

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.361-370

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1033>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 361-370



Cuidados del recién nacido prematuro

Care of the premature newborn

Cuidados com o recém-nascido prematuro

Gema Gabriela Basurto Macías¹; Fredy Andrés Pesantez Durán²;
Carlos Jonathan Santos Zambrano³; David Francisco Ontaneda Peralta⁴

RECIBIDO: 28/11/2020 **ACEPTADO:** 06/12/2020 **PUBLICADO:** 31/03/2021

1. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias; Hospital Gustavo Domínguez; Santo Domingo, Ecuador; gemy_19_06_gb@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9801-806X>
2. Médico; Médico residente Hospital Vicente Corral Moscoso; Cuenca, Ecuador; fredy_pesantez@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9735-6091>
3. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias; Hospital Gustavo Domínguez; Santo Domingo, Ecuador; carlosanza17@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5272-0718>
4. Médico General; Médico General en Funciones Hospitalarias 1; Hospital Básico Yantzaza; Yantzaza, Ecuador; davidbotxt@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-9588-4344>

CORRESPONDENCIA

Gema Gabriela Basurto Macías

gemy_19_06_gb@hotmail.com

Santo Domingo, Ecuador

RESUMEN

La tasa de bebés prematuros a nivel mundial es bastante alta, la brecha de supervivencia entre los nacidos en países de ingresos altos y bajos se está ampliando con un número de muertos significativo debido a las complicaciones directas del parto prematuro y los factores de riesgo, especialmente entre los que tienen crecimiento restringido. La mayoría de los bebés prematuros (> 80%) tienen entre 32 y 37 semanas de gestación y muchos mueren innecesariamente por falta de cuidados simples. Se describen una serie de paquetes de atención que se basan en los cuidados esenciales para cada recién nacido que comprenden apoyo para la lactancia materna inmediata y exclusiva, el cuidado térmico y el cuidado higiénico del cordón y la piel. Para los bebés que no respiran al nacer, la reanimación neonatal rápida es crucial. El cuidado adicional para bebés pequeños, incluido el cuidado madre canguro y el apoyo para la alimentación, puede reducir en la mitad la mortalidad en bebés con pesos menor 2000 a gramos. El manejo de casos de recién nacidos con señales de infección, manejo seguro de oxígeno y cuidados de apoyo para aquellos con complicaciones respiratorias, entre otros, son escenarios críticos y dependen especialmente de una atención de enfermería competente. Las unidades de cuidados intensivos neonatales en entornos de altos ingresos están desintensificando la atención, por ejemplo, aumentando el uso de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y esto hace que la atención integral de prematuros sea más transferible. Para los sistemas de salud en entornos de ingresos bajos y medianos con un aumento de los partos en instalaciones, los hospitales de distrito son la frontera clave para mejorar la atención obstétrica y neonatal.

Palabras clave: Recién nacido, prematuro, cuidados.

ABSTRACT

The rate of preterm babies worldwide is quite high, the survival gap between those born in high and low income countries is widening with a significant death toll due to the direct complications of preterm birth and risk factors, especially among those with restricted growth. Most premature babies (> 80%) are between 32 and 37 weeks gestation, and many die unnecessarily from lack of simple care. A series of care packages are outlined that are based on essential care for each newborn that includes support for immediate and exclusive breastfeeding, thermal care, and hygienic cord and skin care. For babies who are not breathing at birth, rapid neonatal resuscitation is crucial. Additional care for young babies, including kangaroo mother care and feeding support, can cut mortality in babies weighing less than 2000 grams by half. The management of cases of newborns with signs of infection, safe oxygen management and supportive care for those with respiratory complications, among others, are critical scenarios and depend especially on competent nursing care. Neonatal intensive care units in high-income settings are de-intensifying care, for example, increasing the use of continuous positive airway pressure (CPAP), and this makes comprehensive care for premature infants more transferable. For health systems in low- and middle-income settings with an increase in facility deliveries, district hospitals are the key frontier for improving obstetric and neonatal care.

Keywords: Newborn, premature, care.

