



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[PREVENCIÓN ANTE LA
AMENAZA DE PARTO
PREMATURO]**

Autora: María Sánchez Renilla

Tutora: Rosa María Hernández Salgado

Resumen:

La prematuridad supone un gran impacto para el sistema sanitario y las familias que tienen un bebé nacido antes del periodo gestacional normal, que transcurre entre las 37 y 42 semanas. Aunque se han desarrollado técnicas de avance para el cuidado de las madres en el periodo preparto y de los prematuros tras el nacimiento, el porcentaje de partos pretérmino, así como el de secuelas, sigue siendo elevado.

Se desarrollarán diferentes actividades que se llevan a cabo en la prevención primaria sobre la gestante y el futuro recién nacido, que están encaminadas a evitar la aparición o disminuir la probabilidad, así como a reducir el riesgo, realizando un buen control del embarazo desde su inicio.

Dependiendo de la edad gestacional, se determinará la viabilidad del recién nacido, además de los cuidados y tratamientos a proporcionar. El personal sanitario, en especial las enfermeras, debe incidir en los cuidados centrados en el neurodesarrollo, siendo una de las acciones más importantes para evitar secuelas neurológicas en un futuro, junto con la promoción del contacto piel con piel, el método canguro y la instauración de la lactancia materna, si la madre lo desea.

Tras el periodo hospitalario, el bebé será sometido a un minucioso control durante los sucesivos años por parte de un equipo multidisciplinar sanitario. De igual manera, el 'Centro de Atención Temprana' comprende la atención a niños de 0 a 6 años, sobre los que se pretenden desarrollar las capacidades intelectuales.

Palabras clave: amenaza de parto prematuro (APP), recién nacido pretérmino y neurodesarrollo infantil.

Abstract:

Prematurity supposes a great impact on the health system and the families that have a baby born before the normal gestational period which passes between 37 and 42 weeks. Although plenty of skills have developed for the care of the mothers in the antenatal period and for the premature babies after the birth, the percentage of preterm deliveries and the consequences are still high.

Different activities will be carried out for the primary prevention on the pregnant woman and the future new-born. Their purposes are avoiding the appearance or decreasing the probabilities as well as reducing the risk, making a good control during the pregnancy from the very beginning.

Depending on the gestational period, the viability of the new-born will be determined, in addition to the cares and the treatments. The health professionals, especially the nurses should focus on the NIDCAP ('Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program'). This is one of the most important things to prevent neurological effects in the future, besides the skin-to-skin contact, the kangaroo method and the promotion of the breast feeding, if the mother wishes it.

After the hospital period, the baby will be subjected to a detailed control for the next years by a multidisciplinary health team. Likewise, the 'Centro de Atención Temprana' includes the attention to children from 0 to 6 years old, to promote their intellectual capacities.

Key words: risk of preterm deliveries, premature baby and neurodevelopment of children.

ÍNDICE

1. Introducción	- 1 -
2. Objetivos	- 5 -
3. Material y métodos.....	- 6 -
4. Desarrollo.....	- 7 -
4.1. Prevención primaria sobre la gestante	- 7 -
4.1.1. Factores etiológicos de la Amenaza de Parto Prematuro (APP).....	- 7 -
4.1.2. Intervenciones de enfermería sobre la gestante. Control del embarazo .-	8 -
4.2. Prevención primaria sobre el feto	- 9 -
4.2.1. Maduración pulmonar.....	- 9 -
4.2.2. Protección neurológica	- 10 -
4.3. Actuaciones después del nacimiento	- 11 -
4.3.1. Sobre la puérpera	- 11 -
4.3.1.1. Apoyo en la lactancia materna	- 11 -
4.3.1.2. Apoyo psicológico. Educación para la salud (EPS).....	- 12 -
4.3.1.3. Acceso a las unidades de neonatología	- 12 -
4.3.2. Sobre el recién nacido.....	- 13 -
4.3.2.1. Alimentación con lactancia materna. Banco de leche.....	- 13 -
4.3.2.2. Atención centrada en el neurodesarrollo.....	- 13 -
5. Resultados	- 16 -
6. Discusión.....	- 19 -
7. Bibliografía.....	- 23 -
8. Anexo I.....	- 23 -
8.1. Entrevista personal.....	- 26 -

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define prematuro a un bebé nacido vivo antes de finalizar las 37 semanas de gestación (SG). En función de la edad gestacional, los pretérminos se clasifican en:

- Prematuros extremos (<28 semanas).
- Grandes prematuros (28 a 32 semanas).
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas) (1).

Otra definición de prematuro, conforme a la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), es aquel que nace entre las semanas 22 y 37 de gestación, y con un peso inferior a 2,500 gramos. De igual manera, define la amenaza de parto prematuro (APP), como el proceso clínico sintomático que concluye con el parto antes de finalizar la 37 SG (2).

En cuanto al peso del recién nacido prematuro, podemos catalogar 3 grupos:

- Bajo peso: <2.500 gramos.
- Muy bajo peso: entre 1.000 y 1.500 gramos.
- Extremo bajo peso: <1.000 gramos (3).

La prematuridad constituye la primera causa de mortalidad neonatal, y una de las más importantes de tasa de morbilidad (4). Actualmente en España este índice supone el 9,5%. Por otro lado a nivel mundial nacen alrededor de unos 15 millones de bebés antes de la fecha probable de parto, y la supervivencia de estos depende de los ingresos de los países, estimándose que en los países cuyos ingresos son bajos, el 50% de los prematuros con edad gestacional menor a 32 semanas, no sobreviven por no recibir cuidados esenciales como, por ejemplo, evitar la pérdida de calor o no poder ser atendidos en un ámbito hospitalario (1).

Nacer fuera del periodo normogestacional (37 a 42 semanas), supone un gran impacto para la madre y el neonato, ya que derivará en una serie de consecuencias que tendrán repercusión en la vida de ambos.

Aunque la tasa de supervivencia ha mejorado durante las últimas décadas debido a los avances científicos en el cuidado neonatal, la morbilidad se mantiene inalterada. Esto ha provocado un efecto de urgencia en los Gobiernos y en el estudio de los mecanismos que desembocan en un parto prematuro (PP), así como en nuevas estrategias para la prevención y el tratamiento. El principal reto es desarrollar estrategias preventivas para reducir la incidencia de prematuridad, las cuales se basan en la heterogeneidad de la etiología de ésta, normalmente asociado como un síndrome. Para vencer este desafío, es esencial desarrollar estas estrategias cuyo propósito sea activar secuencias biológicas para remodelar el cuello cervical, la rotura de membranas y la contracción uterina, entre otras (5).

La dificultad para realizar las citadas estrategias de prevención radica en la etiología multifactorial. Las tres principales subcategorías de PP son las siguientes:

- Parto prematuro espontáneo (50%).
- Parto por problemas maternos o fetales (30%).
- Rotura prematura de membranas (20%).

