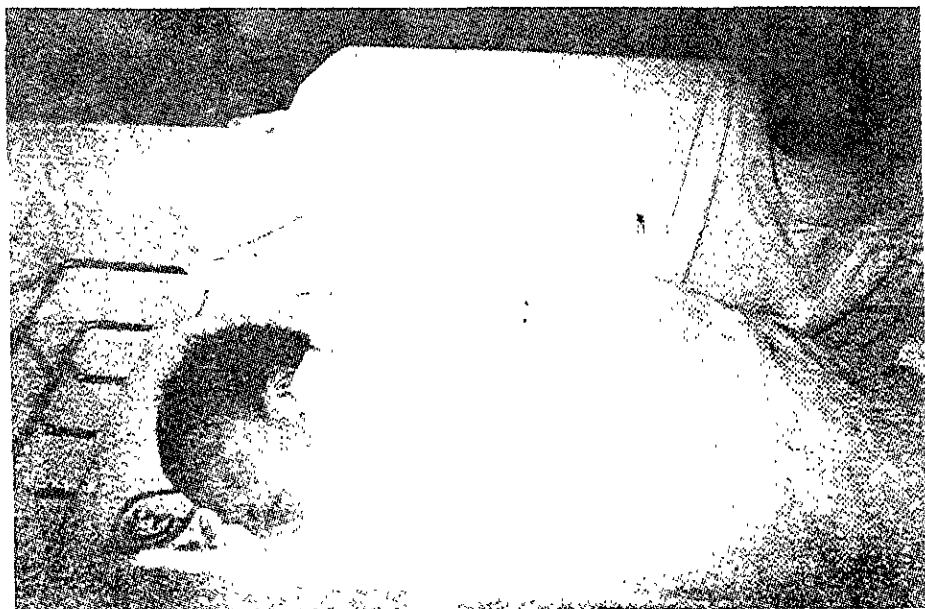
Ecografía/ultrasonido de la cabeza.

Recomendación:

- Es importante que usted elija o se le asigne un médico pediatra, que controle a su hijo.
- Asegúrese de tener una cita próxima después de salir del hospital. Acuda a sus citas aún cuando le parezca que su bebé esta sano.
- Tome un curso de reanimación cardio-pulmonar (CPR) el cual puede serle muy útil.



Area de crecimiento y desarrollo (estancia previa al egreso del hospital)



Neonato listo para ser dado de alta

CAPITULO IX

CUIDADOS DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR

. CUIDADOS DEL NIÑO PREMATURO EN EL HOGAR.

Ser madre, representa un cambio en todos los aspectos de su vida. Pasará tiempo para que se acostumbre a desempeñar su nuevo e importante papel. Por otro lado si usted ya es madre no es lo mismo tener un hijo prematuro que uno de término. El cual requiere por sus condiciones cuidados especiales que requerirán por parte de usted más tiempo y responsabilidad. Usted y el bebé aprenden juntos. No espere saberlo todo de la noche a la mañana y no se desespere.

Las primeras semanas después de su arribo a casa usted tal vez se sorprenderá de la intensidad de sus sentimientos. A veces se sentirá triste a punto de llorar, la mayoría de las madres experimentan estos sentimientos después de haber vivido la experiencia de ver a su bebé en el hospital. Con el tiempo usted superará esta experiencia y recuperará el buen humor. Mientras tanto, realice una rutina simple. Reduzca sus actividades al mínimo y planea dormir cuando el bebé duerme, sea flexible con sus horarios.

Cuando pase momentos difíciles, comunique sus sentimientos a su pareja, a un familiar o a una amiga. No se angustie, pensando en la salud de su bebé ¿Tendrá algún problema? ¿Lo cuido bien? ¿Esta bien?. Concéntrese en el momento que vive, disfrute los progresos y cambios de su bebé, los problemas se solucionarán poco a poco, el detectarlos a tiempo contribuye a un mejor tratamiento.

¿Cómo es el bebé?

Quizás no tuvo la niña o niño que usted deseaba o quizás no es el “bebé perfecto” con el que soñó durante su embarazo o vio en las revistas o en la televisión.

Pasará tiempo para que se acostumbre a su bebé. Algunas madres adoran enseguida a su hijo; otra necesitan tiempo para conocerlo, esto es normal. Cada bebé es diferente y tienen su propia personalidad.

No se angustie, su bebé “ya esta en casa” y debe aprender a cuidarlo, al principio asusta un poco el cuidar a un bebé “prematuro” pero con el tiempo usted se sentirá más segura y aprenderá todo lo que necesita su hijo.



¡Bienvenido al hogar!

LA TEMPERATURA EN EL HOGAR Y COMO VESTIR AL BEBÉ

¿Cómo debe ser la temperatura en la casa?

La temperatura debe estar entre, 24 y 25 °C (templado); es apropiado para el bebé.

¿Cómo vestir al bebe?

Quizá convendría usar esta regla:

Vestir al bebé. Como usted se vistió hoy, o como usted se vistió para la actividad que va a realizar. La mejor manera de saber si el bebé está vestido apropiadamente es mirar y tocar su piel. Revisar sus manitas, si están amoratadas o llenas de manchones, añada calcetines, una gorra, un suéter u otra manta, Si le parece que el bebé está inquieto o irritable y la piel está enrojecida, quítele la manta o el suéter. Cuando esté dormido, tápelo con una manta. Si después de esto, el bebé sigue inquieto, tome la temperatura, a lo mejor está enfermo.

¿Qué debe tener presente?

- De preferencia la ropa del bebé debe ser de algodón tratando de evitar materiales sintéticos, fibras de lana o estambres que desprendan pelusa.
- Tomar en cuenta de que el pañal desechable conserva más el calor corporal.
- Cuidar que la ropa del bebé no le quede justa o demasiado holgada que el se pierda.
- Debe utilizar la ropa necesaria, evitando exagerar.
- Al cambiarle la ropa al bebé debe evitarse los cambios bruscos de temperatura, desvestiéndolo poco a poco para permitirle adecuar su temperatura.
- Mantener cubierta la cabeza del bebé, si hay problemas de pérdida de calor.
- La ropa debe ser suave, lavable y fácil de poner y quitar.
- Deben evitarse la ropa con cintas en el cuello, porque son peligrosas.
- Los botones deben estar bien cosidos a la ropa, los broches son mas seguros.
- El lavado de la ropa debe ser con jabón suave, evitando el uso de cloro y suavizantes.
- A medida que el bebe crece, su ropa interior deberá seguir siendo de algodón, ya que conserva el calor y la humanidad corporal.
- No se recomienda el uso de guantes para el bebé, porque limita el desarrollo del tacto; es una fuente de almacenamiento de polvo y microbios.

EL BAÑO

La piel es el órgano más delicado del cuerpo humano, por medio de la cual se eliminan impurezas. El niño cuando duerme, come y llora, elimina sudor continuamente, es por esta razón que la limpieza de la piel debe ser lo más frecuente posible para evitar que los poros se irriten y causen inquietud en su bebé.

¿Cada qué tiempo debo bañar a mi bebé?

De preferencia el bebé debe de bañarse todos los días a la misma hora como parte de su rutina. En caso de que no lo pueda hacer ponga mayor atención en limpiarlo en cada cambio de pañal. El baño los tranquiliza y relaja, en la mayoría de los casos favorece el sueño del bebé.

¿Cómo bañar al bebé?

El baño es un buen momento para relacionarse con su bebé. La piel además de proteger el cuerpo, es una zona erógena, por esta razón el bebé durante el baño siente placer y lo disfruta. Recuerde que el niño vivió en agua al estar en el vientre de su madre.

En que primer lugar debe prepararse el baño; destinar el lugar más conveniente para usted, necesita: colocar una tina para el baño, toalla, jabón, peine, pañales, bolitas de algodón y ropa del bebé.

- Emplear agua tibia de preferencia, verifique la temperatura del agua introduciendo el codo en el agua.
- Usar jabón neutro o de bebé.
- Lavar la cabeza incluyendo la zona de la fontanela (mollera) para evitar el acumulo de grasa. Proteger los oídos con bolitas de algodón para evitar que se moje.
- Lavar la cara del bebé; los ojos se limpian con una bola de algodón (torunda) húmeda, de la parte interna hacia fuera, se secan los orificios de la nariz por afuera cada vez que sea necesario. Las orejas se secan con una toalla suave enrollada alrededor del dedo índice, no deben utilizarse aplicadores con punta de algodón.
- Debe poner especial atención en ciertas áreas como los pliegues (axilas, codos, ingles, cuello, espacios de los dedos de pies y manos).
- El baño del niño no debe durar más de 5 minutos, para evitar le baje la temperatura. Secarlo perfectamente y rápido para evitar cambios bruscos de temperatura. El frotar la piel ayuda al bebé a entrar en calor.

- Si el bebé todavía tiene el cordón umbilical (ombligo) lavar y secarlo con una gasa y aplicar alcohol o merthiolate blanco y dejarlo descubierto para que seque más rápido.

Recomendaciones

- No agregar alcohol, lociones o shampoos al agua del baño.
- No aplicar talco porque son polvos que respiran durante la aplicación y con el tiempo provocar alergias.
- No aplicar aceite. Recuerde que el niño gasta energía que provoca sudor cuando duerme, come y llora. El aceite le provoca más sudor y humedad.
- Solo aplique crema neutra o de bebé en las zonas reseca, de preferencia que contenga aceite de almendras dulces.
- Use jabón neutro. Es el que no tiene olor ni color y no provoca sequedad en la piel del bebé.

DORMIR.

Al principio todos los “prematuros” duermen mucho durante los 2 a 3 meses después de su nacimiento, deberían despertarse en intervalos regulares para comer. Al darle de alta, el bebé ya desarrolla su rutina de dormir, pero puede que tenga cambiado el día y la noche; es conveniente reducir al mínimo la estimulación durante la alimentación nocturna.

¿Cómo debo de recostar a mi bebé?

En la sala de la UCIN su bebé lo colocaban boca arriba, usted en casa no debe de hacerlo, sólo que el médico se lo indique. Debe colocarlo de lado derecho o izquierdo (con el brazo de abajo un poco hacia delante) esto previene que su bebé se ponga boca abajo; es recomendable poner una sabana pequeña enrollada detrás de la espalda para mantener esta posición. Cuando el bebé va creciendo se coloca él solo boca arriba. Usted también lo puede colocar así pero es peligroso, porque si vomita el líquido puede entrar a la nariz e irse a los pulmones (broncoaspira), esto provoca pulmonía o asfixia (puede causarle la muerte).

Recomendaciones:

- Durante la noche utilice una lampara pequeña para atenderlo cuando despierta, para comer o cambiar el pañal.
- Hable poco y en voz baja cuando esté despierto.
- Si normalmente lo mece después de alimentarlo, hágalo por poco tiempo, el bebé aprenderá a acomodarse solo.
- Abrigue a su hijo en forma cómoda.
- Algunos bebés presentan problemas para adaptarse de la sala del hospital al ambiente hogareño. En estos casos debe de amortiguar las luces y ponerle música suave.

Conforme pasa el tiempo el bebé presentará periodos de vigilia durante el día esto sucede después de los 3 meses. Después de los 7 meses el niño sólo duerme unos minutos en el día, pero ya no despierta en la noche. Esto depende de como lo eduquen sus padres.

Problemas para dormir.

Muchos niños después de los 8 meses tienen problemas para dormir en la noche; Están tan entusiasmados de poder sentarse, gatear, explorar a su alrededor que no quieren ir a la cama.

Sugerencias:

- Lleve a dormir al bebé a la misma hora y en el mismo cuarto donde despertará.
- Ponga una lámpara pequeña de noche para el cuarto de su hijo, acaricie al cuerpo de su bebé, le puede cantar, hablar y leer; estas rutinas tranquilizan a su hijo.
- Cuando el bebé llora después de acostarse, revise todo su cuerpo, mantenga la luz tenue y no lo levante; coloque a su hijo boca abajo y de palmadas suaves en su espalda, deje solo por unos minutos a su bebé, repita el procedimiento hasta que se duerma.
- Si el bebé despierta en la noche en varias ocasiones. Eduque nuevamente su sueño; elija un fin de semana y deje que lllore, de palmadas suaves en la espalda no lo cargue y verifique cada diez minutos que todo esté bien. Es probable que en 1 o 2 días el niño se forme el hábito de dormir toda la noche.

ALIMENTACIÓN.

¿Cada qué tiempo come mi bebé?

En la sala de terapia intensiva, el niño inicio su patrón de alimentación: antes de salir del hospital el personal debe orientarlo sobre este aspecto. Cada "prematuro " es diferente y su patrón de alimentos es variable. Habitualmente, comen cada 2 a 3 horas. Si el bebé duerme continuamente y no come, es necesario despertarlo para que se alimente y adaptarlo a horarios regulares y así continuar su aumento de peso. Las señales que nos indican que tiene hambre es la inquietud y el fastidio.

¿Qué cantidad de leche debe de tomar al día?

Un bebé que pesa 2 kilos necesita de 12 a 15 onzas de formula o leche materna al día. Una manera de investigar si el bebé come lo suficiente es contar el número de pañales mojados en 24 horas. Deben ser de 6 a 8 pañales al día.

Cuando el bebé sale del hospital toleran de 2 a 3 onzas cada 3 a 4 horas. Si el bebé come muy rápido ofrezca una a dos onzas más. ¡ Es difícil creer que usted dormirá algún día! . A medida que el bebé crece, no necesitará comer tan seguido.

El bebé que toma seno materno, aumentará su tiempo de alimentación, de succión o quiere comer a cada rato. Puede significar que el bebé comerá tan seguido hasta que " la oferta esté de acuerdo a la demanda" pero sobre todo el niño relaciona la comida con la cercanía y el calor materno. Este tipo de alimentación otorga al bebé las ventajas de: protección contra enfermedades, mejor digestión de la leche, no trabajar en preparar la leche, para que el bebé no tenga problemas con las diferentes leches etc.

¿Seré capaz de amamantar a mi hijo?

A medida que el niño se estabiliza de su enfermedad en la UCIN. Se inicia la alimentación, si la madre elige la lactancia en el hospital se le adiestra sobre la técnica de extracción láctea (de leche materna) y su conservación para que se le otorgue a su hijo. Cuando el bebé está estable y la succión es fuerte, la madre inicia la lactancia en el hospital. Los "prematuros" toman tiempo o unos días o semanas en aprender a succionar.

¿Cómo cuido los biberones y utensilios que utilizo para preparar la leche?

Lave los biberones y utensilios con agua caliente. Hierva agua y biberones por 10 minutos. Si la leche esta fría no la caliente en el microondas porque no queda caliente en forma uniforme y la rosca caliente puede quemar la boca de su bebé. Caliente la leche a baño María y compruebe la temperatura antes de que la tome.

¿Cuánto aumentará mi hijo por mes?

Los 4 primeros meses aumenta 750 gramos o más. Porque el bebé se la pasa dormido y no gasta tanta energía.

Del quinto al octavo mes aumenta 500 gramos. El niño duerme menos y le agrada estar despierto.

Del noveno mes a los doce meses aumenta 250 gramos ya que el bebé casi no duerme en el día, es más inquieto y gasta más energía al gatear, pararse y caminar con ayuda.

¿Cuándo es conveniente iniciar la alimentación no láctea?