RESUMO

A taxa de bebês prematuros no mundo todo é bastante alta, a diferença de sobrevivência entre aqueles nascidos em países de alta e baixa renda está aumentando com um número significativo de mortes devido às complicações diretas do nascimento prematuro e fatores de risco, especialmente entre aqueles com crescimento restrito. A maioria dos bebês prematuros (> 80%) está entre 32 e 37 semanas de gestação, e muitos morrem desnecessariamente por falta de cuidados simples. Uma série de pacotes de cuidados são delineados com base nos cuidados essenciais para cada recém-nascido que incluem suporte para amamentação imediata e exclusiva, cuidados térmicos, e cuidados higiênicos do cordão e da pele. Para os bebês que não estão respirando ao nascer, a ressuscitação neonatal rápida é crucial. Cuidados adicionais para bebês jovens, incluindo cuidados com a mãe canguru e apoio alimentar, podem reduzir pela metade a mortalidade em bebês com peso inferior a 2000 gramas. O manejo de casos de recém-nascidos com sinais de infecção, manejo seguro de oxigênio e cuidados de apoio para aqueles com complicações respiratórias, entre outros, são cenários críticos e dependem especialmente de cuidados de enfermagem competentes. Unidades de terapia intensiva neonatal em ambientes de alta renda estão desintensificando os cuidados, por exemplo, aumentando o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), e isto torna mais transferíveis os cuidados abrangentes para bebês prematuros. Para sistemas de saúde em ambientes de baixa e média renda com aumento de partos nas instalações, os hospitais distritais são a principal fronteira para melhorar os cuidados obstétricos e neonatais.

Palavras-chave: Recém-nascido, prematuro, cuidado.

Introducción

Cada año, “15 millones de bebés nacen prematuros y sus posibilidades de supervivencia varían drásticamente en todo el mundo” (Blencowe & Cousens, 2012). Para los 1,2 millones de bebés nacidos en países de ingresos altos, la creciente complejidad de los cuidados intensivos neonatales durante el último cuarto del siglo XX ha cambiado las posibilidades de supervivencia en edades gestacionales más bajas. Las economías de ingresos medios y emergentes tienen alrededor de “3,8 millones de bebés prematuros cada año, y aunque algunos países como han reducido a la mitad las muertes de bebés prematuros en una década, otros países han logrado un progreso mínimo” (Lawn & Kinney, 2013).

Según la OMS “de todos los bebés nacidos con menos de 37 semanas de gestación, incluye tanto el parto prematuro espontáneo como el iniciado por el proveedor, y muchas causas diferentes” (Blencowe & Cousens, 2015). La mayoría de los bebés prematuros (> 80%) nacen entre las 32 y 37 semanas de gestación (prematuros moderados / tardíos) y muchos mueren innecesariamente por falta de cuidados simples y esenciales, como calor y apoyo para la alimentación.

Aproximadamente el 10% de los bebés prematuros nacen entre las 28 y las 32 semanas de gestación, y en los países de bajos ingresos más de la mitad de ellos morirán, pero muchos podrían salvarse con una atención factible, sin incluir cuidados intensivos como la ventilación. Para los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación, se necesitarían cuidados intensivos para salvar a la mayoría de ellos, pero es importante darse cuenta de que estos representan la minoría, alrededor del 5%.

Por el contrario, en entornos de altos ingresos, la supervivencia neonatal se está extendiendo a los extremos inferiores e inferiores de la edad gestacional. En años an-

teriores, sobrevivían pocos bebés menores de 25 semanas de gestación; sin embargo, “en 2010, el 95% de los bebés prematuros menores de 28 semanas sobrevivieron y más de la mitad de los bebés nacidos antes de las 25 semanas de gestación sobrevivieron, aunque estos últimos tienen un mayor riesgo de deterioro” (Petrou & Henderson, 2016).

Los autores Blencowe & Cousens, (2015) indican que “América del Norte todavía está logrando una reducción anual promedio de más del 5% por año para la mortalidad específica de prematuros, pero África en promedio está mejorando las tasas de mortalidad de bebés prematuros en solo un 1% anual”. Aquellos países con mayor riesgo de muerte y las muertes más factibles de evitar son todavía los que están experimentando el menor progreso. La historia de la atención neonatal en los países de ingresos altos muestra que la mayor reducción de las muertes se produjo antes de que se establecieran los cuidados intensivos neonatales.