Los principales factores de riesgo para PP incluyen: edad, etnia, estado nutricional, antecedentes previos de parto pretérmino, gestación múltiple, hábitos tóxicos, flora vaginal alterada y presencia de infecciones. Junto con otras patologías como obesidad, hipertensión o diabetes, interfieren en la incidencia de PP (6).

Además, hay cinco vías biológicas que conducen a este proceso:

- Infección e inflamación intrauterina.
- Degradación de la matriz extracelular.
- Alteraciones del metabolismo de los estrógenos.
- Activación del eje pituitario del hipotálamo de la madre y del feto debido al estrés.
- Anomalías fetales.

Estas vías no son exclusivas, y su inicio y activación no son claros. Igualmente múltiples factores exógenos y endógenos pueden iniciar multitud de vías biológicas que permanecen incompletamente definidas y terminan finalmente en un PP (7).

El conocimiento de muchos de los factores de riesgo que pueden provocar un PP, no significa que determinar alguno de estos en una mujer embarazada antes de la 37 SG, signifique que el proceso del parto tenga comienzo con certeza. El hallazgo de estos factores permite una intensa observación y control de la mujer embarazada, además de lo que se debe evitar. Independientemente de que estos factores de riesgo se conozcan y se eviten, el porcentaje de partos prematuros no ha cambiado durante los últimos 10 años. Junto a los factores mencionados anteriormente, también se incluyen los factores sociales y comportamentales, como por ejemplo, excesiva jornada laboral, violencia doméstica y altos niveles de estrés (8).

Es importante destacar la diferencia entre un bebé pretérmino, de un bebé pequeño para la edad gestacional (PEG), y un crecimiento intrauterino retardado (CIR). Un bebé prematuro es aquel que nace antes de finalizar la 37 SG. El término PEG se refiere a un punto en una curva de peso, es decir, es un concepto estático que utiliza el peso/talla en el momento del nacimiento, ya que presentan un peso al nacer inferior al percentil 10 de los bebés de la misma edad gestacional; mientras que el término CIR se refiere a un patrón de crecimiento en un periodo de tiempo, es un concepto dinámico. Esta última explicación implica una disminución en la velocidad de crecimiento del feto, no alcanzando su potencial de desarrollo, con independencia de que el peso al nacer esté o no por debajo de los límites de la normalidad para sus estándares poblacionales (9).

En la actualidad, gracias a los avances científicos y a las nuevas técnicas que se realizan a los grandes prematuros, la supervivencia ha mejorado, sin aumentar por ello las secuelas a corto y largo plazo. Sin embargo, éstas causan anomalías congénitas hasta en el 35% de los lactantes nacidos antes de término, así como una notificada desventaja neurológica del mismo porcentaje (10). Las secuelas más frecuentes que existen entre los prematuros son los retrasos madurativos o psicomotores y patología pulmonar crónica, así las tasas de supervivencia y de secuelas dependiendo de la edad gestacional son (11):

Semanas Edad Gestacional	Supervivencia	Secuelas
35-37	98-100%	0%
30-34	95%	15%
28-29	80-85%	30%
<28	50-70%	50%

El índice de supervivencia de los neonatos con un peso superior a 1.500 gramos es elevado, pero también lo es la mortalidad en los de menor peso. A pesar de los cuidados especializados de las unidades de cuidados intensivos, estos niños pueden presentar secuelas que afectarán de forma importante los primeros años de vida del niño, o incluso, durante toda su vida (12).

El diagnóstico de una APP es de vital importancia ya que supone un cambio drástico para el bienestar materno y fetal. Este se realiza en función de la clínica encontrada. Pueden aparecer contracciones uterinas y cambios en el cérvix. Para diferenciar las contracciones de las normales del embarazo, llamadas Braxton-Hicks, se deben de cumplir una serie de criterios:

- Deben ser dolorosas y palpables.
- Tener una duración de, al menos, 30 segundos.
- Conservar una frecuencia mínima de 4 en 20 minutos, o bien, 8 en 1 hora.

El cérvix no debe presentar menos de un 80% de borramiento y 2 cm de dilatación. Si el cuello cervical no se modifica, hay dos métodos para determinar las posibilidades de finalizar en un parto pretérmino, como son la cervicometría y la fibronectina fetal. La cervicometría determina la longitud del cérvix, medido por una ecografía transvaginal, así, las mujeres que presenten un cérvix corto tienen más riesgo de padecer un PP (4). El examen de fibronectina fetal es un marcador importante además, de ser necesario para la adhesión y desarrollo del feto, y de la superficie interna del útero, y en función de los resultados obtenidos, se calculará un valor predictivo

positivo (VPP), o un valor predictivo negativo (VPN), determinando de esta manera la prolongación del embarazo o el inicio del mismo (13).

Tras evaluar el diagnóstico, pueden llevarse a cabo distintos tratamientos para finalizar la APP. Este consiste en reposo absoluto, administración de corticoides y de fármacos tocolíticos, cuyo objetivo es inhibir la dinámica uterina además de completar la maduración pulmonar fetal y la neuroprotección. Igualmente, esto se suplementará con antibioterapia si existieran evidencias de infección (14).

2. Objetivos

- Objetivo General:
 - Determinar las intervenciones sobre la gestante para reducir el riesgo de APP.
- Objetivos Específicos:
 - Prevenir los nacimientos antes de término.
 - Reducir las complicaciones de un nacimiento pretérmino.
 - Aumentar las capacidades del recién nacido prematuro.

3. Material y métodos

Para llevar a cabo este TFG, realicé una revisión de bibliográfica de la APP, en términos en los que se hace referencia a cómo ha sido la evolución de estos embarazos a lo largo de tiempo, la etiología multifactorial, las posibles complicaciones sobre la gestante y el recién nacido, así como las actuaciones sobre estos, los beneficios en la prevención y las intervenciones de enfermería en el periodo postparto.

Durante el periodo comprendido entre 2010-2017 sobre artículos que tratan la etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la APP, en bases de datos especializadas en ciencias de la salud como: PubMed y Medline; revistas de la salud: Revista de la Editorial Elsevier; y bases de datos estadísticos: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).

He consultado también libros de la Biblioteca de la Universidad de Valladolid (BUVa) relacionados con la enfermería materno-infantil, enfermería maternal, obstetricia para matronas y enfermería neonatal, entre otros.

Consultamos con las matronas de Unidad de Bienestar Fetal del Hospital Universitario Río Hortega (HURH), y del Centro de Salud Delicias I y II, para conocer la forma de detectar embarazos con factores de riesgo de APP, así como la actuación y las recomendaciones a este grupo de embarazadas.

Los criterios de búsqueda se han establecido en función de las bases de datos utilizadas, alternando con Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y lenguaje en inglés y en castellano, excluyendo artículos publicados en otros idiomas.