Por estudios realizados por la UNICEF , se ha observado un aumento en las enfermedades respiratorias de tipo alérgico. Se cree que la causa es por la introducción temprana de alimentos no lácteos.

De acuerdo a la edad del niño y a su peso se valora, el inicio de su alimentación. Si el peso del niño es bajo a los 4 meses se inicia; pero si su peso es normal, sólo continua con leche materna o fórmula, la alimentación inicia al sexto mes.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

| EDAD | ALIMENTACION |
|----------------------------|---|
| 6°. Mes | Se inicia con frutas cocidas en puré. No incluir cítricos (limón, naranja, piña ni mandarina, son alergénicos). Verduras cocidas en puré excepto espinacas y acelgas (por su alto contenido en nitritos). |
| 7°. Mes | Además de lo anterior se inicia con carne de res, hígado de pollo y carne de pollo. Incluir derivados lácteos: queso, crema, yoghurt. Leguminosas en puré (frijol, haba, lenteja y garbanzo). Cereales, pan, galletas, tortillas, trigo, arroz y avena. |
| 8°. Mes 9°. Al 11°. Mes | Se valora el inicio de cítricos. Todo lo anterior |
| 12°. Mes | Introducir huevo, pescado. Se integra al niño a la alimentación familiar. |

Recomendaciones:

- Recuerde que el bebé debe alimentarse con el horario indicado por el médico, aún cuando esté dormido. Después de comer su bebé volverá a dormir plácidamente.
- Es importante que la madre se alimente adecuadamente y consuma abundantes líquidos, y le ofrezca al bebé el seno materno a libre demanda, porque entre más frecuente sea, más leche producen los pechos.
- Hacerlo eructar y dejarlo semi sentado de lado para evitar que vomite y que el alimento lo aspire por la nariz y boca. Esto evita la asfixia.

- Si toma fórmula láctea, existen en el mercado diferentes tipos de leche: maternizada, para prematuros, de soya y entera. Su médico le indicará cual ofrecerle, la cantidad, tipo y horario. Esta indicación cambia conforme el bebé aumente de edad.
- No lo deje solo con el biberón. Utilizar la técnica de niño vomitador; tomar en brazos a su hijo. Sentado ofrezca el biberón cuidando que la rosca este cubierta por completo de leche, para evitar trague demasiado aire. Deseche la leche que no aceptó el bebé para evitar la formación de bacterias que dañen al niño.
- Cuando cambie a otra leche, vigile lo siguiente: que su bebé la acepte con agrado, no haya distensión abdominal, no produzca cólicos y que las evacuaciones no cambien.
- Cuando el bebé inicia a paladear los alimentos, es importante que sea en forma gradual, en pequeñas cantidades; una fruta con una verdura por tres días de esta manera observa si el bebé la tolera.
- Ofrecer tres alimentos al día.
- Dar sus alimentos en un ambiente agradable, mamá debe de platicar, cantar, bailar, etc., a su hijo durante la comida.
- Al sexto mes, primero se ofrecen alimentos y se completa con la leche, por último el seno materno que él siempre aceptará.
- Utilice de preferencia frutas y verduras de temporada. Lave, desinfecte y conserve en lugares frescos y cubiertos sus alimentos.
- Use biberones lisos, transparentes y de fácil limpieza.
- Evite que el biberón se ensucie al contacto con objetos sucios o al caer al piso.
- Si usted trabaja, solicite la orientación sobre lactancia materna donde le indiquen la técnica de extracción manual y conservación de la leche materna. .
- No utilice miel de abeja en niños menores de un año porque puede producir una intoxicación severa.

LAS ENFERMEDADES Y COMO TOMAR LA TEMPERATURA.

¿Cómo sé, que mi hijo está enfermo?

La estancia hospitalaria permitió a los padres conocer las reacciones que pusieron en peligro a su hijo y también aprendieron a conocerlo ya estabilizado. Estas experiencias ayudaron a los padres ha mantener un lazo de unión, por lo mismo saben que si presenta las siguientes reacciones, el bebe puede estar enfermo:

- Cambios en su respiración, llora demasiado, está irritable, no quiere comer, quiere seguir durmiendo y se ve decaído.
- Tiene tos, vomita el alimento, evacuaciones frecuentes y liquidas, en un periodo corto de tiempo.
- Orina menos y está puede cambiar a un color oscuro,
- Piel azulada o pálida.
- Fiebre.

Si los padres observan uno o varios de los datos mencionados, lo mejor es llamar al pediatra. Ninguna pregunta es necia o sin importancia, es trabajo del medico el contestar a sus preguntas.

¿Cómo tomar la temperatura de mi hijo?

- Temperatura axilar. Use un termómetro axilar de vidrio. Tómelo entre los dedos de la mano y sacúdalo, verifique que manque 35° c. ; coloque la punta plateada en la piel del hueco axilar, mantenga el brazo doblado sobre el pecho, déjelo por tres minutos, retírelo y realice la lectura del termómetro. Por ultimo lave el termómetro con agua y con jabón.
- La temperatura normal en la axila es de 36° c. a 37° c. Por arriba de esta cifra inicia la temperatura anormal.
- Temperatura rectal. Usar un termómetro rectal de vidrio; tómelo en los dedos de la mano y sacúdalo, verifique que marque 35° c., aplique lubricante o crema en la punta plateada del termómetro. La posición para la toma de temperatura rectal, colocar al bebe boca abajo, sobre las picmas de mama, separar las nalguitas e introducir el termómetro, sujetando al bebe con el brazo izquierdo y con la mano derecha el termómetro.
- Manténgalo por 3 minutos. retírelo y proceda a realizar la lectura del termómetro; por ultimo lave el termómetro con agua y jabón.
- La temperatura rectal normal es 36 a 37.5°c., por arriba de esta cifra, inicia la temperatura anormal

Recomendaciones:

- La temperatura mas exacta en bebes menores de un año es la rectal.
- Tomar la temperatura y después llamar al peditra, o acudir a su consultorio o clínica. Si la temperatura está elevada, proceda hacer lo siguiente. Descubra o desnude a su bebé durante 5 minutos, en un lugar cerrado donde no hayan corrientes de aire; si la temperatura no descende bañe al bebé con agua tibia hasta que ceda la temperatura, después cubra a su bebé y acuda al médico.
- Solamente le dará medicamento si lo indica su médico. No lo automedique.

EL LLANTO

¿Por qué lloran los bebés?

El llanto es una forma de comunicación. Su bebé tiene diferentes formas de llorar para cada caso. Las más comunes son:

- Hambre. Especialmente si no ha comido por más de 2 horas.
- Inquietud. No está cómodo, el pañal está mojado o la ropa la tiene apretada.
- Frío o calor. Toque la espalda o la pancita del bebé para comprobar su temperatura.
- Quiere cambiar de posición.
- Nariz congestionada o dificultad para respirar.
- Una manera de liberar la tensión.
- Exceso de estímulo. Algunos “prematuros” son muy irritables. No toleran mucho las actividades de la gente que los rodea; hablan mucho, se mueven a su alrededor. El bebé necesita un poco de tranquilidad y silencio.
- Soledad. Si el bebé se queda tranquilo al momento que lo carga, ¿quiere decir que la extraña! . Recuerde que su hijo durante el embarazo estuvo en un ambiente húmedo, caliente, sin hambre, no necesitaba respirar, siempre escuchaba su voz y el latido de su corazón. Su cercanía es importante para él.
- Sobresalto. Se mueve de repente y llora.
- Dolor. Puede lastimarse algo; alguna etiqueta de la ropa, ganchos, botones, cintas. Tiene cólicos (llanto repentino, encoge su cuerpo y su cara se pone roja), puede llorar por varios minutos y presentarse a la misma hora del día.
- Sueño. Algunos bebés necesitan que se les mime un poco antes de dormir.
- Enfermo. Si el llanto del bebé cambia de repente, es más intenso; no es normal revise todo su cuerpo y si es necesario llame a su médico.

El bebé desarrolla su confianza, es decir, espera que sus padres respondan a todos sus gritos y satisfagan sus necesidades. Esta confianza es una base necesaria para su desarrollo posterior.

¿Qué puedo hacer si mi bebé llora frecuentemente?

Muchos “prematuros” tendrán un día de esos, cuando lloran mucho. A veces son más sensibles a la estimulación y a los cólicos (provocados por gases o sobrecarga de alimento).

- Asegúrese de que el bebé no tenga hambre, este mojado o incomodo.
- Durante la alimentación debe de hacerlo eructar dando palmadas suaves en la espalda cada 5 minutos.
- Revise que no este enfermo (fiebre, diarrea etc.)
- Cubra con una cobija y cargue a su hijo con seguridad, trate de calmarlo al hablarle con cariño, cantarle y mecerlo. Puede mecerlo en una hamaca ó en un porta bebé.
- Colocar al bebé boca abajo sobre sus rodillas; de masaje o palmadas suaves en la espalda. Cante o ponga música suave.
- Abrazarlo piel a piel en su pecho lo calma rápidamente al sentir su calor y escuchar el latido de su corazón, esto le recuerda al vientre materno, su antiguo hogar.

“ Cuando su paciencia esté por terminar”

Durante un episodio de llantos frenéticos y gritos inconsolables, muchos padres creen que es muy difícil mantener el control o la calma. No debe de enojarse con su bebé, él no lo puede evitar. Un bebé que percibe a sus padres nerviosos llora aún más.

Si ha tratado de calmarlo y sigue llorando, póngalo en su cuna y déjelo solo por unos minutos. Obsérvelo para estar seguros de que esta bien.

Pida a una amiga o un familiar que lo cuiden por media hora. Todo mundo necesita un descanso de vez en cuando.

Si piensa que su bebé está enfermo, llame a su médico.

EL DOLOR

¿Qué sabemos actualmente, sobre la experiencia del dolor en el bebé?

Muchos procedimientos y cuidados que le realizan al bebé en la sala de cuidados intensivos traen consigo el dolor. Existen varias opiniones en cuanto a ¿Con cuánto dolor esta el recién nacido? y ¿Cómo investigar si el bebé esta con dolor?, y ¿Qué debería hacer para aliviarlo?.

¿Sufren de dolor los bebés?

Para los adultos y los niños mayores, sabemos que existen dos partes de la experiencia dolorosa.

- La experiencia sensorial. Pasa a través de los receptores del dolor, son situaciones causadas por algún evento dañino como una herida o el pinchazo de un alfiler.
- La experiencia emocional. Son aquellas emociones que le afectan a la persona.
 - Los recuerdos del pasado, experiencias con la familia y amigos.
 - Cómo nos sentimos con los demás en este momento.
 - Si el evento fue breve o duradero.

Para los bebés sabemos que:

- La experiencia sensorial esta bien desarrollada alrededor de las 24 semanas de gestación. "Ellos sí tienen dolor "
- La experiencia emocional no se comprende bien aún. Existen varias preguntas al respecto, ¿Recordará los sucesos vividos? ¿Le afectarán después?.

¿Cómo sabré si mi bebé tiene dolor?

Desafortunadamente, no existe algún tipo de comportamiento o señales fisiológicas (ritmo cardíaco, respiración tensión arterial, etc.) que nos indique si el bebé tiene dolor.

Si se presenta una situación obviamente dolorosa y el bebé presenta cambios en su comportamiento o señales fisiológicas suponemos que tiene dolor, sin embargo no existe nada específico que lo confirme.

Puede que el bebé muestre las siguientes señales de dolor:

- Lloro o hace gestos.
- Sueño irregular.
- Aumento de la actividad motora, espasmos musculares, rigidez.
- Se ruboriza (rosadito).

Por otra parte, el bebé puede demostrar:

- Dormir o ponerse somnoliento.
- Baja en la actividad motora, cuerpo flojo, colgante.
- Se pone pálido o cambia a color rosadito.
- Baja el ritmo respiratorio o cardíaco.

Es posible que los bebés, muestren el mismo comportamiento cuando están enojados o agitados, pero no existen motivos para pensar que sufren.

EL VOMITO Y LAS EVACUACIONES

¿A qué se debe el vómito?

Es un síntoma muy común en los niños y se debe a contracciones repentinas del diafragma y los músculos del estómago. El vómito ocasional no tiene importancia cuando es persistente, requiere ser investigado ya que puede interferir con el aumento de peso del bebé y causar deshidratación.

¿Por qué vomita mi bebé?

El niño sano vomita por varias causas, algunas de ellas radican en una mala técnica de alimentación, debe de preguntarse ¿Comió muy rápido? ¿O demasiado? ¿Le saqué el aire? ¿Lo coloqué en posición correcta después de alimentarlo? ¿Se cambió la fórmula láctea? ¿Cómo fue el vómito? ¿Qué características tenía? . Otros factores pueden ser por infecciones de oído, nariz y garganta.

¿Cómo puedo diferenciar el escupir, la regurgitación y el vómito?

El escupir con una alimentación es muy común en el “prematuro”. Lo acompañan los eructos que se llaman “eructos mojados” es usualmente una cantidad pequeña, el vómito es continuo y en cantidades más grandes de comida o líquido, normalmente se acompaña de náuseas, regurgitación. Es la devolución de alimento digerido, proveniente del estómago, acompañado de eructos.

¿Qué puedo hacer cuando mi bebé tenga vómito?

- Tranquilizarse y descubrir la causa que lo provocó.
- Alimentarlo adecuadamente y hacerlo eructar.
- El bebé “prematuro” debe cargarse para alimentarlo, al acostarlo colocar su cabeza de lado para evitar que el vomito entre por la nariz.
- Después de alimentarlo, manejarlo suavemente sin movimientos bruscos que estimulen el vómito al comprimirle el estómago.
- Si se cambió de fórmula (leche) verificar que la acepte.
- Observar si el vómito continúa, en qué cantidad y qué características tiene (color, consistencia, olor, sangre etc.).
- No suspenda los alimentos, sólo si el médico lo indica.
- Si continúa el vómito, llamar a su médico.

¿Qué es una evacuación normal?

Las evacuaciones de un niño alimentado al seno materno son de color amarillo brillante, suaves y pastosas. Pueden ser entre 3 y 6 al día, y disminuyen en número al paso del tiempo. Las evacuaciones del niño alimentado con biberón son más sólidas, varían de color amarillo a café y son en menor número. Pueden ser de 1 a 4 al día, poco a poco disminuyen de 1 a 2 diarias.

Al darse de alta del hospital, sus evacuaciones serán de color amarillo o castaño claro, de consistencia suave y blanda. Algunos bebés tienen una evacuación con cada alimentación, mientras que otros las tienen diariamente o cada dos días.

¿Si mi bebé no evacua todos los días, esta enfermo?

Si el bebé no ha tenido evacuaciones por 2 a 3 días está incomodo, o si después de este tiempo tiene una que está dura, puede que esté estreñido y necesite más líquidos. Si el bebé no parece estar a gusto pero esta comiendo bien, puede que sólo sea un bebé que las evacuaciones las tiene menos frecuente. Además puede que a los niños que amamantan no evacuen todos los días.

Es peligroso que no evacue por más de 3 días, si es así debe acudir al médico.

Recomendación. No utilice miel o azúcar en la alimentación del bebé durante los primeros meses o el primer año ya que esto puede ocasionar intolerancia y provocar diarreas.

¿Cómo sé si las evacuaciones de mi bebé dejan de ser normales?