Un tema importante pero poco reconocido para todos los países es el de la discapacidad de las sobrevivientes de un parto prematuro. “En los primeros días de los cuidados intensivos neonatales, las discapacidades eran comunes entre los sobrevivientes, desde alguna discapacidad de aprendizaje escolar hasta parálisis cerebral severa” (Blencowe & Cousens, 2015).

Los resultados de las discapacidades tienen un gran impacto en las familias y en el sistema de salud. “De hecho, un informe reciente estimó que el bebé promedio nacido de 28 a 31 semanas de gestación en los Estados Unidos cuesta \$ 95,000 en atención médica solo en el primer año” (Behrman & Butler, 2016). Con el tiempo, el patrón de deterioro por parto prematuro en países de ingresos altos ha cambiado. “El enfoque de los cuidados intensivos se ha desplazado hacia los bebés extremadamente prematu-

ros (menos de 28 semanas), o “micro bebés prematuros”, ya que este subconjunto más pequeño de bebés tiene un mayor riesgo y gravedad de deterioro” (Petrou & Henderson, 2016). Con la ampliación de los cuidados intensivos neonatales, es fundamental centrarse en el seguimiento y el apoyo familiar.

Los datos recientes muestran que incluso el prematuro tardío y moderado (LAMP, o 32 a <37 semanas de gestación) “también se asocia con efectos adversos significativos, incluidos los que afectan al aprendizaje escolar, lo que genera un debate cada vez mayor sobre las causas evitables del parto prematuro moderado, como la cesárea de alta tasas de natalidad” (Osrin, 2010). Estos efectos a largo plazo en la sociedad y en el sistema de salud, así como más pruebas del vínculo con las enfermedades no transmisibles en la edad adulta avanzada, subrayan que la importancia de abordar el parto prematuro va más allá de la supervivencia.

Durante las últimas cuatro décadas, con un enfoque cada vez mayor en la atención basada en la evidencia para bebés prematuros, el riesgo de discapacidades a largo plazo se está reduciendo. Los cuidados intensivos neonatales también se han vuelto menos intervencionistas y, por lo tanto, algunos aspectos también son potencialmente más factibles de adaptarse a entornos de menores ingresos. Por lo que se ha observado, avances notables en la calidad de los cuidados intensivos para bebés prematuros.

Los protocolos detallados de la calidad de la atención y las “ayudas laborales” para casi todos los aspectos de la atención han mejorado la calidad y también han cambiado más la atención a la responsabilidad de enfermeras neonatales capacitadas, particularmente con respecto a la prevención de infecciones, el apoyo a la alimentación, el uso de líquidos intravenosos y la seguridad en el uso de oxígeno con seguimiento

cuidadoso de los niveles de saturación de oxígeno y servicios de seguimiento.

En tal sentido, y con la finalidad de brindar información para lectores y especialista, así como también, para profesionales y estudiantes del área, se presenta una revisión bibliográfica con material valioso y de interés para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Metodología

Esta investigación está enfocada en el estudio de los Cuidados del recién nacido prematuro con la finalidad de brindar información para lectores y especialista, así como también, para profesionales y estudiantes en aras de dar a conocer el abordaje de los bebés nacidos antes de cumplirse el tiempo de semanas de gestación.

La revisión se ha centrado en textos, documentos y artículos científicos publicados disponibles en la web, considerando que aquella herencia de la globalización permite acceder a mayor y mejor información a través de las herramientas tecnológicas. El motor de búsqueda ha sido herramientas académicas de la web que direccionan específicamente a archivos con validez y reconocimiento científico, descartando toda información no confirmada o sin las respectivas referencias bibliográficas.

Resultados

Paquetes prioritarios

Todos los recién nacidos son vulnerables dado que el nacimiento y los días siguientes tienen el mayor riesgo concentrado de muerte de cualquier momento de la vida humana. Todos los bebés necesitan cuidados neonatales esenciales, idealmente con sus madres que les brinden calidez, amamantamiento y un ambiente limpio. Los bebés prematuros son especialmente vulnerables a la inestabilidad de la temperatura, las dificul-

tades para alimentarse, la hipoglucemia, las infecciones y las dificultades respiratorias, adicionalmente a las complicaciones que afectan específicamente a los bebés prematuros. Se puede salvar vidas y prevenir la discapacidad derivada del parto prematuro con una variedad de cuidados basados en la evidencia cada vez más complejos y que van desde cuidados simples como el calor y la lactancia hasta los cuidados intensivos completos.