Igualmente, me he ayudado del gestor de referencias bibliográficas Zotero, para realizar correctamente la bibliografía.

Por todos los motivos citados anteriormente en la introducción y por propio interés personal, me decidí a realizar mi TFG sobre la APP en concreto por la prevención, ya que considero que si se realizara una adecuada prevención y también un correcto tratamiento, se podrían evitar aún más los partos prematuros, ya que esto supone un gran problema tanto en el ámbito familiar, como en el sanitario.

4. Desarrollo

4.1. Prevención primaria sobre la gestante

Entendemos la prevención primaria como todas aquellas medidas encaminadas a evitar la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, o en este caso específico, la manifestación de un PP; e incluye actividades e intervenciones como por ejemplo: orientación familiar, evitar hábitos tóxicos, prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), vacunaciones indicadas durante el embarazo (15)...

4.1.1. Factores etiológicos de la Amenaza de Parto Prematuro (APP)

El parto prematuro se puede producir de manera electiva o espontánea. El primero es consecuencia de complicaciones durante el embarazo que obligan a realizar el parto antes de término para favorecer el bienestar materno-fetal. Mientras que el segundo es el que se produce sin ningún tipo de intervención (15).

Algunas de las causas maternas que inducen una finalización anticipada de la gestación son las siguientes (12):

- *Edad materna:* las mujeres menores de 16 años y mayores de 40, tienen mayor riesgo de sufrir un PP, además de las gestantes que tienen una talla y un peso inferiores a 1,5 m y 50 kg, respectivamente.
- *Nivel socioeconómico:* en los países con pocos recursos económicos existe una mayor incidencia de PP, ya que el estado nutricional de las gestantes normalmente es inadecuado, debido a una dieta hipocalórica e hipoproteica, por lo que desencadenan un peso inferior en el neonato.
- *Primíparas:* la tasa de prematuridad aumenta en intervalos de gestaciones menores de 2 años.
- *Hábitos tóxicos:* el consumo de tabaco, de alcohol y otras drogas durante el embarazo está relacionado directamente con el peso del neonato, debido a un menor flujo sanguíneo placentario.
- *Ejercicio físico:* realizar actividad física de forma moderada reduce la posibilidad de sufrir un PP, sin embargo el ejercicio intenso o el trabajo sin descanso, aumentan la misma.

- *Complicaciones:* hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), obesidad, enfermedades cardíacas y renales, alteraciones tiroideas, antecedentes de PP, anomalías uterinas, hemorragias, placenta previa, rotura prematura de membranas o desprendimiento previo de la placenta, e infecciones, normalmente urinarias; son factores desencadenantes de PP (16).

4.1.2. Intervenciones de enfermería sobre la gestante. Control del embarazo

El cuidado prenatal de la mujer debe iniciarse lo más precozmente posible, proporcionando una educación sanitaria adecuada mediante información sobre temas de sexualidad, planificación familiar... Todo esto mantendrá la salud física y psíquica de la gestante, asegurará el crecimiento y desarrollo del feto, y diagnosticará precozmente las posibles complicaciones durante el embarazo.

En la primera visita se valorará el estado de salud elaborando así la historia clínica y cartilla del embarazo, con todos los datos y antecedentes de la paciente, además de la fecha probable de parto (FPP) conociendo la fecha de última regla (FUR) a través de la fórmula de Naegele: $FPP = FUR + 7 \text{ días} + 1 \text{ año} - 3 \text{ meses}$. Se descartarán la existencia de patologías y se realizará de forma sistemática, durante los tres trimestres del embarazo, una medición de tensión arterial y peso, analítica sanguínea, valoración de presencia de edemas en extremidades y control ecográfico por parte del médico ginecólogo. Se evaluarán los distintos signos y síntomas que aparezcan cronológicamente, además de una actitud correcta a este proceso vital materno; se realizará también una exploración obstétrica completa, estudiando el estado de las mamas y pezones, el crecimiento del útero, el estado de la vagina y del cuello uterino, y la presencia de estrías o varices. Junto a lo anterior, se realizarán ecografías para determinar el crecimiento fetal, la edad gestacional, el número de fetos, la implantación de la placenta, las posibles malformaciones fetales y la cantidad de líquido amniótico. Del mismo modo se realizará el cribado de diabetes gestacional, con la prueba de O'Sullivan y en algunos casos también será necesaria la sobrecarga oral de glucosa; de triple screening, para detectar la posibilidad de padecer el síndrome de down u otras cromosomopatías; de inmunidad o contagio ante toxoplasma, rubeola, VIH, sífilis y hepatitis B; de incompatibilidad del grupo sanguíneo o Rh; de estreptococo beta-

hemolítico. Se llevarán a cabo también las vacunaciones indicadas durante el embarazo, a partir de la 28 SG, como son la DT (difteria, tétanos) y la gripe.

Una correcta educación sanitaria a la mujer gestante es esencial para lograr un embarazo saludable y evitar una posible APP y con ello, un PP.

Es necesario mantener un apropiado hábito alimenticio realizando una dieta equilibrada, ya que el peso del RN está directamente relacionado con la ingesta materna y con su estado nutricional. Durante la gestación se sintetizan nuevos tejidos y esto justifica un aumento de unos 10-11kg, aunque esto varía en función de las recomendaciones de cada país. Se deberán cubrir las necesidades energéticas, proteicas, glúcidas, lípidas, hídricas, vitamínicas y de sales minerales. Estas últimas se suplementarán de forma oral con ácido fólico y/o hierro.

Igualmente se debe preservar unos convenientes hábitos higiénicos, prestando un cuidado especial a la piel, la boca y las mamas. Del mismo modo, la sexualidad durante la gestación puede verse afectada, debido a la presencia de vómitos y náuseas sobretodo en el primer trimestre; sin embargo se puede mantener inalterada y llevar a cabo los hábitos sexuales preconceptionales.

La mujer embarazada debe realizar actividad física, ya que favorece la circulación de retorno y se evitan de esta manera, las varices. Se aconseja ejecutar el ejercicio más accesible a la gestante y mantener un adecuado descanso nocturno (17).

4.2. Prevención primaria sobre el feto

4.2.1. Maduración pulmonar

El uso de corticoides intramusculares, como betametasona o dexametasona, ha revelado la reducción a la mitad de la mortalidad neonatal, el síndrome de distrés respiratorio (SDR), la enterocolitis necrotizante, la hemorragia ventricular y las necesidades de surfactante neonatal, oxigenoterapia y ventilación. La utilización de estos fármacos está indicada, fundamentalmente, para la maduración del pulmón.

Se recomienda la administración de un único ciclo de corticoides entre las 23 y 34 SG, ya que se ha demostrado que ciclos de repetición pueden ocasionar una disminución del crecimiento fetal y del desarrollo cerebral, y un mayor riesgo de infección, e incluso

alteraciones a largo plazo como hipertensión arterial (HTA), aumento de la resistencia de insulina, modificaciones del comportamiento (4, 15)...