- Si el bebé tiene varias evacuaciones aguadas o líquidas en un periodo de 6 a 8 horas, o si usted considera que están más líquidas de lo normal.
- Verificar si el color de las evacuaciones cambian de color.
- Pueden ser abundantes o de mal olor.

¿Qué debo hacer si mi bebé tiene diarrea?

- Compruebe que efectivamente se trata de diarrea.
- No suspender la alimentación normal, aumente los líquidos e inicie el suero oral.
- Observar el tipo de evacuaciones y la frecuencia en que las presenta.
- Pueden retirarse en forma espontanea o persistir.
- Observar si su bebé presenta dolor o cólico.

- Vigilar signos de deshidratación: ojos hundidos, pálido, decaído, llanto sin lágrimas, boca seca, fontanela (mollerita) hundida.
- En caso de persistir las evacuaciones, consulte a su médico.

¿Qué puedo hacer con la dermatitis de pañal?

En una u otra ocasión todos los bebés tendrán una escoriación o salpullido relacionado con los pañales, si esto sucede, realice lo siguiente:

Cuidado de rozadura o eritema de pañal.

- Cuidado de la piel de genitales: después de cada evacuación limpie, las nalguitas de su bebé con te de manzanilla y algodón, seque la piel con una secadora de aire tibio y por último aplicar una pomada secante; este procedimiento se realizará después de cada evacuación.
- Si usa pañal desechable, suspéndalo por un tiempo, ponga a su bebé pañales de algodón. No use calzón o pañal de plástico porque le provoca más humedad y calor.
- Cambiar el pañal cuantas veces sea necesario.
- Si la dermatitis continúa o presenta lesiones severas, el médico debe de indicarle una pomada con medicamento y si lo requiere antibióticos orales.
- No automedique a su bebé, porque la piel es un órgano muy sensible y puede complicar la rozadura.
- No aplique crema o aceite de bebé porque provoca más calor y humedad en los genitales de su hijo.

CONGESTION NASAL Y EL HIPO

¿Qué puedo hacer si mi bebé sufre de congestión nasal?

Le ayudará a respirar mejor aumentando el nivel de humedad de la casa; En una cacerola poner a hervir agua de manzanilla y colocarla en la habitación del bebé; abrir la regadera del agua caliente para que se produzca vapor, o bien un humidificador casero.

Si la madre lo amamanta, le puede aplicar unas gotas de leche materna en la nariz del niño, esto le ayuda a estornudar y a expulsar la mucosidad. Si la congestión continúa y el bebé no mejora, llame al médico. Puede estar resfriado

¿Son normales los hipo y estornudos?

Sí, normalmente los hipo desaparecen solos, se le puede ofrecer agua tibia o si lo alimenta con leche materna, deje que succione un momento y desaparecerá el hipo.

Los estornudos le ayudan a expulsar el moco nasal y permite que respire mejor. Es un mecanismo natural de la nariz para deshacerse de polvos y otros irritantes. Si los estornudos persisten es probable que se haya resfriado.

RESPIRAR

¿Qué pasa si mi bebé deja de respirar durante la alimentación o el sueño?

El bebé “prematuro” antes del alta hospitalaria fue valorado sobre las apneas (pausas de la respiración) las cuales ya habían desaparecido o eran esporádicas. Es común que un “prematuro” tenga ligera dificultad para respirar y tragar. Puede ser que cambie el color de la piel; de pálido a azulado de labios y boca.

¿El fumar cigarrillos afecta al bebé?

Exponer al bebé a cualquier tipo de humo lo afecta. Por lo mismo no se debe permitir que fumen dentro de la casa. Si el padre fuma no debe hacerlo dentro del coche con las ventanas cerradas, nunca fume cuando tenga a su bebé en los brazos.

Recomendaciones:

- Suspender la alimentación.
- Siente al bebé sobre sus piernas con la cabeza extendida y sacúdalo. Muchas veces, basta darle un golpecito en la espalda para recordarle que respire.
- Durante la alimentación, es necesario darle pausas para hacerlo eructar. Hacerlo con la luz prendida.
- Use una luz tenue en la habitación donde duerme el bebé, nos ayudará a observarlo mejor y si presenta una apnea debe de estimularlo.
- Llame al médico si observa cambios en su respiración o apneas frecuentes. Es importante que usted tome un curso sobre reanimación cardio-pulmonar.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

¿Mi bebé tendrá problemas de salud a largo plazo?

Trate de discutir cualquier preocupación que tenga con su médico o con el personal profesional que atiende a su hijo. Si sospecha que su bebé tiene problemas, el médico le dirá si existen justificaciones para sus inquietudes.

¿El crecimiento del bebé será afectado por la prematurez?

Es imposible decirle, cómo va a crecer en el futuro. El médico, durante las consultas lleva el control de la estatura, peso y tamaño de la cabeza. La mayoría de los “prematuros” desarrollan un potencial genético es decir su estatura y su peso es semejante a la de sus hermanos o padres. Sin embargo, algunos “prematuros” crecen lentamente y de adultos pueden ser pequeños.

Los que presentan este riesgo son:

- Los que pesaron menos de 1000 gramos.
- Aquellos que nacieron con menos semanas de gestación.
- Los que estuvieron enfermos por más tiempo.
- Los que tuvieron problemas para aumentar de peso en la sala de cuidados intensivos neonatales.

¿ El desarrollo de mi bebé será apropiado?

El médico del bebé determinará si su desarrollo será apropiado. Tome en cuenta que su bebé nació antes, es normal que su desarrollo sea más lento. Por lo que no debe de comparar a su “prematuro” con un niño que nació de término.

INMUNIZACIONES.

¿Cuándo debe vacunarse mi bebé?

Es raro que las vacunas inicien en el hospital. A los “prematuros” se les aplican a la misma edad (justo después del nacimiento) que los bebés de gestación completa, sólo si rebasan los 3 kilos de peso, Si es necesario vacunarlos, su médico lo decide, en ocasiones cuando el pediatra es particular se las aplica en su consultorio.

Hoy en día existen nuevos biológicos, es importante llevar el control establecido para aplicar las vacunas. A continuación se menciona el esquema nacional de vacunas (ver anexo).

- La vacuna de B.C.G. protege contra la enfermedad de tuberculosis pulmonar y cerebral, se aplica al recién nacido unas horas después del nacimiento, pero en el caso del “prematuro” hasta que rebasa los 3 kilos de peso.
- Vacuna cuádruple. Protege contra las enfermedades de la difteria, tosferina, tétanos e influenza. Debe de iniciar a los 2 meses y se aplica sólo si rebasa los 3 kilos de peso, en forma simultanea con la B.C.G.
- Vacuna triple. Protege contra las enfermedades de difteria, tosferina y tétanos. Se aplica a los 2 meses sólo si rebasa los 3 kilos de peso.
- Triple viral. Protege contra el sarampión, rubéola y parotiditis. Se aplica a los 12 meses y 6 años.
- Sarampión. Protege contra la enfermedad de sarampión y se aplica de los 9 a 11 meses.

CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION

CURP

DATOS GENERALES DEL MENOR

SEXO MASC FEM

NOMBRE Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

FECHA DE NACIMIENTO Año Mes Día

LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad o Población Municipio Estado

DOMICILIO Calle y Número Colonia Ciudad Estado

FECHA DE REGISTRO Año Mes Día

LUGAR DE REGISTRO Ciudad o Población Municipio Estado

ESQUEMA BASICO DE VACUNACION

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------|
| B C G | Tuberculosis | 1a | Al nacer | |
| | | Refuerzo | 6 años | |
| S A B I N | Poliomielitis | Preliminar | Al nacer | |
| | | 1a | 2 meses | |
| | | 2a | 4 meses | |
| | | 3a | 6 meses | |
| | | Adicionales | Días Nacionales de vacunación | |
| C U A D R U P L E | Difteria Tosferina Tétanos Infecciones por h influenzae | 1a | 2 meses | |
| | | 2a | 4 meses | |
| | | 3a | 6 meses | |
| | | Refuerzo | 18 meses | |
| D P T | Difteria Tosferina Tétanos | Refuerzo | 4 años | |
| | | Sarampión Rubeola Parotiditis | 1a | 12 meses |
| | | | Refuerzo | 6 años |
| TRIPLE VIRAL | Sarampión | 1a | 9 a 11 meses | |

SALIR, LOS VISISTANTES Y LOS ABUELOS

¿Cuándo puedo salir de casa con mi bebé?

Lo mejor sería mantener al bebé en casa por lo menos los tres primeros meses, después de haber salido del hospital. Cuando tenga que salir procure evitar los lugares concurridos (iglesia, templos, mercados, centros comerciales, la escuela de sus otros hijos) donde puede contraer un resfriado u otra enfermedad, por tener aún bajas sus defensas (sistema inmunológico) siendo más propenso a infecciones.

Evite permanecer mucho tiempo fuera de casa, porque el bebé se irrita y cansa. Gasta energía inútilmente.

¿Permito que nos visiten cuando el bebé esté en casa?

Cuando el bebé finalmente esté en casa, habrá mucha gente de buena intención que quiera visitarlos para conocerlo. Conviene recordar lo siguiente:

- Personas resfriadas o que tengan otra enfermedad pueden visitarlo otro día.
- El “prematuro” es muy susceptible a la manipulación; por lo que es conveniente que sólo una persona lo cargue poco tiempo.
- Usted puede limitar el número de personas que los visitan el mismo día, así como el tiempo de la visita.
- No permita que fumen cerca del bebé.
- No se olvide que usted cuida al bebé. Es recomendable comentar las indicaciones del médico de no recibir muchas visitas.

¿Cómo acepto la reacción de la gente hacia mi bebé prematuro?

Existen personas que responden con sorpresa o ansiedad ante el tamaño del “prematuro”. Quizá teman cargarlo por miedo de “lastimarlo”, esta es una reacción normal y común, la gente necesita que usted le reafirme repetidas veces que no le provocarán ningún daño.

También suelen asaltarlos una serie de dudas y preguntas sobre la salud del bebé, no se angustie, ni se deje agobiar. Conteste con frases sencillas, sin agotarse en dar explicaciones largas y complicadas

¿Cómo pueden ayudar los abuelos u otros familiares?

- **Los abuelos.** Le pueden ayudar con el cuidado de sus hijos mayores, una vez que el bebé está en casa. Quizá saliendo a pasear o pasando la noche con ellos en su casa. A menudo no le sobra energía para cumplir con los deberes de los otros niños. Si es posible es muy provechoso que uno de los abuelos le haga compañía a usted.
- Apoyo incondicional de las personas que los quieren ayuda a adaptarse a la nueva situación.
- Si hay un familiar especial en quien confiar el cuidado del bebé empiece a recuperar el tiempo perdido con su esposo. Dar un paseo, alguna actividad juntos les ayudará a conservar las buenas relaciones.
- No se agote, concentre sus energías en cosas esenciales y no en actividades que pueden esperar.
- En un lugar visible anote el número de teléfono de su médico.
- Si cuenta con alguien que le ayude con el cuidado del bebé, y tiene que incorporarse a su vida laboral. Indique a esta persona donde localizarla en caso necesario.
- Si es madre que trabaja fuera de casa, deje las indicaciones por escrito sobre: horario de alimentos, sueño, tratamientos médicos específicos, nombre del medicamento dosis y horarios.

Mientras que muchos familiares son bien intencionados, hay algunos que le dan consejos que usted no quiere oír o que no son correctos. Los padres tienen que decidir que quieren de la familia ¿Visita? ¿Llamadas de amigos que les ayudan o no? ; llegan a casa con la mejor información y conocimientos. Como padres del bebé ustedes saben que es lo mejor para él.

Es un tiempo lleno de estrés para toda la familia. Si fuera posible encontrar a una persona que la escuchará y fuera su abogado, esa persona podría ser su intermediario, ayudando a explicar sus necesidades al resto de la familia.

RELACIONARSE CON SU BEBÉ

¿Cómo nos podemos relacionar?

El visitarlo en la sala de cuidados intensivos, ustedes ya se han llegado a conocer, en casa se puede llevar a cabo mediante:

- Hablarle, leerle un libro, cantarle en voz baja.
- Dibujar una figura utilizando colores llamativos, ponerlo cerca de su cuna o porta bebé, cuando está despierto. Al bebé le gusta los colores constantes.
- Tocarlo y abrazarlo cerca de su cuerpo.
- Colocar al bebé en una hamaca o porta bebé y mecerlo.
- Acostarse de lado y poner al bebé cerca para que pueda ver su cara. Le fascina ver las caras y los ojos.

Los “prematuros” son muy sensibles a la luz, el bebé muestra señales de cansancio cuando:

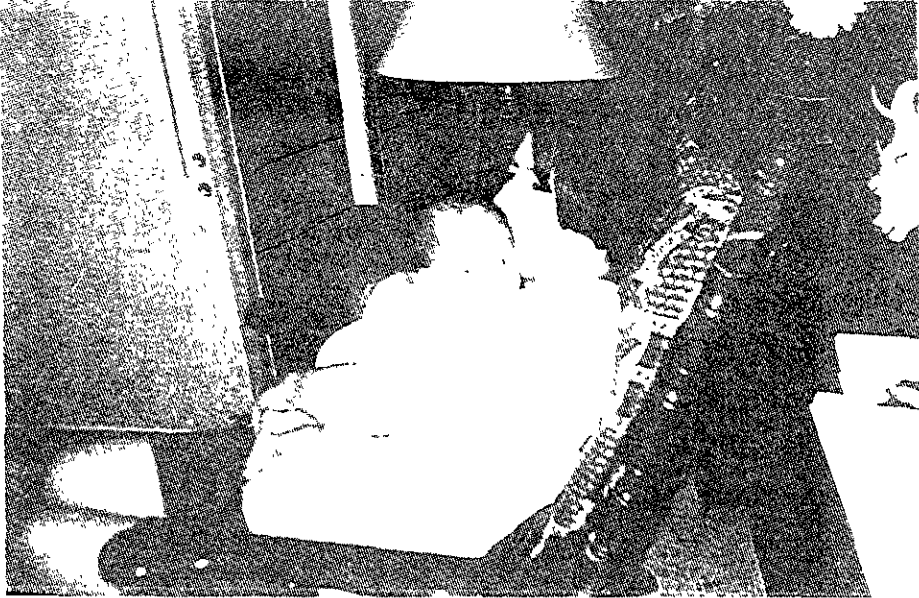
- Mueve la cabeza.
- Hace muecas, bostezo, estornuda y saca la lengua.
- Respira más rápido.
- Lloro, se fastidia, escupe.
- El color de la piel cambia.
- Se pone rígido, como si estuviera evacuando.
- Arquea la espalda y el cuello.

No olvide que con poca manipulación se cansa fácilmente.

¿Cómo sabré si necesita algo?

Los “prematuros” no siempre lloran para manifestar que necesitan algo. Mueven la cabeza, se inquietan, mueven las piernas y brazos, se irritan en la cuna, hacen muecas y gestos, lloran, gritan.

Se necesita un poco de tiempo y paciencia para relacionarse con su bebé, con el tiempo esta relación se hace más estrecha y el entendimiento es mejor. El afecto y el amor surgen, la relación padres e hijo se fortalece.



El contacto directo con el bebé favorece las relaciones afectivas

VISITAS AL MÉDICO.