El reconocimiento de los bebés pequeños y la distinción de cuáles son prematuros, “son los primeros pasos esenciales para priorizar la atención de los bebés de mayor riesgo. La evaluación ecográfica del primer trimestre es la medida más precisa, pero no está disponible para la mayoría de las mujeres embarazadas del mundo” (Lawn & Kinney, 2013). Otras opciones incluyen el último período menstrual, utilizando el peso al nacer como sustituto o la evaluación del bebé para estimar la edad gestacional (p. Ej., Dubowitz u otros métodos de puntuación más simples). Los bebés de mayor riesgo son aquellos que son prematuros y tienen un crecimiento restringido.

Cuidado del recién nacido esencial y adicional

La atención al nacer de un proveedor calificado es crucial tanto para las mujeres como para los bebés y todos los proveedores deben tener las competencias para cuidar tanto a la madre como al bebé, “asegurando que la madre y el bebé no se separen innecesariamente, promoviendo el calor, la lactancia materna temprana y exclusiva, la limpieza y la reanimación si es necesario” (OMS., 2010). Estas prácticas son esenciales para los bebés a término, pero para los bebés prematuros, perder o retrasar alguno de estos cuidados puede conducir rápidamente al deterioro y la muerte. Para todos los bebés al nacer, los minutos cuentan.

Cuidado termal

Los métodos sencillos para mantener la temperatura de un bebé después del nacimiento incluyen secar y envolver, aumentar la temperatura ambiental, cubrir la cabeza del bebé (por ejemplo, con un gorro de punto), el contacto piel con piel con la madre y cubrir ambos con una manta. Se promueve la demora del primer baño, pero hay una falta de evidencia sobre cuánto demorar, especialmente si el baño puede ser tibio y en una habitación tibia.

El cuidado madre canguro (KMC) ha demostrado su efecto sobre la mortalidad de bebés <2000 grs.

Las técnicas de calentamiento que dependen del equipo incluyen almohadillas o caires calientes y calentadores radiantes o incubadoras; sin embargo, estos requieren habilidades de enfermería y cuidado. Los sacos de dormir carecen de evidencia para compararlos con el cuidado piel a piel o de implementación a gran escala. Hay varios ensayos que sugieren beneficios para los envoltorios de plástico pero, hasta la fecha, estos se han probado solo para bebés extremadamente prematuros en unidades de cuidados intensivos neonatales (Duman & Utkutan, 2016).

Apoyo alimenticio

Se ha demostrado que el inicio temprano de la lactancia materna dentro de una hora después del nacimiento reduce la mortalidad neonatal. Los bebés prematuros se benefician de la leche materna desde el punto de vista nutricional, inmunológico y del desarrollo. “Los beneficios a corto y largo plazo en comparación con la alimentación con fórmula están bien establecidos con una menor incidencia de infección y enterocolitis necrotizante y un mejor resultado del neurodesarrollo” (Petrou & Henderson, 2016)

La mayoría de los bebés prematuros necesitan un apoyo adicional para alimentarse con una taza, cuchara u otro dispositivo, como sondas gástricas (orales o nasales). Además, la madre necesita apoyo para extraer la leche. Cuando esto no sea posible, se recomienda la leche de donante. En poblaciones con alta prevalencia del VIH, las soluciones viables para la pasteurización son fundamentales. Los servicios de almacenamiento de leche son comunes en muchos países y deben ser monitoreados para prevenir infecciones y calidad.

Los bebés extremadamente prematuros de menos de 1000 grs los bebés que se encuentran muy mal pueden requerir líquidos intravenosos o incluso nutrición parenteral total, pero esto requiere una atención metódica al volumen y las tasas de flujo.