4.2.2. Protección neurológica

Los prematuros nacidos antes de la 30 SG poseen un elevado riesgo de lesiones cerebrales. Se ha confirmado que la aplicación de sulfato de magnesio ($MgSO_4$) intravenoso o intramuscular tiene efectos neuroprotectores sobre el feto, que también se ha empleado durante décadas para la profilaxis de las convulsiones en caso de eclampsia.

Existen abales científicos que consideran que el uso de magnesio en pacientes con riesgo de PP antes de la 37 SG, reduce significativamente la incidencia de parálisis cerebral, así como la disfunción motora (18).

La guía de la Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología, establece en el 2011 unas recomendaciones entre las que destacan:

- Ante la APP por debajo de la 32 SG se considera el tratamiento con sulfato de magnesio.
- El tratamiento se suspenderá si el parto no ha ocurrido tras 24 horas de su inicio.
- No hay evidencia de que la administración de nuevos ciclos sea beneficiosa.
- El tratamiento consisten en un bolo de 4g vía intravenosa, seguido de una infusión continua de 1g/hora, hasta el parto.

A estas recomendaciones se unió la SEGO en 2012 (15).

Los efectos adversos más comunes en la madre durante la administración de esta terapia son: sudoración, náuseas, vómitos, irritación de la piel, e incluso candidiasis. Además, incrementa hasta en un 50% la hipotensión y la taquicardia.

Del mismo modo, también influye el tiempo de clampaje del cordón umbilical postparto en la aparición de hemorragias cerebrales, de tal manera que cuando es clampado un minuto después del nacimiento del RN, la tasa de hemorragia es del 35%, comparada con un 77% cuando es clampado inmediatamente, ya que se reduce el riesgo de hipoperfusión de oxígeno al cerebro. Igualmente el clampaje tardío puede ocasionar un incremento en los factores de coagulación y células madres, lo que es otro factor neuroprotector.

Por otro lado, existen estudios en los que el uso de estradiol y progesterona, en tratamiento postparto, tienen efectos neuroprotectores en términos de lesiones hipoxémicas; ya que en el tercer trimestre de embarazo la concentración de estas hormonas aumenta hasta 100 veces sus valores normales, y esto se suprime bruscamente en los PP (18).

Se ha demostrado también que la administración de suplementos en el periodo preconcepcional y gestacional, como el ácido fólico y el hierro, pueden ser beneficiosos en la prevención de alteraciones en el embarazo, como es el caso de la APP. El ácido fólico es crucial y necesario para los diferentes estadios del desarrollo de la placenta ya que modificaciones en la exposición de esta, pueden estar asociados al desarrollo de un PP (19).

4.3. Actuaciones después del nacimiento

4.3.1. Sobre la puérpera

4.3.1.1. Apoyo en la lactancia materna

El nacimiento de un RN prematuro supone una difícil disposición para lograr una lactancia materna eficaz, ya que existe una separación de madre e hijo, principalmente, debido al ingreso de éste en las unidades neonatología, y además de la posible patología que padezca el prematuro.

La leche materna es especialmente beneficiosa para los pretérminos, debido a que posee numerosas ventajas para su desarrollo. Es capaz de reducir la incidencia de enterocolitis necrotizante, muy habitual en los prematuros, mejora la tolerancia digestiva, minimiza las infecciones al fortalecer el sistema inmunológico, consigue un excelente neurodesarrollo del RN, disminuye la retinopatía del prematuro, y contribuye a largo plazo, a minimizar el riesgo del síndrome metabólico y a disminuir la tensión arterial (TA) y el LDL en sangre.

Tras este evento, normalmente inesperado, las madres se encuentran en desconocimiento acerca de la técnica de la LM. Los profesionales sanitarios son los encargados de informar acerca de la extracción y conservación de la leche, de la alimentación a su bebé con su leche por gravedad, con jeringa o con una bomba de infusión continua (BIC), a través de una sonda orogástrica, y del contacto piel con piel a

través del método canguro, cuando su hijo/a esté en disposición de salir de la incubadora en la que se encuentre, ya que además, este método disminuye la ansiedad en los padres y mantiene las constantes vitales y el control del dolor en el RN, entre otros.

Se deben calmar las inquietudes y recordar que es un proceso lento y dificultoso; se fomentará la succión al pecho cuando sea oportuno y se explicará la técnica de lactancia, así como las diferentes posiciones de amamantamiento (20).

4.3.1.2. Apoyo psicológico. Educación para la salud (EPS)

Tras este acontecimiento drástico, se necesita un periodo de adaptación a la situación. Los padres en numerosas ocasiones, muestran sentimientos de culpa y de impotencia.

El profesional sanitario debe aconsejar de las actitudes correctas para afrontar de una manera adecuada el proceso, orientará sobre el ambiente en la unidad de neonatología (en cuanto a lavado de manos, horario de visitas, mínimos ruidos...), animará a la expresión de los sentimientos y hablar abiertamente de la circunstancia, recordará que existe apoyo e informará del estado de salud de su bebé, así como los tratamientos, cuidados y pronóstico (10).

4.3.1.3. Acceso a las unidades de neonatología

El RN estará ingresado en Unidad de Hospitalización de Cuidados Neonatales durante el tiempo necesario hasta su recuperación

Generalmente el periodo de tiempo abarca hasta cumplir la edad gestacional que tendría hasta el momento del parto, si hubiera sido un recién nacido a término, pero no sólo es éste un criterio de ingreso en la unidad de neonatología, ya que en la mayoría de los casos el abandono de ésta unidad se produce cuando el RN alcanza los 2.000 kg de peso.

Se debe informar a los padres de las normas de acceso a la unidad, recordando siempre que es una unidad de puertas abiertas por lo que todo el personal de enfermería que se encargue del cuidado de su hijo estará a su disposición las 24 horas del día, el horario de visitas para el resto de familiares que no sean los progenitores, el uso del

teléfono, el acceso a la zona de extracción de leche materna y la higiene que se ha de llevar a cabo.

4.3.2. Sobre el recién nacido

4.3.2.1. Alimentación con lactancia materna. Banco de leche

El RN prematuro posee grandes limitaciones a la hora de tolerar la alimentación por pecho o por biberón, debido a que existe una respuesta de succión inmadura, una disminución del tono muscular y una ausencia de la coordinación del reflejo de succión y deglución (3).

También la accesibilidad a la leche materna de su propia madre, no es siempre la completa, ya que el pretérmino puede que no obtenga su leche en todas sus tomas, por motivos personales. En este caso, a los bebés se les administra leche de fórmula especial para prematuros o leche donada procedente del ‘Banco de Leche’ de Castilla y León.

