Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura
Sede Valparaíso

"CARACTERIZACIÓN BIOPSICOSOCIAL DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 1.500 GRAMOS AL NACER Y PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LOS CUIDADOS NEONATALES OTORGADOS POR MATRONA/MATRÓN, EN VALPARAÍSO ENTRE LOS AÑOS 2009 – 2013"

Tesis para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura

Profesor Guía
Paula Oyarzún Andrades
Estudiantes
Daniela Ahumada Varas
Paulina Contreras Manzo
Paulina Cuadra Herrera
Nicolette Núñez González
Valentina Paz Toledo
Valentina Salgado Díaz

Valparaíso, 2014

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
I. Página del título	**1**
II. Resumen	**3**
III. Abstract	**5**
IV. Introducción	**7**
1. Problema de Investigación	**15**
2. Objetivos	**16**
2.1. Objetivo General	16
2.1.1. Objetivos específicos	16
2.2. Objetivo General	16
2.2.1. Objetivos específicos	16
3. Contribución del estudio	**17**
V. Material y Método	**18**
1. Metodología del estudio	**19**
1.1. Tipo y alcance del estudio	19
1.2. Diseño del estudio	19
2. Población de estudio	**20**
2.1. Universo de estudio	20
2.2. Criterios de inclusión	20
2.3. Criterios de exclusión	21
3. Fuentes de información	**21**
3.1. Unidad de estudio	21
3.2. Unidad informante	21
3.3. Unidad referencial	21
4. Justificación del instrumento	**22**
5. Análisis de datos	**23**
6. Consideraciones éticas	**23**
7. Pasos metodológicos	**24**

8.	**Limitaciones del estudio**	**26**
VI.	**Resultados**	**27**
1.	**Objetivo General n°1**	**28**
1.1.	**Objetivo Específico n°1**	**28**
1.1.1.	Sexo del recién nacido	28
1.1.2.	Peso al nacer	29
1.1.3.	Edad Gestacional del recién nacido	30
1.1.4.	APGAR al nacer	31
1.1.5.	Patologías del recién nacido	32
1.1.6.	Tiempo de hospitalización	33
1.1.7.	Diagnóstico al alta	34
1.2.	**Objetivo Específico n°2**	**36**
1.2.1.	Apego neonatal	36
1.2.2.	Vínculo temprano madre y/o padre – recién nacido	38
1.2.3.	Escolaridad materna	41
1.2.4.	Ocupación materna	42
1.2.5.	Estado civil de la madre del prematuro	43
1.2.6.	Tipo de familia	44
2.	**Objetivo General n°2**	**45**
2.1.	**Objetivo Específico n°1**	**45**
2.1.1.	Cuidados neonatales	45
2.1.2.	Inclusión de la madre y/o padre a los cuidados del neonato.	46
2.1.3.	Educación	49
2.2.	**Objetivo Específico n°2**	**51**
2.2.1.	Trato	51
2.2.2.	Comunicación	52
2.2.3.	Creación de vínculos	53

VII.	**Discusión y Conclusiones**	**54**
	1. Discusión	55
	2. Conclusiones	61
VIII.	**Agradecimientos**	**63**
IX.	**Referencias bibliográficas**	**65**
X.	**Datos suplementarios**	**71**
1.	**Glosario de términos, siglas, abreviaciones**	**72**
2.	**Marco teórico**	**74**
2.1.	Avances en Cuidados Neonatales	74
2.2.	Magnitud de la prematurez en el mundo	77
2.3.	Magnitud de la prematurez en América Latina, El Caribe y Chile	79
2.4.	Caracterización del prematuro	83
2.4.1.	Caracterización Biológica del prematuro	83
2.4.2.	Patologías más frecuentes	84
2.4.3.	Caracterización psicosocial del prematuro	87
2.5.	Políticas públicas en torno a la prematurez en Chile	90
2.6.	Programa de seguimiento de prematuros	92
2.7.	Rol del profesional Matrona/Matrón de Neonatología en torno a los cuidados del prematuro	94
2.8.	Asociación de padres de Prematuros, ASPREM	96
XI.	**Matriz de operacionalización de objetivos**	**98**
XII.	**Método**	**107**
1.	Instrumento de recolección de datos	108
2.	Consentimiento informado	116
3.	Ficha de consentimiento informado	118
4.	Autorización presidenta de ASPREM Chile	120
5.	Tablas	122