Su bebé aún al ser dado de alta seguirá requiriendo atención médica continua, al egreso del hospital usted recibirá una serie de indicaciones y adiestramiento sobre los cuidados que requiere su bebé en el hogar. Así como la fecha y hora de su próxima consulta. Es fundamental establecer la vigilancia médica del “prematuro” por lo que no debe perder ninguna cita para su revisión médica y control de su desarrollo y crecimiento.

¿Quién será el médico de mi bebé?

Algunos hospitales continúan con la evaluación del desarrollo del “prematuro”, asignándole el médico, la cita y hora donde debe acudir; otros terminan su atención con el egreso del bebé.

En cualquier caso, es importante que usted determine quien será el médico de su bebé, ya que junto con usted serán los responsables de su atención.

¿Qué debo tomar en cuenta para elegir al médico de mi hijo?

- Debe ser un médico neonatólogo o pediatra con experiencia en la atención del “prematuro”.
- Estar disponible cuando lo necesite.
- No es conveniente cambiar continuamente de médico.
- Es importante que el médico que usted eligió, trate desde el inicio a su hijo, para que él tenga conocimientos sobre sus antecedentes, reacciones y aprenda a detectar sus necesidades.
- Debe inspirarle confianza.

¿Cada qué tiempo serán las citas con el médico?

Depende del criterio del médico y de la salud de su hijo, así como los estudios que requiera o atención alterna de otra especialidad (oftalmología, psicología, neurología etc.).

¿Cuándo llamar al médico?

Ahora que ya conoce más a su bebé, probablemente identifica cuando no se siente bien. Los médicos prefieren que usted los llame con preguntas específicas y no dejar que un problema se convierta en una situación seria.

Todos los bebés necesitan comer, dormir, orinar y evacuar. Si su bebé tiene problemas en cualquiera de los siguientes aspectos llame al médico; fiebre, problemas para respirar, convulsiones, está decaído, esta hundida la fontanela (mollera), el llanto es ronco y no quiere comer. Las evacuaciones son líquidas o cambiaron de color y olor.

¿Cómo puedo aliviar su dolor o malestar?

Existen varios analgésicos que pueden ayudar a su bebé. No automedique a su hijo el médico es el indicado para decidir que le puede dar. Algunos medicamentos pueden causar las siguientes reacciones: Bajar la presión arterial, respiración más lenta, bajar la temperatura a niveles peligrosos, producir ronchas en la piel etc.

Hay otros métodos que pueden ayudar a aliviar el dolor:

- Dar estímulos rítmicos y repetidos, quizá bloquean la sensación del dolor (ligeros toques con las puntas de los dedos, usualmente lo estimulan pero no lo calman). La presión suave pero firme, el envolverlo en una sabana le proporcionan un toque constante que bloquea el dolor.
- Una distracción puede ayudarle a no hacerle caso al dolor por ejemplo: Chuparse el dedo o el biberón.

¿Son sensibles todos los bebés a los tratamientos analgésicos?

Todos los bebés son diferentes y no responden de la misma manera a los tratamientos. Por ejemplo: algunos no les gusta ser tocados o mecidos, a otros no les gusta la música o los sonidos tranquilizantes. Observe sus reacciones y descubra que es lo que lo tranquiliza. Aprenda a diferenciar que le molesta y cuando tiene dolor.

Usted mejor que nadie conoce a su bebé, confíe en su juicio para llamar al médico. Anote las indicaciones del médico, rectifique y pregunte cuando no entienda y aclare sus dudas.

**CUANDO LLAME AL MEDICO ESTA INFORMACION LE PUEDE
AYUDAR**

Temperatura : rectal _____ axilar _____.

Respiración: difícil _____ rápida _____ lenta _____ tos _____
resuello asmático _____.

Piel: roja /sudorosa _____ pálida _____ salpullido _____.

Dolor: al mover la cabeza _____ levantando las piernas _____
en el vientre _____ es intenso _____ constante _____.

Ojos/oidos: secreción _____ color _____ comezón _____
inflamación _____.

Apetito: Sin _____ muy poco _____ vómito _____.

Evacuación: líquida _____ con moco _____ dura/seca _____ mal olor _____
color _____.

Estado de ánimo: inquieto _____ dormilón _____ decaído _____
lloroso _____.

CAPITULO X

PROBLEMAS QUE SURGEN EN LA VIDA DE UN NIÑO QUE NACIO “PREMATURO”

EL NIÑO “VULNERABLE”

¿Qué es el niño vulnerable?

A veces, los padres siguen pensando que su niño prematuro es frágil, delicado y susceptible a problemas, aunque su niño está sano físicamente y su desarrollo esté bien. Llegan a ser extremadamente protectores, solícitos, se preocupan demasiado, por su bienestar e inadvertidamente retardan o cambian el desarrollo del niño.

Puede que el niño prematuro “Criado entre algodones”, no logre desarrollar el amor-propio, la confianza o un sentimiento de independencia.

¿Cómo puedo prevenir el síndrome del niño vulnerable?

Ante todo, procure relacionarse normalmente con el niño actué como si fuera de gestación completa. Anímelo a adaptarse al medio social y que realice actividades de acuerdo a su edad.

Considerando sus expectativas y adecuar sus actividades durante los primeros 2 años, use la “edad corregida”, o sea, su edad menos las semanas de prematuridad. Por ejemplo, si su bebé tiene 10 meses y nació 3 meses antes, sus expectativas serían las de un bebé de 7 meses.

Después de los 2 años, no hay que corregir la edad.

Recomendaciones para prevenir el síndrome del niño vulnerable:

- Anímele a relacionarse con otros niños de su edad.
- Deje que haga cosas sólo cuando sea posible.
- Dele la oportunidad de decidir; dándole alternativas para hacerlo.
- Buscar otros lugares fuera de la casa donde pueda jugar, como el parque.
- Alabarle cuando hace cosas independientemente.
- No darse prisa para intervenir cuando el está aprendiendo o investigando.
- Póngale límites apropiados y sea constantes en ellos.
- Establecer una rutina consistente para saber que esperar, puede desarrollar una rutina.
- No hablar por ellos; si son capaces de expresarse por sí mismos, puede uno ayudarles a terminar las frases.
- Hablarles según su edad; sin balbuceos infantiles.
- No establecer comparaciones con otros niños.



Los cuidados y el afecto materno favorecen el crecimiento y desarrollo del "prematuro" (de izquierda a derecha: 20 días de nacimiento con 620 kg.; 5 meses con 7 kg)

DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE

¿Son comunes las dificultades del aprendizaje en los antiguos prematuros?

Las dificultades del aprendizaje suelen presentarse en la edad escolar, al cumplir los 4 años, Aproximadamente en el 10 % de los niños que nacieron de gestación completa. En los antiguos prematuros, estas dificultades son mas comunes. Cuando mas pequeños y enfermos son, mayor es el riesgo. Lo mas probable es que el 45% de los niños que pesaron menos de 2 kilos al nacer presenten una dificultad que se manifieste en la edad escolar. Aún no es posible determinar quien tendrá un problema de aprendizaje al ser dado de alta del hospital o durante su desarrollo temprano. Una evaluación continua por varios años es el mejor detector, saber qué problemas puede desarrollar, le pueden ayudar a reconocer las señales así como, un diagnóstico médico temprano. El estar excesivamente preocupado por el niño y dudar que su desarrollo sea normal, también es perjudicial ya que se pierde la objetividad de la evaluación. Si tiene dudas sobre su desarrollo, lo mejor es consultar a su médico o pedir que lo examinen, antes de llegar a conclusiones erróneas.

¿Cuáles son los problemas más comunes a la edad escolar?.

Problemas de coordinación por ejemplo:

- Copiar una imagen o palabra, especialmente si hay objetos en la imagen.
- Armar un rompecabezas.
- Aprender las letras.

Problemas del habla por ejemplo:

- Seguir indicaciones especialmente si hay mas de un paso.
- Poner un orden lógico a las cosas.
- Formar un vocabulario extenso.
- Aprender a leer.
- Entender el significado de las frases.
- Diferenciar los sonidos.
- Participar en clases.
- Recordar las palabras o cosas.

Problemas del pensamiento, por ejemplo:

- De memoria recordar tareas, palabras, tablas o diagramas.
- Entender las relaciones especiales, por ejemplo; el tamaño y la distancia.
- Los sonidos y sus significados.
- El pensamiento abstracto.
- Tomar decisiones o hacer una buena decisión.
- Usar el sentido común.
- Entender nuevos conceptos.

EL COMPORTAMIENTO.

¿Son comunes los problemas con el comportamiento?

El comportamiento está asociado con la vulnerabilidad, las virtudes innatas, el ambiente donde se desarrolla (cariñoso, hostil, etc.), y el estilo paterno o materno de criar a su hijo; un problema o desacuerdo en cualquiera de estas áreas puede dar origen a un comportamiento indeseable, por ejemplo: la combinación de un niño de carácter fuerte con un padre que no le ponga límites.

Los problemas del comportamiento no sólo provienen de un niño prematuro, pero suelen ser mas comunes, el enfrentar otros problemas, como dificultades en el aprendizaje, pueden agudizar la situación.

¿Qué comportamientos pueden señalar problemas futuros?

Los problemas del comportamiento usualmente empiezan antes de la edad escolar. Son a menudo exageraciones de las reacciones normales, o una conducta no apropiada para su edad:

- Demasiado agresivo al estar jugando, los otros niños no quieren jugar con él.
- No acatan las indicaciones o sus ruegos.
- No tolera o acepta ningún cambio en su rutina.
- Temores excesivos.
- No pueden jugar calladamente.
- Siempre se están moviendo.

¿Cómo podré saber si mi hijo de edad escolar, tiene problemas de comportamiento?

Casi todos los niños tienen periodos o etapas de mal comportamiento. (groseros, desobedientes, etc.). Su maestro le dirá si su comportamiento esta fuera de los limites comunes y su conducta denota conflictos graves, hable con sus maestros o con su pediatra.

Tienen dificultad para:

- Tener éxito con sus estudios
- Prestar atención
- Realizar o completar sus tareas.
- Seguir indicaciones.
- Sentarse quieto por un momento; siempre están en movimiento
- Suelen ser impulsivos.
- Pelear, intimidar, robar.

Usualmente estos comportamientos atraen la atención del maestro. Otro patrón del comportamiento se caracteriza por la ansiedad y el aislamiento.

Las señales más comunes son:

- La vergüenza extrema.
- No quieren jugar con otros niños.
- Temores extremos, preocupaciones sobre lo desconocido; como lugares, actividades nuevas etc..
- Son muy sensible a los toques o los sonidos.

¿Qué puedo hacer respecto al comportamiento de mi hijo?.

Los niños que tienen estos problemas por lo general, les faltan disciplina y fijarle límites. Algunos padres vacilan en ponerles límites y hacerlos cumplir, no saben decir “no”; el niño hace lo que quiere, sin reconocer la autoridad, ni la responsabilidad de su comportamiento.

Sus padres recuerdan el sufrimiento de sus primeros meses y no quieren desanimar a su hijo en su carácter fuerte que lo ayudo a sobrevivir, *entre mas constantes y firmes sean las reglas en su hogar, mas seguro será el ambiente donde se desarrolle*. Si los problemas con su comportamiento continúan consúltelos con su maestro o pediatra. Busque ayuda profesional.

Recomendaciones:

- No permita que lo manipule.
- Establezca reglas y normas específicas; claras y concretas.
- Aprenda a decirle “no” y cumpla con lo que le promete. (premios, castigos, límites).
- Establezca líneas de comportamiento.
- Enséñele límites a través del cuidado y guía amorosa, la clave es la recompensa.
- Su atención, es la mejor recompensa, (sonriale, converse con él).
- Ignore el comportamiento que es molesto pero no peligroso. Guarde los “no” para situaciones donde su seguridad esté en peligro.
- No olvide que los límites son necesarios para su seguridad y bienestar. Usted puede establecer, límites y al mismo tiempo darle libertad.

TRASTORNOS VISUALES

¿Qué problemas visuales padecen los niños prematuros?

Los problemas de vistas más comunes que padecen los prematuros después de ser dados de alta son:

- Mala visión (miopía)
- Estrabismo (un ojo o ambos se vuelven hacia adentro o hacia fuera; un ojo flotante).
- Ambliopía (un ojo flojo debido a una visión desigual).
- Nistagmus (espasmos del ojo, frecuentes o constantes.)
- La vista de colores va desapareciendo (algunos colores se parecen, como el morado, azul y verde).
- El campo visual es más pequeño. Estos problemas son mas comunes en los bebés que padecen la “retinopatía”, también pueden presentarse en otros prematuros.
- Una hemangioma, es una red pequeña de vasos sanguíneos. Pueden aparecer en cualquier parte de la piel y crecer rápidamente por varios meses. Si se encontrara en los párpados o la piel que rodea el ojo, podría obstaculizar la vista. Es más común en los prematuros.

Los antiguos prematuros pueden sufrir de problemas que son comunes en otros niños como:

La conjuntivitis: (una inflamación o infección de la superficie del ojo).
Un conducto lagrimal bloqueado.

¿Cómo sabré si mi bebé tiene un problema visual?

- El bebé frecuentemente se toca o da unos golpecitos a sí mismo en el ojo.
- Mueve la mano de un lado a otro, delante de la cara.
- Un ojo flojo, tarda en moverse.
- Movimiento constate del ojo, mas allá de los 3 meses de edad (corregida por la prematurez).
- Un ojo queda hacia dentro o hacia fuera la mayor parte del tiempo.
- Espasmos del ojo, especialmente cuando mira todo seguido. Es normal tener unos espasmos cuando mira a la derecha extrema o ala izquierda extrema.
- No parpadean los ojos cuando le toman una foto con flash justo enfrente de la cara.
- La pupila (El círculo negro en el centro del ojo), se ve nublado o blanco.
- En una fotografia, la pupila del ojo se ve enrojecida mientras que el otro no lo está.
- Mueve, voltea la cabeza anormalmente.
- El prematuro (que a cumplido 6 semanas, corregidas por la prematurez), no puede enfocar el objeto o la cara; tampoco la puede seguir

- Caen tanto los párpados que cubren la pupila del ojo cuando está despierto.
- La iluminación normal parece causarle daño a los ojos; hacen que lllore o vuelva la cabeza.

Si el niño desarrolló algunas de estas situaciones, *tendrá que consultar un oftalmólogo para que revise a su bebé; puede que tenga un problema muy grave con la vista.*

Los problemas comunes los puede tratar con su pediatra como:

- Una conducta lagrimal bloqueado.
- Ojos rojos con secreciones. (Puede ser una conjuntivitis o una infección superficial del ojo).

¿Cómo se tratan los trastornos visuales?

Si su bebé tuviera problemas con su vista, se debe acudir con el *oftalmólogo el cual después de revisarlo y realizarle una serie de pruebas específicas, determinará cual es el problema y el tratamiento a seguir.*

Los bebés con visión deficiente usarán anteojos o lentes de contacto y/o combinados. Otras indicaciones médicas, como un ojo flotante y el estrabismo (bizzo) se trata con un parche en el ojo afectado para animarle a usar el otro, también se emplean ejercicios visuales; en algunos casos es necesaria la cirugía para su *corrección*. El tratamiento temprano es importante para evitar complicaciones.