A este centro pueden acudir todas las madres sanas que lleven un estilo de vida saludable y que tengan instaurada la lactancia con su hijo/a. Se les realizará un análisis de sangre para descartar enfermedades infecciosas transmisibles como VIH, hepatitis y sífilis, principalmente, y se les explicará el procedimiento a seguir. La leche donada será previamente pasteurizada y analizada antes de su administración.

Se ha demostrado que la leche donada es igual de beneficiosa que la leche materna de la propia madre, por lo que este es un aspecto especialmente importante para el desarrollo de los bebés en las unidades de neonatología (21).

En los casos en que sea preciso emplear LM procedente del banco de leche, la madre del recién nacido deberá autorizar el empleo de la misma.

4.3.2.2. Atención centrada en el neurodesarrollo

Los recién nacidos prematuros nacen antes de tiempo y poseen una gran sensibilidad neurológica, es decir, su sistema nervioso está en pleno proceso de desarrollo y maduración. Los cuidados de enfermería deben de estar basados en proporcionar un crecimiento y desarrollo saludables, así como facilitar el progreso de la adaptación del entorno intrauterino al extrauterino.

El programa ‘Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program’ (NIDCAP) se basa en observar al pretérmino antes, durante y después de los procedimientos de cuidado para así sincronizar la estimulación y los procedimientos a los ciclos de sueño-vigilia del niño. Esto favorece a todos los sistemas y aspectos del RN como en la oxigenación, peso, alimentación, madurez motora, interacción madre-hijo, desarrollo neuronal, función cardiológica, sistema inmunitario...

Existen una serie de estrategias para favorecer los cuidados de neuroprotección en el recién nacido pretérmino.

- *Modificaciones ambientales: luz-ruido-actividad:*

Se debe crear un ambiente con condiciones de luz que imiten al ambiente intrauterino a través de luces graduales y no directas, cobertores de incubadoras, pantallas... esto contribuirá al niño en una mayor estabilidad, una disminución de la FC, FR y TA, y de la actividad motora.

- *Cuidado postural:*

Una adecuada postura promueve conductas autorreguladoras y facilita el alineamiento estructural favoreciendo así el normal desarrollo del sistema neuromuscular y esquelético. Por el contrario, si la posición del recién nacido no es la adecuada se pueden producir defectos en la abducción y rotación de la cadera, hipertonía, hiperextensión cervical o aplanamiento de la cabeza.

Es muy importante colocar diferentes dispositivos para acomodar al niño como posicionadores o nidos, así como la contención del cuerpo, que favorece la sensación de seguridad, y proporciona control y tolerancia al estrés.

Existen diferentes posturas beneficiosas como son:

- Decúbito supino: con la mayor flexión posible facilita los procedimientos como la inserción de catéteres o aspiración de secreciones.
- Decúbito prono: favorece la utilización de los músculos extensores de cuello, la flexión, el control de la cabeza, la oxigenación, el vaciamiento gástrico y disminuye el área corporal.
- Decúbito lateral: fomenta la simetría y el vaciamiento gástrico, así como la flexión del tronco y pelvis.

- *Estructurar actividades: mínima manipulación:*

La organización de las técnicas y cuidados se realizarán evitando excesivas manipulaciones y realizando varias técnicas en un mismo procedimiento, siempre que sea posible.

- *Cuidados tipo ‘Canguro’:*

El apego o contacto padres-hijo aumenta la confianza del prematuro y restaura el proceso de vinculación alterado. Mejora el estado de alerta del niño y aumenta la capacidad sensorial.

- *Succión no nutritiva:*

La succión no nutritiva se utiliza con el fin de estimular y promover al niño para que comience a succionar lo antes posible. Además ayuda a calmarse y reorganizarse tras un estímulo doloroso. Lo más común es utilizar el chupete o el dedo, combinado con solución de sacarosa.

- *Atención a los padres-familia: participación en los cuidados del RN*

Se debe promover el contacto entre los padres y el niño de la manera más temprana posible. Los padres deben adquirir las habilidades necesarias para tener independencia en el cuidado. Se les enseñará la correcta manipulación, higiene y baño según las particularidades de su hijo y se fomentará el ‘método canguro’ y el ‘contacto piel con piel’.

- *Manejo adecuado del dolor:*

El dolor agudo puede producir inestabilidad en la saturación de O₂, FC, FR, TA, PIC...

Algunas de las consideraciones a tener en cuenta para disminuir el dolor en el prematuro son:

- Minimizar las manipulaciones agrupando todas las intervenciones.
- Utilizar la técnica más adecuada.
- Evitar reintentos si la primera intervención ha fallado.
- Disminuir los factores estresantes medioambientales.

- Administrar solución de sacarosa oral junto con el chupete (succión no nutritiva).
- Realizar medidas de contención (22).

5. Resultados

La inmadurez por la prematuridad de estos bebés, está vinculada a múltiples patologías, complicaciones y riesgos. Padecer estos problemas, derivan de la propia inmadurez, hipoxia, disminución de las SG y de la dificultosa adaptación al medio extrauterino (23).

Las principales patologías son (23):

- *Respiratorias*: el principal problema que aparecen en el prematuro es el distrés respiratorio debido a un déficit de surfactante. Estos neonatos requieren asistencia respiratoria como gafas nasales (GN), oxígeno a alto flujo (OAF), o máquinas de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) como BiPAP y CPAP; o incluso métodos invasivos como la intubación, lo que puede originar problemas tardíos como displasia broncopulmonar. Además suelen realizar apneas, debido a que su centro respiratorio es inmaduro y no controlan las pausas, especialmente por la noche, por lo que se les estimula normalmente con citrato de cafeína.
- *Cardiovasculares*: lo más común es la hipotensión arterial precoz, relacionada con otros factores como la disfunción cardíaca, la hipovolemia o la sepsis.
- *Digestivas*: los problemas más importantes son la enterocolitis necrotizante y la mala absorción del alimento que se le proporciona, teniendo que recurrir en numerosas ocasiones a la nutrición parenteral.
- *Neurológicas*: las hemorragias intracraneales son frecuentes debidos al uso de ventilación mecánica y al aumento de la TA por sufrir dolor o estrés. Además pueden existir situaciones de hipotensión en los que la irrigación cerebral sanguínea no es suficiente y puede ocasionar una alteración en el número de neuronas y por tanto, leucomalacia periventricular, que equivale a parálisis cerebrales en un futuro.