Actualmente, la OMS no recomienda la suplementación rutinaria de leche materna administrada a bebés prematuros. La OMS recomienda la suplementación con vitamina D, calcio y fósforo y hierro para los bebés de muy bajo peso al nacer y vitamina K al nacer para los bebés de bajo peso al nacer (OMS, 2012).

Prevención de infecciones

Las prácticas de parto limpio reducen la mortalidad y morbilidad materna y neonatal por causas relacionadas con infecciones, incluido el tétanos.

Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de sepsis bacteriana. La limpieza de manos es especialmente crítica en las unidades de cuidados neonatales. Sin embargo, las prácticas higiénicas básicas, como lavarse las manos y mantener un medio ambiente limpio, son bien conocidas, pero no se realizan correctamente. (OMS, 2012)

Debe evitarse la separación innecesaria de la madre o compartir incubadoras, ya que, estas prácticas aumentan la propagación

de infecciones. Para las familias más pobres que dan a luz en casa, se ha demostrado que el uso de kits de parto limpios y prácticas mejoradas reducen la mortalidad. Los ensayos grupales de aprendizaje participativo a través de grupos de mujeres han mostrado grandes reducciones en la mortalidad materna y neonatal, con un mayor lavado de manos por parte de las parteras y un mayor uso de kits para partos limpios.

Ensayos recientes con asignación al azar por grupos han mostrado algún beneficio de la aplicación tópica de clorhexidina en el cordón del bebé y ningún efecto adverso identificado. “Hasta la fecha, aproximadamente la mitad de los ensayos han demostrado un efecto significativo en la mortalidad neonatal, especialmente en los bebés prematuros y, en particular, con la aplicación temprana, lo que puede ser un desafío para los partos domiciliarios” (George & Young, 2011). Otro posible beneficio de la clorhexidina es un agente de cambio de comportamiento: en muchas culturas alrededor del mundo, se aplica algo al cordón y una política de aplicación de clorhexidina puede acelerar el cambio sustituyendo una sustancia nociva por una útil.

La piel de los bebés prematuros es más vulnerable y no está protegida por vernix como la de un bebé a término. “La aplicación tópica de ungüentos emolientes como el aceite de girasol o Aquaphor reduce la pérdida de agua, la dermatitis y el riesgo de sepsis y se ha demostrado que reduce la mortalidad de los bebés prematuros” (Darmstadt & Saha, 2007).

Otra intervención eficaz y de bajo costo es el momento adecuado para “pinzar el cordón umbilical, esperar de 2 a 3 minutos o hasta que el cordón deje de latir, mientras se mantiene al bebé por debajo del nivel de la placenta” (Darmstadt & Saha, 2007). Para los bebés prematuros, esto reduce el riesgo de hemorragia intracraneal y la necesidad de transfusiones de sangre, así como

la anemia posterior. Sin embargo, esta intervención ha recibido una atención limitada.

Reanimación neonatal

“Entre el 5 y el 10% de todos los recién nacidos y un mayor porcentaje de bebés prematuros requieren asistencia para comenzar a respirar al nacer” (Wall, Lee, & Niermeyer, 2009). La reanimación básica mediante el uso de una bolsa y mascarilla o de boca a mascarilla (tubo y mascarilla) salvará a cuatro de cada cinco bebés que necesitan reanimación.

Los procedimientos más complejos, como la intubación endotraqueal, son necesarios solo para una minoría de bebés que no respiran al nacer y que también es probable que necesiten ventilación continua.

Los ensayos controlados aleatorizados recientes respaldan el hecho de que, en la mayoría de los casos, la ventilación asistida con aire ambiente es equivalente al uso de oxígeno, y el oxígeno innecesario tiene riesgos adicionales. La opinión de los expertos sugiere que la reanimación básica para los partos prematuros reduce la mortalidad en aproximadamente un 10%, además de la evaluación y la estimulación inmediatas (Saugstad, Ramji, & Vento, 2016).

Cuidado de la madre canguro

El KMC “fue desarrollado en la década de 1970 por un pediatra colombiano, Edgar Rey, que buscó una solución a la escasez de incubadoras, las altas tasas de infección y el abandono de los partos prematuros en su hospital” (Charpak, Ruiz, & Zupan, 2015). El bebé prematuro se pone en contacto directo piel a piel temprano, prolongado y continuo con su madre u otro miembro de la familia para proporcionar calor estable y fomentar la lactancia materna frecuente y exclusiva.