¿Por qué es importante el tratamiento oportuno?

Cuando los bebés ven mejor con un ojo o si el usar los dos ojos les causa la vista doble (diplopia), van a dejar de usar el ojo más débil. Durante los primeros meses y años de su vida las hondas visuales están en desarrollo. Crear y mantener estas conexiones requiere de su uso regular, si su bebé en este período se bloquea o se niega a ver con ese ojo, no se puede establecer un buen funcionamiento.

La vista de ambos ojos es necesaria para precisar *¿Qué está cerca? ¿Qué está lejos?*, o sea la percepción de profundidad. Puede que los problemas visuales retarden:

- El desarrollo mental
- El progreso físico en diferentes áreas tales como recoger objetos, aprender símbolos por ejemplo letras o imágenes.
- Actividades motoras, como el andar o trepar.

TRANSTORNOS AUDITIVOS

Los defectos auditivos benignos y hasta los graves se presentan de 3 por 1000 bebés nacidos de gestación completa. El porcentaje aumenta con los bebés en riesgo, quienes 3 por 100 tienen un defecto auditivo. Los factores que lo predisponen son:

- Nacer con un peso de 1500 gramos principalmente los que sufrieron de hemorragia intraventricular.
- Factores genéticos. Los que tienen algún familiar con problemas auditivos.
- Una infección viral presente al nacer.
- Anormalidad en la formación de la cara y la oreja.
- Padecieron problemas de bilirrubina.
- Infección del líquido que rodea al cerebro (meningitis)
- Una falta severa de oxígeno cerca del momento del nacimiento.

Puede que el niño desarrolle un defecto auditivo durante la niñez.

¿Cómo sabré si mi bebé tuviera un problema auditivo?

Al permanecer el bebé en el hospital se le realizaron una serie de exploraciones y pruebas como:

- **Durante el sueño ligero** del bebé se provoca un sonido alto. Si el bebé está atento al sonido; se despierta, mueve o se sobresalta su audición es normal. Esta prueba solo detecta una pérdida severa del oído.
- **La reacción auditiva del cerebro.** Se colocan 3 electrodos en la cabeza del bebé y se le pone un ruido ligero al oído, por medio de un micrófono pequeño. Se graba la reacción de sus ondas cerebrales y se comparan con un patrón normal.
- **Las emisiones otoacústicas.** Una sonda pequeña de plástico se introduce en el oído medio, el cual la devuelve en forma de eco que es detectado por el micrófono de la sonda.

¿Qué sucede, si mi bebé no pasa las pruebas?

Las pruebas auditivas están diseñadas para detectar cualquier problema que tuviera el bebé. Por eso las pruebas se repiten para cerciorarse de su veracidad. Algunos factores que provocan que las pruebas resulten falsas son

:

- Cerumen de los oídos (cerilla).
- Un canal auditivo estrecho.
- Haber realizado la prueba en un lugar ruidoso.
- Una infección del oído.
- Un bebé inquieto y exigente.
- Ciertos medicamentos.

Las pruebas se realizan antes de que el “prematuro” sea dado de alta, no cuando está enfermo, ya que esto puede alterar o causar cambios en el oído, los cuales pueden desaparecer al recuperarse.

Cualquier prueba que resulte anormal debe verificarse más tarde.

¿Ya en casa cómo detectaré si mi bebé tiene un problema auditivo?

La siguiente lista de síntomas le ayudará a verificar la audición:

- Fecha de nacimiento:
 - ¿Un sonido fuerte lo despierta, lo asusta, le hace llorar?
 - Parece que a veces escucha cuando le habla.
- Cuando cumple 3 meses:
 - Reconoce la voz de su mamá, presta atención a la voz humana y a los sonidos.
 - Le corresponde con una sonrisa cuando le habla
 - Vuelve la cabeza hacia la persona que le habla.
- Cuando cumple 6 meses:
 - Su bebé diferencia un tono amistoso a uno de amonestación como ¡no!
 - Mira a su alrededor en busca de la fuente del nuevo sonido.
 - Se voltea hacia la fuente sonora.
 - Le gustan los juegos vocales, su bebé se arrulla en más de un tono.
- Cuando cumple 9 meses.
 - Vuelve la cabeza y le mira cuando usted le llama.
 - Su bebé busca la fuente del nuevo sonido.
 - Le hace caso a la gente que le habla.
- Cuando cumple los 12 meses.
 - Su bebé ha empezado a responder a sus preguntas tal como ¿Dónde estás?
 - Su bebé balbucea, tiene 3 palabras en su vocabulario.
- Cuando cumple los 18 meses.
 - Su bebé entiende y responde a sus preguntas.
 - Repite por lo menos 8 palabras, tiene una forma de decir “no” verbalmente o con un ademán.
 - Presta atención a la música rítmica.

- Cuando cumple 24 meses.
- Puede tener un problema sólo si; el niño habla como si estuviera resfriado pero no lo está
- Le cuesta a usted entender sus palabras.
- Repite pocas palabras para su edad.
- No le hace caso cuando le habla.
- No puede seguir indicaciones sencillas.

La agudeza auditiva disminuye muchas veces durante un resfriado o una infección del oído, pero deben de volver al nivel normal de audición, cuando se recupere de la enfermedad.

¿Qué hacer si mi bebé tiene un problema auditivo?

Hable con su médico para que lo revise y determine los estudio a realizar. Estos exámenes deben hacerse lo más pronto posible y cuando el niño no este enfermo ¡no demore! Cuanto antes mejor.

¿Por qué es importante la detección oportuna de los problemas auditivos?

El oído es esencial par el desarrollo del lenguaje, cuanto más rápido se detecta el problema más rápido se trata y se evita el riesgo de perder la audición.

¿Cómo se trata el problema de la pérdida del oído?

Si conserva una parte del oído, se puede amplificar por medio de un aparato. Cuando la pérdida es grave pueden aprender a hablar con señas, a leer los labios. Los terapeistas o maestros especiales le enseñan a comunicarse.

El médico especialista (otorrinolaringologo) debe precisar la ubicación del problema auditivo (oído interno, medio o externo) antes de recomendar el tratamiento adecuado.

PROBLEMAS DENTALES

¿Cuáles son los problemas dentales más comunes en los niños que nacieron “prematuros”?

- La formación anormal del esmalte (lo blanco que cubre al diente).
- Problemas de dentición, especialmente de los primeros dientes temporales o de leche. Los dientes definitivos llegan a ser normales.
- Una arcada alta del paladar.

¿Por qué son más frecuente los problemas dentales en los niños “prematuros”?

Se desconoce la causa pero algunos factores son:

- El estrés y las enfermedades graves demoran y cambian la formación normal de los dientes.
- Durante la segunda mitad del embarazo los dientes se están formando, el esmalte de calcio y fósforo. No es posible dar al “prematuro” la misma cantidad de estos elementos, que recibiría si estuviera en la matriz. Aún vitaminada la leche materna, la fórmula láctea y la alimentación por vena (NPT).
- Si el niño necesitó de ventilación mecánica. El tubo en la boca provocó deformidad en el paladar y esto, alteró el desarrollo de los dientes y las encías.

¿Cómo sabría si mi hijo tiene problemas con el esmalte de sus dientes?

A menudo los problemas sencillos no son evidentes, los más graves incluyen:

- Los dientes no son blancos, pueden ser de color gris o pardusco.
- La superficie es desigual.

¿Qué problemas puede tener, si los dientes no tienen buen esmalte?

Cuando el esmalte de los dientes no está bien formado, es más fácil que tenga caries.

¿Qué puedo hacer para prevenir la caries?

- Acostumbre a su hijo, desde los primeros dientes a cepillarse dos veces al día, por la mañana y antes de dormir.
- Nunca deje que el niño se duerma con el biberón. Puede causar que los dientes tengan caries en forma más rápida y severa.

¿Qué dientes tienen más riesgo de tener problemas?

Los dientes de leche o temporales son los más afectados por problemas del esmalte. A veces los primeros molares tienen problemas pero en menor grado. Esto incluye: los dientes delanteros (incisivos) y los primeros molares permanentes (los molares de los 6 años).

¿Qué se puede hacer con los dientes anormales?

Muchas veces los problemas dentales no son tan graves como se observan. Puede ser que lo único que necesiten sea un buen cuidado dental y un cepillado regular.

¿Qué se puede hacer con un paladar de arcada alta?

La forma del paladar puede afectar muchas cosas incluyendo el habla y la dentadura. Cuando el niño crece se determinará si requiere tratamiento de ortodoncia. La mayoría de los niños se adapta al paladar.

¿Cuándo visitar al dentista?

Se recomienda que los bebés visiten al dentista antes de cumplir su primer año de vida por el mayor riesgo que tienen sus piezas dentales. Durante la consulta el dentista le orientará sobre:

- Técnica de cepillado, uso de hilo dental.
- Orientación sobre su alimentación para ayudarlo a fortalecer su dentadura.
- Revisiones periódicas para la detección de problemas.
- Indicación de tratamientos específicos.
- Aplicación de flúor cada 6 meses.

CAPITULO XI

LA FAMILIA Y EL “PREMATURO”

LOS ABUELOS, TÍOS Y AMIGOS

¿Qué pueden hacer los abuelos, tíos y amigos?

El nacimiento de un bebé “prematuro” es un acontecimiento emocional para todo mundo. Los abuelos probablemente esperaban la llegada de un bebé sano, y es natural que quieran ayudar a aligerar el temor, el dolor, la angustia y la ansiedad, pero en ese momento no es lo que su (hijo, nuera o yerno) necesitan.

Los padres del recién nacido requieren de apoyo. Ellos están pasando por momentos muy difíciles de su vida.

¿Qué aspectos les pueden ayudar?

- **Ofrecerles apoyo.** Un abrazo, una sonrisa cálida, una lágrima, alguna señal que demuestre amor e interés.
- **Sugerir ser usted “el mediador” de la familia.** Es decir investigue exactamente ¿a quienes quieren avisar? ¿que es lo que quieren que ellos conozcan? . Sólo comunique esa información y no más.
- **Intentar aliviar la culpa.** Es natural que la madre del “prematuro” sienta culpabilidad por no haber concluido su embarazo y se sienta responsable de las condiciones y problemas del bebé. Es importante darle apoyo porque ella no tuvo ninguna culpa.
- **Ofrezca ayuda para cuidar a sus otros hijos.** Si los padres del “prematuro” tienen otros hijos y usted los conoce bien, ofrézcase a cuidarlos; pase un tiempo con la madre para que se sienta tan importante como el nuevo bebé.
- **Ayude con los deberes del hogar.** Hacer las compras, cocinar, poner en orden la casa, etc. Cuando otras personas le ofrezcan su ayuda, dígalas exactamente, qué pueden hacer en vez de despedirlos.
- **Reconocer el parto del bebé como si fuera a término.** Envíe a la madre flores. Regalos, anote el nacimiento en los acontecimientos más importantes de la familia, etc.
- **Participe en la vida del bebé con límites.** Deje que los padres disfruten un tiempo solos con el bebé, si ellos quieren que usted esté presente durante los informes médicos o consultas, sea un buen escuchador, apunte lo importante, sugiera hacer alguna pregunta si no la hacen o bien usted hágalas, si ellos lo permiten o no las quieren hacer. Es probable que usted recuerde más que ellos, más tarde comente con ellos la información para reafirmarles la información. Si no es así, respete su privacidad.
- **Acepte su preocupación por el bebé.** Expresé lo mucho que usted se preocupa cuando sus hijos enferman

- **Ayude a los padres a disminuir el estrés adicional de sus vidas.** Por ejemplo, cualquier problema personal, cualquier conflicto con la familia, quejas “poner todo a un lado”. También puede que los disculpen de sus deberes familiares tales como reuniones, cumpleaños, etc.
- **Hacer cumplidos al bebé durante la visita.** Sobre el color de su pelo, los ojos, los deseos de sobrevivir, etc.
- **Halagar a los padres.** Por su fortaleza y entereza por superar la crisis, esto les dará aliento.
- **Ayudar a su hijo, amigo o hermano a cuidarse a sí mismo.** Es decir los padres suelen enfocar toda su atención en el bebé, sin preocuparse de su salud y bienestar.
- **Sugerir ayuda profesional.** Si las presiones emocionales son demasiadas para ellos.
- **Cuando se presenten obstáculos o dificultades con el bebé.** Ayúdelos a recordar los éxitos logrados a la fecha. Aún cuando los problemas parezcan menores, no los minimice; son situaciones difíciles para los padres.
- **Ofrezca su compañía para permanecer con ellos durante sus visitas a la sala de cuidados intensivos.** A menudo los padres están solos. Puede ser un tiempo terriblemente solitario y es posible que sólo por estar ahí sea provechoso. Si rechaza su ofrecimiento, no lo vea como un insulto, más bien “respete su deseo de estar solo”.
- **Acudir en auxilio de ellos.** Puede ser durante una cirugía, un momento triste, la hora de comer, etc. Quizá le parezca a usted que solo los llama por teléfono o visita en tiempos de adversidad, pero es durante estos momentos cuando más falte les hace.
- **Comuníquese todos los días.** Aunque consista en un mensaje breve, mencione que usted está pensando en ellos. Los mensajes deben ser reales sin exagerar, optimistas, de buenos deseos, infundirles confianza.
- **Amistad.** Su amistad y comprensión debe ser incondicionales.
- **La búsqueda de ayuda espiritual.** Pueden sobrellevar mejor la pena y la angustia.

¿Qué es lo que no debe hacerse?

- Culpar a la madre, decir que ella contribuyó en los trastornos del bebé; por ejemplo “no debiste (fumar, bailar, trabajar, nadar etc.) ó si “hubieras hecho lo que te dije”.
- Tomar decisiones que solo corresponden a los padres, pues es su bebé y ellos deciden lo mejor para él.
- Expresar sus ansiedades sobre los resultados del bebé. Vivirá. Morirá, tendrá problemas futuros. Usualmente los prematuros terminan siendo mejores de lo que la familia anticipó.
- Hacer comentarios fuera de lugar. “Puedes tener otro bebé”. Si el bebé está enfermo o muriendo, no mejora la situación, ni la hace más fácil de sobrellevar. Más bien implica una falta de respeto, compasión y rechazo hacia el bebé.
- Comparar las circunstancias del bebé con otras.

- Sugerir que tener un bebé pequeño implica un parto difícil, o comentar que la madre tiene mucha suerte de no terminar su embarazo ya que los últimos meses del embarazo son inaguantables. A los padres les encantaría haber llegado a un embarazo de término con un bebé grande y hermoso.
- Comentar que les conviene recuperar el sueño atrasado, porque cuando el bebé llegue a casa, sus noches no las dormirán completas. Para ellos es difícil dormir debido a sus preocupaciones, el estrés, estar alejados del bebé y todas las circunstancias irregulares que les rodean.
- Cuestionar las habilidades del personal de enfermería y médico o de la información recibida. Los padres tienen que confiar en el personal; esto disminuye la confianza.
- Tenerles lástima. Comentar “no soporto verlos así” “están con tanto dolor”. Esto hace que los padres se sientan más ineptos y culpables.
- Decir constantemente que el bebé está tan pequeño. Los padres lo perciben como una crítica o como culpabilidad, también es posible que lo asocien con “demasiado pequeño para sobrevivir”.
- Atribuir reacciones emocionales de la madre a las “hormonas” ellas no son la razón de que la madre este triste, enfadada etc., los padres y su bebé están pasando por un punto crucial en sus vidas. Tienen miedo; la situación es completamente nueva y desconocida.
- Preguntar a los padres ¿cuando van a llevar al bebé a casa? Recuerde que esta pregunta siempre los angustiara.
- Si desconoce los problemas del bebé no opine, respete las decisiones de los profesionales.