- *Hematológicas:* lo que más abunda son las hemorragias y las anemias, debido a repetidas extracciones y a un déficit de eritropoyetina (EPO).
- *Metabólicas:* debido a un metabolismo basal bajo y a una escasa reserva de grasa e hidratos de carbono, existe tendencia a la hipotermia y a la hipoglucemia, respectivamente.
- *Inmunológicas:* el neonato exclusivamente presenta inmunoglobulinas tipo G (IgG), debido a que son las únicas que atraviesan la barrera placentaria, y no es capaz de sintetizar nuevas, por tanto, existe una mayor predisposición a padecer infecciones graves y generalizadas.
- *Renales:* lo más habitual es la necrosis tubular ocasionada por la falta de oxigenación en el tejido renal, y unido, a la defectuosa excreción de fármacos, puede producir una insuficiencia renal aguda (IRA).
- *De la piel:* la piel de los pretérminos es demasiado fina, y esto origina numerosas pérdidas insensibles de agua con tendencia a la hipotermia, balance hídrico negativo, problemas de termorregulación e incluso deshidratación.
- *Oftálmicas:* la más predominante es la retinopatía oftálmica del prematuro, que consiste en un desarrollo anormal de vasos sanguíneos en la retina, lo que ocasionan en un futuro problemas en la visión como movimientos oculares anormales, estrabismo, miopía grave o leucocoria.

Es realmente importante que el personal de enfermería conozca todos los cuidados que se deben otorgar a los prematuros a la perfección para prevenir las desviaciones de la salud anteriormente citadas. Puesto que una buena continuidad asistencial durante los largos periodos de tiempo que pasan estos bebés en las unidades de neonatología, disminuye la estancia hospitalaria y las posibles secuelas que puedan padecer. La práctica en los cuidados neonatales implica una gran cantidad de procesos, que si no se aplican correctamente, pueden suponer un riesgo para el RN. Por ello, es necesario conocer su correcta realización, y así mantener una buena seguridad para el bebé desde el momento en el que llega a la planta hasta que se va de alta.

Algunos de los aspectos a tener en cuenta para evitar errores y con ello, la aparición de algún tipo de problema, son:

- *Correcta higiene de manos:* ya sea con lavado básico con agua y jabón, o con una solución hidroalcohólica, porque se pueden producir contaminaciones e infecciones nosocomiales.
- *Conocer el caso clínico:* un apropiado conocimiento de la historia del paciente, gracias a la lectura las órdenes médicas e informes, a los resultados de las pruebas realizadas y los comentarios del resto de profesionales, entre otros.
- *Realizar una buena valoración inicial:* se obtiene una primera visión general del prematuro y a partir de los parámetros obtenidos, se organizan las intervenciones que se deban llevar a cabo.
- *Llevar a cabo una identificación correcta:* conocer el nombre, la edad, el sexo, las pruebas a realizar y el tratamiento a administrar, cumpliendo la regla de los cinco correctos (paciente, fármaco, vía de administración, hora y dosis).
- *Conocer el funcionamiento de la unidad:* saber utilizar y programar las diferentes máquinas de apoyo respiratorio, así como las bombas de administración y las diferentes incubadoras; conocer la dosificación precisa y utilización de los fármacos a administrar.
- *Informar a los padres de forma adecuada:* es importante comunicarles acerca de las normas de la unidad, y explicarles de forma sencilla y comprensible el estado de su hijo, así como los procedimientos que se le han realizado, y la manera correcta de manipularle.
- *Prevenir las úlceras por presión (UPP):* vigilar la piel que esté en contacto con dispositivos como electrodos, pulsioxímetro, diferentes aparatos de ventilación mecánica, fijaciones de sondas... Realizar cambios posturales y secar los pliegues tras la higiene (24).

En el momento en el que existe algún tipo de desviación de la salud en estos recién nacidos se deben dispensar los cuidados esenciales, favorablemente siguiendo el método NIDCAP, previamente mencionado, ya que es el idóneo para conseguir una óptima recuperación. Se ha demostrado que los neonatos que reciben atención centrada

en el desarrollo, obtienen beneficios a corto y largo plazo. Existe un mejor desarrollo psicomotor, relación de apego con los padres y estabilidad de las constantes vitales (disminución de apneas, desaturaciones, polipneas, bradicardias y taquicardias).

Asimismo aumentan los periodos de sueño, disminuye el estrés y por tanto existe una ganancia de peso.

Todos los bebés necesitan estimulación, cuidado y cariño por parte de sus padres para conseguir un desarrollo óptimo. El personal sanitario cuida al prematuro en términos hospitalarios, pero la presencia de los padres es un componente muy importante para su progreso. La 'Fundación Europea del Cuidado para los Recién Nacidos' (EFCNI 'European Foundation for the Care of Newborn Infants') explica un concepto llamado 'cuidados centrados en la familia', el cual se basa en involucrar completamente a los padres en el proceso de recuperación de su hijo, ya que se han basado en estudios en los que ésta es más corta cuando existe su presencia.

Estos 'cuidados centrados en la familia' incluyen:

- Atender a las necesidades emocionales y sociales de la familia.
- Asegurar que los padres y la familia reciben información clara y entienden el tratamiento de su hijo.
- Explicar a los padres el cuidado de su bebé y animarlos a convertirse en su cuidador principal.
- Respetar y considerar las creencias religiosas y/o culturales que deseen.

Por tanto, el compromiso de los padres en la implicación de los cuidados de su bebé, es fundamental para la mejora global de su hijo (25, 26).

6. Discusión

La supervivencia de neonatos de 24 SG es del 40%, y de 28 SG del 85%, la diferencia de 1 semana de edad gestacional o de 100-200 gramos de peso, tiene un significativo impacto en la evolución de estos bebés. Se presenta un porcentaje de 60% y 38%, a las 23 y 24 SG, respectivamente, de casos graves de secuelas neurológicas. Aunque actualmente, las tasas de supervivencia han aumentado a las 24 y 25 SG, debido al desarrollo de las tecnologías de los cuidados intensivos en unidades

neonatología, el índice de secuelas sigue siendo significativo, de las cuales las más significativas son a nivel neurológico, que repercute en un futuro en problemas como: parálisis cerebrales, dificultades en la concentración, hiperactividad, trastornos emocionales, alteraciones en el comportamiento...

Todo esto plantea un gran dilema sobre el límite de viabilidad de un gran prematuro y de la acción de los neonatólogos sobre iniciar, continuar o suspender el apoyo vital de estos bebés. En estos pretérminos extremos es complicado definir el estado en el que se encuentran y el resultado del tratamiento, ya que debido a su excesiva inmadurez, las respuestas son muy impredecibles. Se debe valorar la capacidad de supervivencia del neonato para adecuar la terapéutica a las circunstancias, y si se inicia tratamiento, debe ser realizado por un personal sanitario especializado.

Si las condiciones son desfavorables y surgen dudas sobre la supervivencia del RN, se deben realizar sesiones clínicas multidisciplinares de la unidad, a fin de lograr una decisión coherente. Si se decide suspender el sostén vital, se debe explicar a los padres en un diálogo franco y sencillo, ya que ellos deben decidir igualmente. Estas situaciones generan unos sentimientos críticos de angustia, desconocimiento y sufrimiento, por lo que se debe apoyar e informar sobre todas sus cuestiones e incertidumbres.

Las teorías éticas se basan en el 'Principio de Beneficencia', en el 'Principio de No Maleficencia' y en el 'Principio de Autonomía del Paciente', pero son difíciles de aplicar, ya que los neonatólogos no pueden establecer con precisión el pronóstico de estos niños.