Una revisión sistemática y un metaanálisis de varios ensayos controlados aleatorizados encontraron que “el KMC se asocia con una reducción del 51% en la mortalidad neonatal para bebés estables que pesan <2000 g si se inicia en la primera semana, en comparación con la atención en incubadora (Charpak, Ruiz, & Zupan, 2015). Todos estos ensayos consideraron la práctica de KMC basada en instalaciones donde se disponía de apoyo para la alimentación.

Cuidado especial de bebés prematuros y ampliación gradual de cuidados intensivos neonatales

Los bebés moderadamente prematuros sin complicaciones pueden ser atendidos con sus madres en salas posnatales normales o en el hogar, pero los bebés menores de 32 semanas de gestación tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones y generalmente requerirán hospitalización. Menos bebés nacen con menos de 28 semanas de gestación y la mayoría de ellos requerirán cuidados intensivos.

Cuidado de bebés con signos de infección. La mejora de la atención implica la detección temprana de tales signos de peligro y el tratamiento rápido de la infección, mientras se mantiene la lactancia materna si es posible. La identificación se complica por el hecho de que los bebés prematuros enfermos pueden tener temperatura más baja que fiebre. “El manejo de primer nivel de las señales de peligro en los recién nacidos se ha agregado relativamente recientemente a las pautas de Manejo Integrado de Enfermedades de la Infancia” (The Young Infants Clinical Signs Study Group, 2008). La OMS recomienda que todos los bebés con signos de peligro sean remitidos a un hospital. Cuando no es posible la derivación, el tratamiento en el centro de atención primaria puede salvar vidas.

Cuidado de bebés con ictericia

Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de ictericia e infección, y estos pueden ocurrir juntos, lo que agrava los riesgos de muerte y discapacidad. Dado que la ictericia grave a menudo alcanza su punto máximo alrededor del día 3, es posible que el bebé esté en casa para entonces.

La implementación de un control sistemático previo al alta de las mujeres y sus bebés sería una oportunidad para prevenir complicaciones o aumentar la búsqueda de atención, asesorar a las madres sobre problemas comunes, cuidados básicos en el hogar y cuándo derivar a su bebé a un profesional (George & Young, 2011)

Bebés con síndrome de dificultad respiratoria

Para los bebés prematuros con SDR, los métodos para administrar oxígeno incluyen puntas nasales o catéteres nasales. El manejo seguro del oxígeno es crucial y cualquier bebé que reciba oxigenoterapia continua debe ser monitoreado con un oxímetro de pulso.

La base de la atención neonatal de los bebés muy prematuros desde la década de 1990 fue la ventilación asistida. Sin embargo, la reducción de la gravedad del SDR debido al mayor uso de corticosteroides prenatales y la creciente preocupación por el daño pulmonar "impulsaron un cambio hacia un soporte respiratorio menos intensivo, en particular CPAP, que comúnmente usa puntas nasales para administrar gas presurizado, humidificado y calentado (aire y / u oxígeno) para reducir el colapso de los pulmones y los alvéolos" (Sankar & Sankar, 2008).

Los ensayos recientes han demostrado que la CPAP reduce la necesidad de ventilación con presión positiva de los bebés de menos de 28 semanas de gestación y la necesidad

de transferir a los bebés de menos de 32 semanas de gestación a las unidades de cuidados intensivos neonatales (Sankar & Sankar, 2008)

El aumento del uso de CPAP sin regulación es motivo de preocupación. Muchos dispositivos están en la categoría de "hechos en casa"; Se están desarrollando varios dispositivos CPAP de burbujas de bajo costo específicamente para países de bajos ingresos, pero es necesario probarlos para determinar su durabilidad, confiabilidad y seguridad. La ventilación asistida por CPAP requiere una habilidad médica y de enfermería adecuada para aplicar y administrar de manera segura y efectiva, y también requiere otro equipo de apoyo, como una fuente de oxígeno, un dispositivo de monitoreo de oxígeno y una máquina de succión.