LOS HERMANOS

Existen muchas personas, aparte de la madre y el padre que son importantes para el bebé. Tal vez sea difícil para los hermanos acostumbrarse a un nuevo bebé, sobretodo al principio. Los bebés necesitan mucha atención y a veces parece que no hay tiempo par atender a nadie más; especialmente si esta enfermo.

¿Qué debo decir a mis otros hijos?

Lo mejor es ser honesto con ellos, explique las cosas de acuerdo a su edad, los niños pequeños hacen preguntas sencillas y necesitan respuestas sencillas. Refiérase al bebé por su nombre, exactamente como un miembro más de la familia.

¿Qué reacciones pueden tener los niños, cuando su hermano está en la sala de cuidados intensivos?

Aún los más pequeños pueden intuir que usted está de mal humor, triste, preocupada; esto da principio al pensamiento de que sus vidas han cambiado.

Reacciones normales:

- Pensar que ellos causaron que el bebé llegará antes de tiempo, o que esté enfermo. El pensamiento mágico es común en los niños de 2 a 6 años. Consiste en creer que sus pensamientos o deseos pueden hacer que ciertas cosas pasen, puede ser que no estén contentos de compartir a sus padres con un nuevo hermano, esta idea también es emocionante. Quizá desearon que el bebé no naciera o accidentalmente le dieron un golpecito y ahora piensan que es la razón por la que el bebé nació o esta enfermo. Asegúrese de que sepan que ellos no son los responsables de esta situación.
- Pensar que algo que ellos hicieron o dijeron la hizo enojar o entristecer.
- Portarse mal. A cambiado el ambiente familiar y su rutina, pueden intuir que ustedes están mal. Esto los hace sentir inseguridad; para expresarse, se portan mal, es la única manera de llamar su atención. Trate de encontrar a alguien a quien quieran o les simpatice (abuelos, tíos, amigos, niñera, etc.) que les brinde su atención completa; no simplemente cuando usted sale, sino también cuando esté en casa. Tampoco abandone la rutina, como la hora de la comida, del desayuno, del descanso, jugar. Si acuden a una guardería o jardín de niños, hable con los maestros para que estén enterados de la situación. Así pueden entenderlos y prestarles más atención.
- No excluirlos. Dígalos que los quiere igual o más que antes de que llegara el bebé. Si el hospital permite que lo visiten en la sala de cuidados neonatales, llévelos para que conozcan a su nuevo hermanito.

- Pensar que ellos están enfermos. Padecen más dolores de estómago, etc. Preste más atención a sus otros hijos.
- Temor a contraer la enfermedad del bebé. La mayoría de los niños conocen por experiencia propia de las enfermedades contagiosas (resfriado, varicela, sarampión, etc.) se transmite por contacto directo. Comente que ni usted ni ellos se enfermarán, explíqueles que el bebé está enfermo porque está muy pequeño, pero que ellos son grandes y nada les pasará nada.
- Preguntarse ¿Quién me va a cuidar, cuando llegue a casa el nuevo bebé? . Demuestre a sus hijos que ellos son una parte muy importante de la familia, hableles sobre lo que pueden hacer para que el bebé sea parte de la familia. Dígales que ustedes están orgullosos de que ellos realizan actividades que el bebé no puede hacer.
- Retroceso. Cuando los niños mayores tienen mucha tensión emocional, a menudo se comportan como bebés, por ejemplo; pueden tener más "accidentes". Dejan de usar palabras ya adquiridas, se niegan a vestirse solos, quieren biberón, chuparse el dedo, hacerse pipí etc. No los castigue, ni les hable negativamente de sus reacciones. Es una manera de llamar la atención, cuando todo pase, volverá a su antiguo nivel de comportamiento.

¿Deben visitar a su nuevo hermano?

La mayoría de los hospitales, no permiten que los visiten. Varios estudios demuestran que los hermanos que visitaron al bebé en el hospital, mostraron más afecto por su hermano y su madre, en comparación con los que no lo visitaron, para los cuales continuaba siendo un desconocido. No se han identificado ningunos efectos negativos.

Los niños generalmente no demuestran temor o ansiedad. Debe de tomarse en cuenta y planear las visitas de acuerdo a la edad del niño, la duración de la visita debe estar de acuerdo a su capacidad de concentración, los más pequeños sólo quieren quedarse unos minutos. Los de 5 años necesitan más tiempo para adaptarse a la situación; los padres deben de animarlos a relacionarse con el bebé.

Los hospitales que permiten la visita a los hermanos tienen algunas reglas en común como:

- Los hermanos deben de estar sanos no presentar fiebre, gripe, diarrea, vómito, etc.
- Los hermanos no deben de haber padecido alguna enfermedad contagiosa como; varicela, rubéola, sarampión, etc.
- Los hermanos tienen que lavarse las manos y seguir los procedimientos de los visitantes adultos. Deben de estar bajo la supervisión del adulto.

- Los niños deben quedarse al lado de su hermanito, no se les permite correr en la sala.
- Prepare a los niños antes de la visita; explique el tamaño del bebé, muchas veces los niños piensan que será un compañero de juegos. Describa el lugar donde está el bebé, por ejemplo; está en una sala con muchos bebés, mucha gente y muchos sonidos (alarmas), dentro de una incubadora o cuna. Si tiene una foto del bebé explíqueles por qué los ojos están cubiertos, los alambritos que tiene en el pecho, etc. Si no tiene una foto dibuje o muestre algunas imágenes de un libro.
- Explique que los objetos que tiene conectados el bebé, no le causan daño, sino que los médicos y las enfermeras las necesitan para el cuidado del bebé.
- Explíqueles que pueden hacer durante la visita, esto incluye hablarle al bebé y tocarlo.
- Anímelos a regalarle algo al bebé, esto les ayudará a sentir que el bebé si es su hermanito y que forma parte de la familia. Puede ser un dibujo pequeño que ellos hicieron, un juguete o una cajita musical.

¿Durante la visita, que aspectos les puede preocupar?

Durante la visita de sus hijos al hospital, debe prestar atención sobre sus comentarios y reacciones emocionales, para explicarles las cosas que les preocupan o les causa temor, por ejemplo:

- ¿Por qué tiene cubiertos los ojos? ¿Por qué tiene los ojos cerrados? ¿Puede ver? ¿Duelen los monitores? ¿El suero? etc.
- Preocupaciones sobre la incubadora: ¿Podrá salir de ahí? ¿Cuándo sale?.
- ¿Crecerá el cabello del bebé? ¿Quién lo cuida?.
- ¿Cómo le dan de comer? ¿Le puedo dar de comer?.
- ¿Puedo abrazar al bebé? ¿Por qué no puedo?

Durante la visita pregunte, si tienen dudas o como se sienten respecto a su hermanito. Haga que crea que su visita le importó muchísimo a su hermanito, que sus sentimientos le importan mucho a usted y que es tan importante como el bebé.

Mi bebé se está muriendo, ¿Qué les digo?

No les mienta, no puede omitir todo, ellos observarán que está triste y angustiado. Conteste sólo lo que le pregunten, de explicaciones sencillas, no entre en detalles.

¿Qué puedo hacer para que acepten al nuevo bebé?

- Comente a sus hijos que el bebé es más pequeño y por lo tanto requiere de más cuidados.
- Si el niño mayor quiere ayudar en el cuidado del bebé, déjelo hacer cosas sencillas como traer los pañales etc.
- Que le hablen, le canten o le hagan un dibujo para su cuna, cambie los dibujos cada semana.
- No deje al bebé solo con un niño menor de 4 años, no saben que los bebés pueden lastimarse fácilmente.
- Deje que lo carguen, o lo abracen bajo su supervisión.
- Cuando estén juntos, distribuya su atención entre ambos hermanos.
- Uno de los padres puede cuidar al bebé y el otro puede jugar con los más grandes.
- Dependiendo de la edad, puede indicarles, como cuidar al bebé.

CAPITULO XII

DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACION TEMPRANA

DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACION TEMPRANA

Se considera estimulación temprana, al conjunto de acciones que en calidad y oportunidad adecuadas, ayuden a proporcionar al niño las experiencias necesarias en los primeros años de su vida para desarrollar su potencial. La estimulación psicomotriz temprana de los niños, es un proceso mediante el cual se pretende establecer el óptimo desarrollo del sistema nervioso. Tanto en las esferas psicológicas, afectivas, intelectuales y las relacionadas con el aparato locomotor. Para su realización se vale de los órganos de los sentidos y del movimiento.

Estas acciones se realizan con la participación del familiar, permiten al niño un aprendizaje efectivo, en un ambiente agradable, de afecto, de seguridad y con experiencias suficientes para garantizar oportunidades a sus potencialidades de desarrollo. Consiste en ejercicios musculares, juegos, comunicaciones verbales o de gesticulaciones, exposición de figuras, sonidos y música entre otros, que permitan atraer la atención del niño y se estimulen las facultades neuromotoras e intelectuales de acuerdo a su edad.

Es importante crear en la madre y familia, la responsabilidad que tienen en el cuidado del crecimiento, desarrollo y estimulación del niño, especialmente si fue "prematuro".

Su objetivo es ayudar al niño a desarrollar y aprovechar sus potencialidades y no acelerar su desarrollo.

Es recomendable iniciar la estimulación considerando los siguientes aspectos:

- Debe realizarse como un juego.
- Para estimular al niño deberá estar despierto y sin llanto.
- Iniciar desde los primeros días de vida del niño.
- La sobre estimulación resulta tanto o más peligrosa que la falta de estimulación. Es por eso, que hay que prestar atención a las necesidades particulares de su hijo y no sobrepasarlas.
- Debe realizarse como un juego.
- Los juegos y los ejercicios se deben desarrollar dentro de una relación afectiva necesaria por el niño.
- Llamarle siempre por su nombre.
- Iniciar con juegos y ejercicios motores amplios que faciliten el contacto corporal.
- Continuar con ejercicios, juegos y ejercicios simples conocidos por el niño para darle confianza y evitar la frustración.
- Provocar en el niño el deseo de hacer aquello que deba realizar. Jamás forzarlo.
- Acompañar los ejercicios con palabras, cantos, música y caricias.

- El niño necesita el máximo de libertad, ya que las llamadas actividades de autodesarrollo generalmente tienen lugar cuando el bebé se entrega a ellas.
- Los padres deben de recordar que cada niño es diferente y respetar las características individuales del niño.

Recuerde que en el niño prematuro, usted debe usar “la edad rectificada “ es decir, si su bebé nació 2 mese antes del término de la gestación. El niño debe de intentar hacer las actividades para los bebés de 2 meses cuando él/ella cumple 4 meses.

Recomendaciones:

- Evitar andaderas, no son seguras, propician los accidentes en el hogar. Pueden provocar pie plano, problemas de rodillas y de cadera en un futuro próximo.
- El uso de cuna con barandales favorece el mejor desarrollo físico y motor de su bebé. Evita accidentes en el hogar.
- Seguir al pie de la letra las indicaciones de acuerdo a su edad rectificada.
- En caso de observar o presentar un sintoma de alarma acudir de inmediato con su pediatra responsable.
- Existen instituciones que llevan a cabo cursos de estimulación temprana. Así como lugares donde proporcionan estimulación especial para niños que lo ameriten.
- Observe la respuesta del bebé a las actividades. En especial se deben de considerar: la mímica, expresión motora, interés y atención, condición física, condición mental y cansancio.
- Asegúrese que las actividades son realizadas en forma apropiada.

A continuación se muestra un cuadro que sirve de guía para valorar el desarrollo psicomotor y estimulación temprana. En la primera columna, las conductas que se presentan en los niños de acuerdo a su edad observada, la segunda columna explica como debe de estimular la madre a su hijo, y por último, la tercera columna explica como detectar a tiempo, los síntomas de alarma que pueden presentarse.



La participación de la familia en la estimulación temprana ayuda al desarrollo psicomotor del niño

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL
RECIÉN NACIDO**

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|--|---|
| Presión palmar y plantar, sus movimientos son incoordinados. | Estimular las palmas de la mano y plantas de los pies. Oprimiendo con un dedo la palma y la planta del pie. | No existe respuesta pupilar desde el nacimiento. |
| Mueve manos y pies extiende y cierra las manos. | Rodar al bebé sobre sus costados. | No responde visualmente a la cara humana. |
| Fija la mirada en la madre. | Hablarle con voz dulce cada que le cambie el pañal, bañe, alimento etc. Esto favorece la relación madre hijo. | El llanto suena extraño, en un tono diferente al usual o es incontrolable. |
| Las principales fuentes de estimulación, son el tacto y el movimiento. | Acaricie constantemente a su hijo durante todas las actividades | Presenta hipotonía muscular. Su cuerpo se arquea hacia atrás especialmente al cargarlo y acostarlo. |
| Reflejo de búsqueda: | Hacer cosquillas sobre la comisura de la boca del bebé. | |
| Succión/deglución | Introducir el chupón del biberón. Otorgar el pecho materno. | |
| Reflejos de maduración: Moro. | Extensión de los antebrazos del bebé, cuando cambia de ropa, de posición o al ser cargado en brazos. | |
| Babinski | Después del baño secarle la planta del pie empezando en los dedos y terminando en el talón. El hambre, frío, y el calor no los diferencia, por lo que la madre debe de cuidar los cambios de la temperatura ambiente. | |

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO
DE 2 – 3 MESES**

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|---|--|---|
| Disminuye el reflejo de presión palmar. | Realizarle ejercicios: acostar al niño boca arriba, extenderle los brazos paralelos a la cabeza y regresarlos al centro. | El pulgar permanece flexionado sobre la palma o pegado al dorso de la mano. |
| Las extremidades aún se encuentran flexionadas pero menos rígidas, comienza a abandonar la posición fetal. Puede estirar las piernas y logra quitarse la ropa de la cuna. | Dar masaje en las piernas, después doblarlas hacia el abdomen y estirarlas suavemente (bicicletas). | No sigue el movimiento con los ojos y la cabeza. |
| Fija la mirada en la persona que lo carga. | Hablarle con voz dulce cada que le cambie pañal, bañe, alimente etc. | No detiene su actividad ante los sonidos de juguetes o voz humana. |
| En posición boca abajo levanta la cabeza y la gira hacia a un lado. | Colocarlo en posición boca abajo. | Al colocarlo boca abajo no intenta levantar la cabeza. |
| Descubre sus manos, hace presión con el dedo pulgar, si se le presenta un objeto lo alcanza y lo sujeta. | Proporcionar juguetes de plástico. | No intenta alcanzar los objetos |
| Cuando se le habla aparece la sonrisa social. | Cante y hable durante sus ejercicios. Acaricielo para estimular su sonrisa, mueva las manos (mímica) | Presenta hipotonía muscular. |
| Realiza sonidos guturales. | Cante durante la realización de sus rutinas diarias Recuerde que le agrada la voz humana pero más la de su madre. | Su cuerpo se arquea hacia atrás especialmente al cargarlo. |
| A los 3 meses voltea a la fuente sonora. | Con una sonaja produzca ruido y verifique que voltea al escuchar el sonido | Duerme la mayor parte del día. |

DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO DE 4 A 5 MESES

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|---|---|
| Sostiene la cabeza y su espalda es más firme. Puede jugar con objetos y los lleva a la boca. | Sentar al bebé con apoyo y darle juguetes. Como sonajas para que se los lleve a la boca | Se encuentran rígidos los brazos, las piernas y el tronco, le cuesta trabajo doblarlos. |
| Reconoce la voz de su madre y de la persona que lo cuida. | Hablar y hacer que siga con la mirada la figura y la voz humana. Imitar sus balbuceos. | No presenta conducta social, como responder con la sonrisa. |
| Le gusta oír música y los juguetes que producen ruido. | Poner música agradable cuando duerme. Los sonidos fuertes lo asustan | Boca abajo no se sostiene con los antebrazos. |
| Responde con una sonrisa cuando lo cargan y le hablan, ríe a carcajadas. | Rodarlo en la cama, durante sus ejercicios cantarle y jugar | Muestra poco interés por los objetos a su alrededor. |
| Se emociona con los juegos grita para llamar la atención. | Jugar al escondite. Cuando despierte hablele para que se calme. | Disminuye su balbuceo y no emite sonidos como los otros bebés. |
| Duerme menos, se distrae mirando a su alrededor. | Colocar móviles de colores llamativos y juguetes giratorios. Colocar figuras en la pared o dibujos. | No sigue objetos con la mirada. |

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO
DE 6, 7 Y 8 MESES**

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|---|--|--|
| Permanece sentado apoyando sus manos por delante. | Sentarlo en su porta bebé, por periodos cortos. | A partir de este mes en lugar de mencionar síntomas de alarma, detectaremos conductas que no se dan y trataremos de que se presenten mediante la estimulación. |
| Cuando está boca arriba puede voltearse boca abajo. | Rodarlo en la cama. | |
| Se lleva los pies a la cara o a la boca y juega con ellos. | Juegue con él. | Es importante evaluar cuando existen varios comportamientos que no se presentan en una misma área. |
| Balbucea varios sonidos seguidos y sonríe. | Favorecer al balbuceo cuando le canta y le habla. | |
| Se reconoce en el espejo y acaricia su imagen. | Colocarlo frente a un espejo y ayudarlo a hacer gestos. | |
| Aparece la utilización del dedo índice. | Proporcione juguetes donde pueda introducir el dedo. | |
| Puede pasar objetos de una mano hacia la otra. | Ofrecer objetos llamativos para que los pase de un lado a otro. | |
| Le gusta golpear objetos en la mesa y palmocea en la bañera. | Cuando lo bañe invítelo a chapotear en el agua. | |
| Participa en la comunicación, balbucea, responde a palabras y acciones. | Estimular al bebé a que repita monosílabos por medio de juegos, cantos hablarle con palabras bien vocalizadas. | |
| Puede obedecer por su nombre. | Háblele por su nombre. | |
| Se pone de pie con ayuda, dobla y estira las rodillas, salta y baila. | Ayude a su bebé a brincar para que ejercite pies y manos. | |
| Puede retirarse una tela de la cara | Juegue al escondite | |

DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO DE 9 Y 10 MESES

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|--|--|
| Se mantiene sentado, intenta o ya gatea solo. Le gusta estar en el piso. | Dar oportunidad de que gatee en el piso bajo supervisión | Recuerde que si no se presentan una o más acciones es necesario estimularlo. En caso necesario acudir a su médico. |
| Llora cuando lo coloca en su cuna. | | |
| Con ayuda, se pone de pie y camina. | Ayudarlo a caminar. | |
| Aplauda y dice adiós con la mano. | Enseñarle a aplaudir y a bailar. | |
| Utiliza dedo índice y pulgar en forma de pinza. | Proporcionar pequeños pedazos de fruta para comprobar presión en forma de pinza. | |
| Le gusta sacar y meter objetos de una caja. | Ofrecer un frasco de plástico o caja, con juguetes. | |
| Sonríe ante su imagen en el espejo y la toca. | | |
| Aparecen sus primeras palabras (mamá, papá). | Ayúdele a vocalizar monosílabos. | |
| Obedece órdenes verbales y entiende por su nombre. | Siempre llámelo por su nombre. | |
| Es tímido, le causa temor las caras extrañas, se vuelve testarudo y sentimental. | Háblele con cariño para darle seguridad | |
| Identifica sonidos familiares como; el reloj, la lavadora, el timbre, su juguete favorito. | Coloque sus juguetes preferidos, a su alcance. | |
| Descubre un juguete cuando lo esconden en su presencia | Juegue al escondite. | |

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO
DE 11 A 12 MESES**

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|--|---|
| Se sostiene de pie, puede caminar con ayuda sosteniéndose de una mano o solo. .La posición de pie es su preferida. | Ofrecer juguetes y globos para que se levante, trate de alcanzarlos, y se mantenga de pie. | Recuerde que si no se presentan una o varias acciones es necesario estimularlo. En caso necesario acudir a su médico. |
| Se agacha y puede levantarse de nuevo. | | |
| Le gusta encimar cubos, puede poner objetos dentro de un recipiente. | Proporcionar cubos o tazas de plástico y mostrar como se hacen las torres. | |
| Puede tomar con la mano un lápiz y garabatear. | Dar lápiz y papel para que garabatee, al hacerlo los movimientos de la mano, se afinaran. Vigilar esta actividad para evitar accidentes. | |
| Imita las actividades y algunas actitudes de los adultos. | | |
| Repite de 4 a 5 palabras cortas. Señala los objetos que quiere. | Durante sus actividades diarias ayudar a repetir palabras cortas y el nombre de cada objeto. | |
| Obedece ordenes sencillas y al "no". | Darle pequeñas indicaciones y observar, que las realice. | |
| Le gusta la música y la relaciona con movimientos. | Bailar y cantar para estimular el lenguaje. | |
| Le gusta salir de casa, empieza a ser más sociable | Cuando salga de casa enseñe a su hijo a saludar y despedirse de la gente. | |
| Conoce los nombres de los integrantes de la familia. | Durante la convivencia diaria con la familia, dirigirse por el nombre de cada integrante | |

DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO DE 13 A 18 MESES.

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|---|---|---|
| Camina solo, corre, sube escaleras gateando. | Darle seguridad al caminar y correr. | Recuerde que si no se presenta una o más acciones es necesario estimularlo. |
| Le gusta tirar objetos o lanzarlos, patear una pelota. | | |
| Comparte la mesa durante sus alimentos, come con una cuchara aunque derrama un poco. | Darle la oportunidad de convivir durante los alimentos, no debe comer el solo. Proporcíonele cuchara y plato hondo de plástico. | En caso necesario acudir con a médico. |
| Inicia a conocer las partes de su cuerpo. | Por medio de canciones, y durante el baño enséñele, las partes de su cuerpo. | |
| Permanece solo jugando por algún tiempo y canta mientras juega. | Proporcione, juguetes y música infantil. | |
| Depende mucho de su madre, le muestra afecto. | La madre debe dejar solo a su hijo por periodos cortos, e ir aumentando el tiempo en forma gradual. | |
| También a las personas que conoce, es tímido con extraños. Se enoja y puede tirarse al piso patear y llorar. | Hablarle con cariño para dar seguridad cuando esté con extraños. Estimular las muestras de afecto. | |
| Dice su nombre y trata de repetir lo que escucha. Quiere participar en las pláticas familiares y solo realiza sonidos sin repetir palabras. | Permitir que participe en las pláticas familiares, siempre hablarle por su nombre. | |
| Se sienta solo en una silla o en un escalón. | Ofrecer sillas pequeñas. | |
| Abre la puerta y cajones explorando su contenido. | Dar cajas o frascos de plástico. | |

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO
DE 19 A 24 MESES**

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|--|---|
| Es más activo, corre, sube y baja escaleras con ayuda, sin alternar los pies. | Ayudarlo a subir escaleras, para protegerlo, colóquese detrás de él. Dibuje en las escaleras las huellas de los pies de su hijo, para que aprenda a pisar en estas. | Recuerde que si no se presenta una o más acciones es necesario estimularlo. |
| Toma una taza con la mano. Le gustan ciertos alimentos. | Ofrezca juguetes con cordón para jalarlos. | En caso necesario acudir a su médico. |
| Puede jalar un juguete con ruedas, empuja una silla, lanza objetos sin perder el equilibrio. | Enseñe a su hijo juegos de equilibrio. | |
| Guarda objetos pequeños en envases pequeños. | Ofrecer revistas, cuentos, libros. Ayúdle a identificar objetos. | |
| Salta con ayuda en un solo lugar sin alternar los pies. | Al ir a dormir es importante cantarle, leer un cuento para ampliarle su vocabulario. | |
| Pasa las páginas de un libro o revistas. Identifica figuras. | Es necesario reafirmarle el cariño que usted le tiene. | |
| Reclama la atención de sus padres al ir a dormir. Repite de 10 a 20 palabras. | Explique las situaciones peligrosas y de confianza. | |
| Es posesivo con sus cosas y padres (es mío). | Ofrecer juguetes, cuaderno, lápices de colores. | |
| Reacciona ante situaciones peligrosas. | Ayudarlo a sentarse en el baño entrenador, ofrecerle juguetes cuando lo acompañe al sanitario. | |
| Puede encimar hasta 4 cubos, uno sobre otro. Garabatea. | | |
| Comienza a adquirir el control voluntario de esfínteres. | | |

DESARROLLO PSIMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO DE 2 A 3 AÑOS

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de ayudar la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|---|--|---|
| <p>Sube y baja las escaleras alternando los pies, corre y juega con otros niños, sube a objetos altos, brinca flexionando las piernas.</p> <p>Puede pedalear un triciclo.</p> | <p>Motive a su hijo, para que participe en carreras con niños de la misma edad.</p> | <p>Recuerde que si no se presenta una o más acciones es necesario estimularlo.</p> <p>En caso necesario acudir a su médico.</p> |
| <p>Es independiente, explora a su alrededor. Es la etapa del "no". Se frustra fácilmente, hace rabietas y berrinches.</p> | <p>Incrementa su vocabulario, hacerlo que imite animales, trenes y autos, para estimular sus movimientos y el lenguaje.</p> | |
| <p>Tiene un lenguaje fluido, utiliza de 50 a 60 palabras, usa plurales y sustantivos. Al hablar junta de 2 a 3 palabras.</p> | <p>Enséñele cantos con rima.</p> | |
| <p>Pinta círculos y líneas, encima hasta 10 cubos, hace torres y un puente.</p> | <p>Proporcione papel y lápiz, observe que dibujos realiza.</p> | |
| <p>Se quita los zapatos y se los pone sin poder distinguir el pie correcto.</p> | <p>Le permite a su hijo, quitarse los zapatos, le enseña a utilizar las manos en otras habilidades como peinarse, lavarse la cara.</p> | |
| <p>Utiliza el baño entrenador.</p> | <p>Felicite a su hijo cada vez que realice, hábitos higiénicos y actividades del hogar.</p> | |

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO
DE 3 A 4 AÑOS**

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe de estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|---|--|
| <p>Rueda su cuerpo en el piso, controla mejor sus movimientos puede caminar de puntitas, brinca y despega los pies del piso.</p> | <p>Enseñe a su hijo, juegos de equilibrio (brincar el avión stop, rodarse en pasto, etc.).</p> | <p>Recuerde que si no se presenta una o más acciones es necesario estimularlo.</p> |
| <p>Conoce las partes de su cuerpo, se viste y desviste solo.</p> | <p>Le pide al niño que se ponga y quite la ropa.</p> | <p>En caso necesario acudir a su médico.</p> |
| <p>Sus movimientos son más finos: realiza dibujos específicos, traza una línea y un círculo.</p> | <p>Le permite jugar con tierra y arena, proporcionarle colores, revistas, tijeras y pegamento.</p> | |
| <p>Sabe pelar frutas, recorta y pega papel.</p> | <p>Estimularle a pelar frutas, verduras y dulces.</p> | |
| <p>Sabe su nombre completo y su edad. Sabe los nombres de sus padres. Constantemente pregunta (para qué, cómo y cuándo).</p> | <p>Conteste en forma breve y sencilla a sus preguntas, introduzca palabras nuevas y sus significados.</p> | |
| <p>Memoriza números, sucesos y cantos.</p> | <p>Ofrecer juegos de memoria y rompecabezas. Enséñele cantos nuevos.</p> | |
| <p>Le gusta contar historias mezclando fantasías y tiene tendencia a inventar y decir mentiras.</p> | <p>Contarle cuentos pedirle que los relate y ubicarlo en la realidad constantemente.</p> | |
| <p>Tiene miedo a la obscuridad.</p> | <p>Ayudarlo a que realice figuras con las sombras de la obscuridad.</p> | |
| <p>Sostiene conversaciones largas.</p> | <p>Estimular sus conversaciones</p> | |

DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO DE 4, 5 Y 6 AÑOS

| Desarrollo psicomotor normal | Como debe estimular la madre a su hijo | Síntomas de alarma |
|--|---|--|
| Mantiene el equilibrio total de su cuerpo, es seguro en sus juegos, se interesa en los deportes. | Acompáñelo en actividades infantiles en parques o en compañía de otros niños. Ambos padres deben de convivir con el niño. | Recuerde que si no se presenta una o más de las acciones es necesario estimularlo. |
| Puede brincar en un solo pie. | Realizar juegos de equilibrio. | En caso necesario acudir a su médico. |
| Demuestra interés en adquirir más conocimientos, su pregunta tienen sentido. | Contarle cuentos y estimularlo a que el elabore los suyos. | |
| Colabora en las actividades del hogar. Le gusta que lo admiren y lo gratifiquen cuando hace algo bueno. | La madre debe de gratificarlo verbalmente y lo estimula a desarrollar sus actividades. | |
| Se viste solo, no le importa el orden de las prendas, sabe abotonar y amarrar agujetas. | Dejar que el niño se vista y desvista solo, que amarre agujetas. | |
| El niño identifica colores del medio que lo rodea y pregunta el nombre de estos | Proporcionar lápices de colores, revistas fotografías, etc., para estimularlo, a que realice más preguntas. | |
| Durante la comida le gusta elegir el mismo platillo, se muestra locuaz. | | |
| Asiste al jardín de niños, convive activamente con sus compañeros en juegos organizados adaptándose a las reglas. Aprende el nombre de sus maestros y de otros compañeros. | Estimularlo a contar los sucesos ocurridos en la escuela u otro lugar. | |

CAPITULO XIII

PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES

Es responsabilidad de los padres hacer que el ambiente que rodea al bebé sea un lugar seguro donde pueda aprender y crecer. Adaptando su casa a prueba de peligros, protegerá al bebé y a sus objetos de valor contra cualquier daño.