La toma de decisiones es sumamente compleja debido a múltiples factores, pero se puede no actuar tras el nacimiento de un neonato de menos de 24 SG, es decir, no realizar soporte terapéutico, ya que estos tienen muchas probabilidades de fallecer y de padecer secuelas graves. Esto se conoce como 'Limitación del Esfuerzo Terapéutico' (LET). Este término está relacionado con el 'Principio de No Maleficencia', pues propone evitar técnicas contraindicadas al no suponer una mejora ni recuperación del niño, es decir, producen daño para el paciente, sin obtener beneficio.

Si no existe concordancia entre la decisión de los padres y del profesional sanitario, la atención al niño se debe mantener hasta que se llegue a un acuerdo, o se

produzca un cambio en el estado del bebé, o recurrir al ‘Comité de Ética’ y presentar a los tribunales el caso clínico (3, 27).

Cuando nace un bebé prematuro de cualquier edad gestacional, y es viable, los pediatras realizan un seguimiento a estos niños tras su alta en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos (UCIN). Determinan los resultados del neurodesarrollo y realizan investigación diaria sobre el estado del RN a lo largo de los años.

El seguimiento ideal requiere un equipo formado por: pediatras, neonatólogos, neurólogos infantiles, fisioterapeutas, endocrinos infantiles, terapeutas ocupacionales, logopedas y ‘Centros de Atención Temprana’. Este último programa consiste en un conjunto de intervenciones dirigidas a niños de entre 0 y 6 años de edad, a la familia y al entorno, cuyo fin es dar respuesta a las necesidades de los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos.

Requieren seguimiento específico:

- Los prematuros menores de 1.500 kg y/o edad gestacional <32 semanas.
- Los pequeños para la edad gestacional debido a un CIR.
- Aquellos que sufren una encefalopatía hipóxico isquémica.
- Cualquiera que haya padecido o padezca:
 - o Enfermedad pulmonar crónica, apneas y bradicardias.
 - o Hemorragia intraventricular.
 - o Leucomalacia periventricular.
 - o Problemas hematológicos e inmunológicos.
 - o Enfermedades gastrointestinales como enterocolitis necrotizante.
- Los que manifiesten algún tipo de malformación.

En varias ocasiones, puede surgir un problema llamado el ‘Síndrome del Niño Vulnerable’, que lo padecen niños que han precisado cuidados intensivos y cuyos padres reaccionan con una respuesta sobreprotectora. Se trata de una percepción exagerada de la vulnerabilidad de los cónyuges. Este síndrome aparece cuando los niños padecen un trastorno que pueda dejar secuelas, y la respuesta de los padres se manifiesta normalmente con limitaciones en el contacto del niño con el medio ambiente, así como una excesiva preocupación y duda de las capacidades de su hijo para resolver

situaciones de forma autónoma. Como consecuencia, los niños responden con una conducta descontrolada, o en el caso contrario, muy inhibida (28, 29).

Como broche final a las conclusiones, se ha realizado una entrevista a una mujer, madre de un recién nacido pretérmino.

El objetivo de esta entrevista es aportar una visión personal al eje central de este TFG. (Ver Anexo I).

7. Bibliografía

1. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. [Último acceso 18 Febrero 2017].
2. Sergio Castán Mateo JJTH. Obstetricia para matronas Guía práctica. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana; 2013.
3. Marta Zamora Pasadas. Enfermería Neonatal. Primera Edición. Formación Alcalá; 2008.
4. Dr. Rafael Rodríguez Zarauz. Amenaza de Parto Pretérmino. UGC Obstet Ginecol. Enero de 2013.
5. Sykes L, MacIntyre DA, Teoh TG. Anti-inflammatory prostaglandins for the prevention of preterm labour. *Reprod Camb Engl*. Agosto de 2014.
6. Subramaniam A, Abramovici A, Andrews WW, Tita AT. Antimicrobials for preterm birth prevention: an overview. *Infect Dis Obstet Gynecol*; 2012.
7. Chang E. Preterm birth and the role of neuroprotection. *BMJ*. 20 de enero de 2015.
8. Pawelec M, Pałczyński B, Krzemieniewska J, Karmowski M, Koryś J, Łątkowski K, et al. Initiation of preterm labor. *Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ*. Abril de 2013.
9. Grisolia LP, Murgiondo. El recién nacido de bajo peso. Hosp Donostia San Sebastián UPV Dep Med Unidad Docente San Sebastián Protoc Diagnóstico Ter AEP Neonatol [Internet]; 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_1.pdf. [Último acceso 23 Febrero 2017].
10. Susan Mattson JES. Enfermería Maternoinfantil. Segunda Edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2001.
11. El prematuro. Características, pronósticos y primeros cuidados para los padres Nacer en Nisa [Internet]. Nacer en Nisa; 2015. Disponible en:

<http://www.nacerennisa.es/el-prematuro-caracteristicas-pronosticos-y-cuidados-para-los-padres/>. [Último acceso 3 Marzo 2017].

12. M^o José Aguilar Cordero. Tratado de la enfermería del niño y adolescente Cuidados pediátricos. Segunda Edición. Elsevier; 2012.

13. Dr.C. Danilo Nápoles Méndez. La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. Hosp Ginecosbstétrico Prov Docente Santiago Cuba [Internet]. Octubre de 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_1_12/san12112.htm. [Último acceso 3 Marzo 2017].

14. Olaya Guzmán RA. Protocolo Amenaza Parto Pretérmino. Unitat Prematuritat Hosp Clin Barc [Internet]; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1863>. [Último acceso 3 Marzo 2017].

15. Guadalupe Aguarón Benítez, Luis Azurra Gómez. Amenaza, parto pretérmino y complicaciones derivadas de la prematuridad. Primera. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2013.

16. Raquel Nacimiento Tamez. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia al RN de alto riesgo. Quinta. Médica Panamericana; 2016.

17. Gloria Seguranyes Guillot. Enfermería Maternal. Primera. Elsevier; 2000.

18. Berger R, Söder S. Neuroprotection in preterm infants. BioMed Res Int; 2015.

19. Mantovani E, Filippini F, Bortolus R, Franchi M. Folic acid supplementation and preterm birth: results from observational studies. BioMed Res Int; 2014.

20. Carmen María Samaniego Fernández. Guía de Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Primera. Área de Salud Valladolid Oeste; 2014.

21. Banco de Leche Castilla y León. ¿Quieres donar tu leche? Hospital Universitario Río Hortega.

22. Hospital Universitario Río Hortega. Influencia de los cuidados posturales en el desarrollo del recién nacido prematuro; 2016.