Conclusión

Es evidente que la problemática y el abordaje ante el nacimiento de un bebé prematuro debe ser una prioridad en los centros de salud de todo el mundo, sin embargo, durante el desarrollo del proceso investigativo se puede observar que se están logrando avances en la reducción de las muertes maternas y de niños después del primer mes de vida.

El progreso de las muertes neonatales es más lento. Es posible que las muertes por infecciones neonatales graves se reduzcan mediante el empleo de los programas de salud infantil. Las muertes neonatales debidas a complicaciones intraparto ("asfixia al nacer") también están comenzando a disminuir, aunque lentamente, quizás relacionadas con el aumento de las inversiones en la atención al nacer y la salud materna.

No obstante, es menos probable que se reduzcan las más de 1 millón de muertes entre los bebés prematuros mediante el empleo de otros programas y, de hecho, han sido la vulnerabilidad y las necesidades es-

pecíficas del bebé prematuro lo que catalizó la especialidad de neonatología. Existen soluciones simples que reducirán las muertes entre los bebés prematuros de inmediato para las familias más pobres en el hogar en los entornos de ingresos más bajos, por ejemplo, la promoción de la lactancia materna temprana y exclusiva, el lavado de manos, las aplicaciones del cordón de clorhexidina y el cuidado piel a piel.

En este sentido, los grupos de mujeres y otros enfoques de movilización comunitaria son fundamentales; sin embargo, también se necesita una atención de mayor impacto en las instalaciones, como KMC, apoyo a la alimentación y el manejo de infecciones y complicaciones respiratorias, lo cual depende de enfermeras y otras personas con habilidades en el cuidado de bebés pequeños, así como de tecnología más innovadora. Por lo tanto hay que tener en cuenta, que comenzar con cuidados intensivos fracasará si no se tiene una higiene simple, una atención cuidadosa a la alimentación y otros componentes básicos.

Bibliografía

- Behrman, R., & Butler, A. (2016). Preterm birth: Causes, consequences, and prevention. (Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes BoHSP. The National Academies Press .
- Blencowe, H., & Cousens, S. (2015). Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* .
- Blencowe, H., & Cousens, S. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* , 2162-2172.
- Charpak, N., Ruiz, J., & Zupan, J. (2015). Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr* , 514-522.
- Darmstadt, G., & Saha, S. (2007). Effect of topical emollient treatment of preterm neonates in Bangladesh on invasion of pathogens into the bloodstream. *Pediatr Res* , 588-593.
- Duman, N., & Utkutan, S. (2016). Polyethylene skin wrapping accelerates recovery from hypothermia in very low-birthweight infants. *Pediatr Int* , 29-32.
- George, A., & Young, M. (2011). Setting implementation research priorities to reduce preterm births and stillbirths at the community level. *PLoS medicine* .
- Lawn, J., & Kinney, M. (2013). Born Too Soon: Accelerating action for prevention and care of 15 million newborns born too soon. *Reprod Health* .
- OMS. (2012). Recommendations for management of common childhood conditions: Evidence for technical update of pocket book recommendations. World Health Organization .
- OMS. (2010). Essential newborn care training course. World Health Organization .
- Osrin, D. (2010). The implications of late-preterm birth for global child survival. *International journal of epidemiology* , 645-649.
- Petrou, S., & Henderson, J. (2016). Pushing the boundaries of viability: the economic impact of extreme preterm birth. *Early Hum Dev* , 77-84.
- Sankar, M., & Sankar, J. (2008). Protocol for administering continuous positive airway pressure in neonates. *Indian journal of pediatrics* , 471-478.
- Saugstad, O., Ramji, S., & Vento, M. (2016). Oxygen for newborn resuscitation: how much is enough? *Pediatrics* , 789-792.
- The Young Infants Clinical Signs Study Group. (2008). Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. *Lancet* , 135-142.
- Wall, S., Lee, A., & Niermeyer, S. (2009). Neonatal resuscitation in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up? . *Int J Gynaecol Obstet* .

CITAR ESTE ARTICULO:

Basurto Macías, G. G., Pesantez Durán, F. A., Santos Zambrano, C. J., & Ontaneda Peralta, D. F. (2021). Cuidados del recién nacido prematuro. RECIMUNDO, 5(1), 361-370. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.361-370](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.361-370)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.