LISTA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DIVERSAS PARA EL HOGAR

- Cambiar los pañales en un área segura donde no se pueda caer y rodar.
- Nunca dejar colgadas las cuerdas de las cortinas o persianas; el niño puede enredarse y ahorcarse accidentalmente.
- Poner puertas o barras al tope de todas las escaleras e instalar “guarda ventanas”.
- Cerrar con llave o seguro las puertas de baños, cocheras, sótano y salidas a la calle.
- Cubrir los bordes agudos y cantos de muebles y gabinetes con los cuales el niño puede chocar.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

- Conviene tener una lista de los números telefónicos (bomberos, policía, médico, etc.) en un lugar visible.
- Aprender maniobras de reanimación cardio-pulmonar para los casos de emergencia.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LA SILLA ALTA

- Debe ser firme, con una base amplia para que no se voltee fácilmente.
- Usar el cinturón de seguridad.
- La charola debe encajar en ambos lados, sin esquinas filosas.
- Los accesorios y cinturones deben ser de fácil manejo para usted y no para el bebé.
- El asiento no debe ser resbaladizo.
- No deje que se ponga de pie en la silla alta.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LO ELECTRONICO

- Poner enchufes de seguridad en todas las tomas de corriente.
- Retirar las partes flojas de las extensiones eléctricas.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LA COCINA

- No dejar que los mangos de las ollas y sartenes queden hacia fuera de la estufa, para evitar que alguien pase y vierta el contenido.
- Cerrar los cajones o gabinetes en los que guardan los utensilios como cuchillos, cubiertos, etc.
- Utilice siempre que sea posible, los quemadores posteriores de la estufa.
- No transporte recipientes calientes o líquidos mientras esté cargando al bebé.
- No deje al alcance de los niños recipientes con comida caliente o agua.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LA HORA DE DORMIR

- No acostar al niño boca arriba.
- No dejar nada en la cabecera, piecera o a los lados de la cuna.
- Verifique que la cuna sea segura, los barrotes no deben de estar a más de 6 centímetros de separación, puede quedar atrapado.
- Asegúrese de que el colchón sea firme y de tamaño justo, para evitar que quede atrapado entre el colchón y la cuna.
- Bajar el colchón de la cuna a la posición más baja, cuando el niño pueda ponerse de pie y evitar que se salga.
- Verifique que la cuna no tenga bordes filosos o astillas.
- Retirar las almohadas y juguetes grandes antes de que empiece a utilizarlos como escalón.
- Nunca deje al niño solo en la cama de un adulto, puede rodar y caerse.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LA SILLA ALTA DEL AUTOMOVIL

- Use una silla de seguridad especialmente diseñada para este fin, instálela en el asiento trasero.
- La silla debe ser adecuada al tamaño del bebé y a su peso.
- Asegúrese de instalarla correctamente, utilice los cinturones de seguridad y revise, que no quede floja.
- Vigile constantemente al bebé especialmente cuando hace mucho calor.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR INCENDIOS

- No tener al alcance de los niños cerillos y encendedores.
- Nunca dejar al niño sin vigilancia cuando esté cerca de una chimenea o calefactores empotrados.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL AGUA

- Regular la temperatura del calentador.
- Nunca dejar de vigilar al niño, mientras esté en la bañera o en el baño.
- Puede ahogarse en menos de 5 centímetros de agua, cerrar las tapas del inodoro, cisternas, evitar dejar cubetas con agua.
- Vigilarlo constantemente cuando esté cerca de ríos, piscinas, lagos, arroyos, etc.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LA COMIDA

- Evitar calentar el biberón en el microondas, es posible que el centro esté muy caliente cuando la botella al tacto esté fría.
- Nunca apoyar el biberón en alguna cobija, puede atragantarse.
- Nunca dejarlo que esté acostado boca arriba mientras come.
- Nunca deje que coma mientras esté jugando activamente, el atragantamiento a causas de trozos de comida es un verdadero peligro.

MEDIDAS DE SEGURIDAD CON LOS JUGUETES

- No darle juguetes con partes pequeñas que puedan zafarse, con bordes afilados, picos o esquinas que puedan herirle la boca o los ojos.
- Eviten muñecos de peluche o de espuma.
- Los juguetes del bebé no deben ser hechos de materiales que se rompan o astillen.
- No darle bolsas de plástico, globos sin inflar o juguetes pequeños.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL SOL

- Antes de los 6 meses el bebé no debe exponerse al sol directamente, debe ser a la sombra de un árbol, sombrilla, etc.
- Proteja la cara y los ojos del bebé.
- Evite las horas de mayor intensidad de luz solar.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LAS ARMAS DE FUEGO

- Guarde bajo llave las armas de fuego, descargadas y con el seguro puesto.
- En otro lugar aparte, con llave guarde las municiones.

MEDIDAS DE PREVENCION, CONTRA ENVENENAMIENTO

- Mantenga fuera del alcance de los niños medicamentos, limpiadores, pesticidas, alcohol, cosméticos, etc.
- Identificar que las plantas de la casa y del jardín no sean venenosas.

MEDIDAS DE SEGURIDAD DE TRÁNSITO

- No deje que jueguen en la calle.
- Tomarlo siempre de la mano para cruzar la calle o al estar en el estacionamiento.
- Enséñele como “parar y mirar a la izquierda y a la derecha” antes de cruzar la calle.

GLOSARIO

- **Alvéolos.** Sacos aéreos de los pulmones, al final de un bronquiolo.
- **Anorexia.** Pérdida del apetito.
- **Apnea.** Ausencia de la respiración.
- **Apesadumbrarse.** Disgusto en lo moral o en lo físico.
- **Aspirar.** Extraer gases o líquidos por succión.
- **Bradycardia.** Latido cardíaco anormalmente lento, por debajo de 60 latidos por minuto.
- **Crecimiento.** Aumento del tamaño del cuerpo, se mide cuantitativamente e incluye peso, estatura y perímetros; el crecimiento es un indicador muy sensible de la salud y nutrición del bebé.
- **Coordinación motriz.** Desarrollo de los grupos musculares para producir movimientos corporales eficientes.
- **Cordón umbilical.** Ombligo.
- **Disnea.** Dificultad para respirar.
- **Edema.** Acumulación excesiva de líquidos en los tejidos del cuerpo, produciendo hinchazón.
- **Eritrocitos.** Células rojas de la sangre.
- **Estertor.** Respiraciones que tienen un sonido de ronquido.
- **Embarazo de pretérmino.** Edad de gestación entre las 28 y 36 semanas de gestación.
- **Embarazo de término.** Edad de la gestación entre las 37 y 41 semanas.
- **Embarazo de riesgo elevado.** Probabilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte fetal, materna o neonatal a consecuencia del evento reproductivo.
- **Edad del embarazo.** Duración aproximada que tiene el proceso gravídico, desde su inicio hasta el momento dado se expresa en semanas.

- **Fecha probable del nacimiento.** Se aplica la regla, que consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación, y restar 3 meses al calendario, o bien agregar 40 semanas.
- **Fiebre.** Temperatura corporal elevada.
- **Flácido.** Falta de firmeza o flojo.
- **Gestación.** Embarazo.
- **Hipotonía.** Disminución de la tensión muscular que impide mantener firme la postura en contra de la gravedad e iniciar un movimiento.
- **Muerte perinatal.** Defunción del producto de la concepción desde que el embarazo cumple 21 semanas, hasta los 28 días de nacido.
- **Paro cardíaco.** Supresión de la acción del corazón.
- **Período neonatal.** Se emplea en función del recién nacido y comprende desde el nacimiento hasta 28 días después. Comprende 2 etapas; **período neonatal inmediato** que se refiere a la primera semana y el **período neonatal tardío** que incluye a las 3 semanas siguientes.
- **Paro respiratorio.** Supresión súbita de la respiración.
- **Pausa.** Intervalo para reposos o de mejoría.
- **Recién nacido o neonato.** Se aplica al producto de la concepción proveniente de un embarazo de 20 o más semanas, desde su nacimiento hasta que cumple 28 días de edad. Se emplea tanto para los productos vivos o muertos.
- **Recién nacido de alto riesgo.** Es aquel que tiene una alta probabilidad de presentar un impedimento físico, intelectual, social o de la personalidad que pueda dificultar el crecimiento, el desarrollo normal o su capacidad para aprender.
- **Recién nacido inmaduro.** Se aplica al neonato cuyo peso al nacer se encuentra entre los 501 y 1000 gramos. Habitualmente su edad gestacional es de 21 a 27 semanas.
- **Recién nacido prematuro.** Neonato que tiene un peso de 1001 a 2500 gramos. Generalmente su edad gestacional es de 28 a 36 semanas.
- **Reflejo de moro.** Aquel en el que al estimular a un recién nacido, éste eleva la pierna y cruza sus brazos sobre su pecho en posición de abrazo.

- **Reflejo de búsqueda.** Consiste en que el niño gira la cabeza hacia cualquier cosa que toque su mejilla, como medio de alcanzar alimento.
- **Soplo.** Sonido anormal que resulta de la turbulencia circulatoria.
- **Sufrimiento fetal.** Estado crítico del feto, debido a alteraciones metabólicas manifestada por alteraciones de la frecuencia cardíaca, y en ocasiones con presencia de meconio en el líquido amniótico
- **Taquicardia.** Latido cardíaco rápido anormal, más de 100 latido por minuto.
- **Tráquea.** Tubo de pared delgada, de tejido membranoso y cartilaginoso, que desciende desde la laringe hasta los bronquios transporta aire a los pulmones.
- **Vía aérea.** Conducto por donde circula aire a los pulmones.

BIBLIOGRAFIA

Dr. V. Garza ESTRADA.

Manual de enfermería Pediátrica 2.

Cuarta edición. Ed. Nueva EDITORIAL Interamericana, S.A. DE C.V.

México D.F. 1986.

Pag. 52-89.

M.E. Avery, H.W. Taeusch.

Enfermedades del recién nacido.

Quinta Edición, Ed. Interamericana, MC GRAW HILL.

México D.F. 1988.

Pag. 58-97, 116-225.

Gordon B. Avery.

Neonatología, Fisiopatología y manejo del recién nacido.

Tercera Edición, Ed. Médica Panamericana.

México D.F. 1990.

Pag. 75-107, 119-129, 282-310, 317-331, 347-365, 372-287, 408-533, 544-795, 1171-1293.

L.F. Witley, D.L. WONG.

Tratado de enfermería Pediátrica.

Segunda Edición, Ed. Interamericana. MC GRAW HILL

México, D.F. 1998.

Pag. 131-162, 577-618.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Contrato colectivo de trabajo.

Ed. IMSS.

México D.F. 1993.

Pag. 11-224.

H. Mondragón Castro.

Obstetricia Básica Ilustrada.

Tercera Edición Ed. Trillas.

México, D.F. 1997.

Pag. 37-75, 163-227, 307-389, 459-505

D. L. Levin, F.C. Morris, G. C. Moore.
Guía Práctica de Cuidados Intensivos Pediátricos.
Ed. Salvat Editores, S.A.
México, D.F. 1983.
Pag. 3-11, 57-60, 173-183, 208-210, 267-285.

J. W Graef, T.E. Cone.
Manual de Pediatría Terapéutica Pediátrica.
Tercera Ed. Salvat Editores, S.A.
México D.F. 1988.
Pag. 211-261, 269-485.

J.R. Hageman, M.D.
Clínicas Pediátricas de norteamérica volumen 5.
Ed. Interamericana, MC GRAW HILL
México, 1993.
Pag. 997-1011.

M.H. Klaus, A.A. Fanaroff.
Asistencia al recién nacido de alto riesgo.
Tercera Edición, De Médica Panamericana.
México D.F. 1991.
Pag. 89-226, 263-310.

C.F. McLennan, E.C. Sandberg.
Compendio de Obstetricia.
Novena Edición, Ed. Interamericana.
México, 1977.
Pag. 196-204, 408-420.

M.G. Gómez.
Temas selectos sobre el recién nacido prematuro.
Ed. Distribuidora y editora Mexicana, S.A. de C.V.
México, 1996.
Pag. 19-39, 91-177, 193-226, 228-260, 351-371.

Dr. S. Karchmere, K.
Normas y procedimientos de neonatología.
Ed. Organón Mexicana, S.A.
México 1990.
Pag. 31-104.

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Normatividad en salud infantil.
Ed. IMSS.
México 1997.
Pag. 27-63, 71-84.

Pagina de internet.
Dirección.
<http://www2.medsch.wisc.edu/childrenshosp/Preemie-Parent:-Sp/spotc.html>.
Para los padres del bebé prematuro.
Pag. 1-120.

Pagina de internet.
Rutinas estandarizadas de los cuidados del neonato.
Internet <http://www.hnn.sa.cr/rutina.html>.
Pag. 1-99.

Curso taller de
Estimulación Temprana. Material de Apoyo.
ENEO/UNAM/CIMIGEN.
14-16 de mayo de 1998.
Pag. 1-113.

Pedagogía y Psicología Infantil.
Biblioteca práctica para padres y educadores.
El lactante.
Madrid España 1996.
Pag. 7-201

Pedagogía y Psicología Infantil.
Biblioteca práctica para padres y educadores.
La primera infancia.
Madrid España 1996.
Pag. 7-201.

Pedagogía y Psicología Infantil.
Biblioteca para padres y educadores.
Madrid España 1996.
El periodo escolar.
Pag. 7-81.

Lacy Gomella Tricia.
Neonatología. Manuales clínicos.
Editorial Médica Panamericana.
México, 1992.
Pag. 32, 124-127, 147-149, 166-185, 328-330, 344-380.

Keith L. Moore
Embriología Básica.
Editorial Ineramericana.
México D.F. 1993
Pag. 1 a 88.

Nelson Waldo E.
Tratado de pediatría.
Editorial Interamericana.
México D.F. 1992.
Pag. 16-31, 505-630.

Klaus H. Marshall Fanarff A. Arroy.
Asistencia del recién nacido de alto riesgo.
Editorial Médica Panamericana.
Tercera edición.
México D.F. 1991.
Pag. 41-42, 111-150, 143-144, 161-166, 210-213, 273-282, 387, 305-148.

Manual de enfermería INPer.
 Unidad de cuidados Intensivos Neonatales.
 Pag. E.N. 4.2.5 -1--4.2.5-3, E.N. 1.4-1-3, E.N.2.2-1---2-2, E.N.8.8---2, E.N.8.6-1, S.N. 7-1---7-3, E.N. 8.5-1 8.5-3. P.N. 1.3-1, P.N.11.5-1---11.5-5.

Nieibly, Jennifer R. John W. Johnson.
 Inhibición del parto prematuro.
 Clínicas Obstetricas y Ginecologicas Volumen 1.
 Editorial Interamericana.
 México, 1980.
 Pag. 111-121.

Enrique Udaeta Mora.
 Surfactante exógeno: nueva perspectiva para el pretermino.
 Revista del hospital infantil de México.
 Revista médica.
 Pag. 735-743.

Isaias Rodríguez - Balderrama. Isidro. Gamboa – Cazares y Carlos H. Lázaro González.
 Utilización del surfactante exógeno en la enfermedad de membrana hialina.
 Revista del hospital infantil de México.
 Revistas médicas.
 Pag. 744-749.

José Luis Masud Yunes – Zorra, Norma Inés Velázquez - Quintana.
 Ventilación asistida en la etapa neonatal.
 Revista del hospital infantil de México.
 Revistas médicas.
 Pag. 482-495.

Francisco Aguilar Rebolledo y Leticia Belmont – Martínez.
 Síndrome de hipertensión intracraneana en pediatría.
 Revista del hospital infantil de México.
 Pag. 505-519.