23. María Dolores Ruiz González MRMB. Enfermería del niño y del adolescente. Segunda. Grupo Paradigma; 2009.
24. Hospital Universitario Río Hortega. Indicadores de Seguridad; 2016.
25. NIDCAP [Internet]. 2017. Disponible en: <http://nidcap.org/en/>. [Último acceso 8 Marzo 2017].
26. EFCNI - European Foundation for the Care of Newborn Infants Home [Internet]; 2017. Disponible en: <http://www.efcni.org/index.php?id=11&L=-1%27%20and%20cha>. [Último acceso 8 Marzo 2017].
27. Sebastiani M, Ceriani Cernadas JM. Aspectos bioéticos en el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros. Arch Argent Pediatría [Internet]; 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000300010. [Último acceso 8 Marzo 2017].
28. León J de C y. Atención temprana [Internet]. Disponible en: http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1207833878819/_/_/. [Último acceso 11 Marzo 2017].
29. Segura SA, González CD. Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. PediatríaIntegral [Internet]; 2014. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/10/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-6.pdf#page=10>. [Último acceso 11 Marzo 2017].

8. Anexo I

8.1. Entrevista personal

La decisión de incluir esta entrevista personal se basa en identificar, en cierta manera, las situaciones antes planteadas con una real, desde los ojos de una madre.

Entrevista a gestante de 31 semanas con antecedentes de parto prematuro.

Datos: varón de 31 SG con un peso al nacimiento de 1.190kg y estancia en el hospital de 73 días, 2 meses y medio aproximadamente.

1. *Han pasado ya 4 años, ¿Cómo recuerdas ahora esos momentos en los que te dicen que tu niño/a va a nacer antes de lo previsto? ¿Qué sentiste?*

Fue una época muy dura...desde que empecé con las complicaciones en el primer trimestre, el intento de frenar el parto, y ya finalmente la rotura de bolsa...fue muy fuerte.

Sentí impotencia y el deseo de que ojalá no hubiera pasado, y hubiera transcurrido como un parto a término.

2. *¿Qué complicaciones, si las hubo, tuvo tu bebé en el hospital? ¿Cómo se resolvieron?*

El primer trimestre empecé con sangrados, tras estudiar la situación se descubrió que el feto tenía sólo una arteria umbilical única y era un crecimiento intrauterino retardado (CIR) tipo 1.

La APP empezó en la 24 SG, seguidamente se inició tratamiento tocolítico e ingresé 10 días en el hospital.

Finalmente, nació por cesárea urgente a las 31SG, fue un CIR tipo 2, y estuvo con CPAP durante bastante tiempo.

3. *¿Cómo vivisteis esos duros momentos en los que el bebé se quedó ingresado y vosotros os tuvisteis que ir a casa?*

La verdad es que pasaba 6 o 7 horas al día en el hospital, tras mi alta hospitalaria, gracias al horario libre de visitas de la planta. Me sentía vacía cuando llegaba a casa. Mi única preocupación todo ese tiempo era estar el mayor tiempo posible allí con él.

En los primeros días, si me lo hubieran permitido, le hubiera tocado más... y creo que hubiera estado más estable en todos los aspectos... Esto crea un sufrimiento innecesario para los bebés y los padres, y además, ayuda a disminuir las posibles secuelas y el sufrimiento emocional.

4. *Cuando salisteis del hospital, ¿cuáles fueron las principales dificultades con las que os encontrasteis?*

Yo tenía una idea equivocada de un bebé... Creía que comía, dormía, lloraba a veces... pero fue una demanda constante de contacto, al menos en mi caso.

Estuve sometida a mucho agobio tras muchas consultas y controles de peso cada dos días. Hoy en día nos han dado de alta en varios servicios, pero aun así, continuamos revisándolo hasta los 7 años, en servicios como neurología, digestivo, neonatología, cardiología...

Cuando salió del hospital pesó 2.800 kg.

5. *¿Cuál fue tu mejor y tu peor momento?*

Mi peor momento fueron las veces que me decía que se desestabilizaba en horas incluso. Creo que la necesidad de contacto es mayor en estos bebés por el sufrimiento que viven.

El mejor momento cuando nos dieron el alta y pudimos volver a casa todos.

6. *Y después, ¿cómo ha sido el desarrollo del bebé? ¿Cuáles son las principales diferencias que os habéis encontrado con respecto a los demás niños de su edad?*

La verdad es que no he notado gran diferencia con los niños de su clase. Es verdad que cuando ha habido brotes de catarro o fiebre él tarda un poco más en recuperarse, pero todo es normal.

7. *¿Practicaste el método canguro o piel con piel?*

Sí. Cada vez que podía lo sacaban de la incubadora para estar con él. Creo que es muy beneficioso, ya que estabiliza la saturación de O₂, disminuye la FC, mejora FR... a todos los niveles, estabiliza al bebé.

8. *¿Iniciaste la lactancia materna? ¿Durante cuánto tiempo?*

La inicié desde el primer momento, sacándome la leche y llevándosela para que se la dieran. Hoy en día, todavía le doy el pecho como postre.

9. *¿Has practicado el colecho? ¿Qué beneficios crees que tiene?*

Desde el primer día que volvió a casa lo practiqué con una cuna especial para colecho. Hoy en día todavía dormimos juntos en la misma cama. Y cuando nazca mi pequeña dormiremos todos en la misma habitación.

Creo que calma mucho a los bebés, y ahora que ya es un niño, también. Además yo duermo mucho mejor.

10. *¿Cómo te sientes ahora con el nuevo embarazo?*

Ahora estoy en la 31 SG y no hay complicaciones ni amenazas, por lo que me siento tranquila.

11. *Si se diera la situación de que nace prematuro, ¿crees que estarías preparada para afrontarlo de nuevo? ¿Cambiarías algo con respecto a la anterior situación?*

Sí que me sentiría más preparada, ya sabes a lo que te enfrentas y ya me he informado mucho del tema, aunque no soy una experta ni mucho menos.

Cambiaría, quizás... el ir más tiempo al hospital. Si estuviera acondicionado para la estancia de los padres continua, e incluso dormir allí, algo como un ingreso conjunto... la verdad que creo firmemente que disminuiría el tiempo de hospitalización de estos bebés. Mejoraría este aspecto sin ninguna duda.

Reflexión personal:

Gracias a la búsqueda de información sobre este tema para la realización de mi TFG, a mi paso por la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología (UCIN) del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) y a esta entrevista, puedo concluir con la idea de que se necesitaría más estudio sobre la prevención de una APP; personal más formado y especializado en programas específicos de cuidados para prevenir secuelas, como en el que consiste el modelo NIDCAP, ya que en la actualidad hay una incidencia muy elevada; y mayor implicación de los padres durante la estancia hospitalaria del bebé, como se ha demostrado que es beneficioso para todas las partes, incluso para el hospital, ya que una menor estancia, equivale a menos costes.

Espero en un futuro, poder aportar mi ayuda en estos servicios y hacer modificaciones para un mejor funcionamiento del programa.