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
Tabla 1. Muerte por prematuridad en menores de 5 años en los años 2000 y 2010	79
Tabla 2.Sobrevida de prematuros extremos según edad gestacional	81
Tabla 3. Incidencia de prematurez en zonas de mayor densidad poblacional en Chile	82
Tabla 4. Patologías más frecuentes en el prematuro	84
Tabla 5. Sexo del recién nacido	122
Tabla 6. Peso al nacer	122
Tabla 7. Edad gestacional	122
Tabla 8. APGAR al nacer	122
Tabla 9. Patologías del recién nacido durante la hospitalización	123
Tabla 10. Tiempo de hospitalización	124
Tabla 11. Presencia de patologías al momento del alta	124
Tabla 12. Diagnóstico al alta	125
Tabla 13. Reconocimiento de apego neonatal durante la hospitalización	126
Tabla 14. Reconocimiento de desarrollo de vínculo madre y/o padre – recién nacido	126
Tabla 15. Vínculo temprano madre y/o padre – recién nacido	127
Tabla 16. Escolaridad materna al momento del alta del prematuro	127
Tabla 17. Ocupación materna al momento del alta del prematuro	128
Tabla 18. Estado civil de la madre al momento del alta del prematuro	128
Tabla 19. Clasificación de familia	128
Tabla 20. Cuidados neonatales realizados por el profesional Matrona/Matrón observados por la madre y/o padre del prematuro	129

Tabla 21. Alimentación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización	129
Tabla 22. Estimulación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización	130
Tabla 23. Cuidados básicos realizados por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización	130
Tabla 24. Lenguaje usado por el profesional Matrona/Matrón.	130
Tabla 25. Relevancia de la información entregada por el profesional Matrona/Matrón.	131
Tabla 26. Trato del profesional Matrona/Matrón hacia la madre y/o padre del prematuro.	131
Tabla 27. Comunicación establecida entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro.	131
Tabla 28. Creación de vínculos entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro.	132

INDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico o figura	Página
Gráfico 1. Sexo del recién nacido	28
Gráfico 2. Peso al nacer	29
Gráfico 3. Edad gestacional	30
Gráfico 4. APGAR al nacer	31
Gráfico 5. Patologías del recién nacido durante la hospitalización	32
Gráfico 6. Tiempo de hospitalización	33
Gráfico 7. Presencia de patologías al momento del alta	34
Gráfico 8. Diagnóstico al alta	35
Gráfico 9. Reconocimiento de apego neonatal durante la hospitalización	36
Gráfico 10. Tipo de apego neonatal reconocido durante la hospitalización	37
Gráfico 11. Reconocimiento de desarrollo del vínculo madre y/o padre – recién nacido	38
Gráfico 12. Contacto físico durante la hospitalización	39
Gráfico 13. Lactancia materna durante la hospitalización	40
Gráfico 14. Escolaridad materna al momento del alta del prematuro	41
Gráfico 15. Ocupación materna al momento del alta del prematuro	42
Gráfico 16. Estado civil de la madre al momento del alta del prematuro	43
Gráfico 17. Clasificación de familia	44
Gráfico 18. Cuidados neonatales realizados por el profesional Matrona/Matrón observados por la madre y/o padre del recién nacido prematuro	45
Gráfico 19. Alimentación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización	46

Gráfico 20. Estimulación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización	47
Gráfico 21. Cuidados básicos realizados por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización	48
Gráfico 22. Lenguaje usado por el profesional Matrona/Matrón	49
Gráfico 23. Relevancia de la información entregada por el profesional Matrona/Matrón	50
Gráfico 24. Trato del profesional Matrona/Matrón hacia la madre y/o padre del prematuro	51
Gráfico 25. Comunicación establecida entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro	52
Gráfico 26. Creación de vínculos entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro	53

Capítulo I

TÍTULO

“Caracterización biopsicosocial de recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer y percepción de los padres sobre los cuidados neonatales otorgados por Matrona/Matrón, en Valparaíso entre los años 2009 – 2013”

Paula Oyarzún Andrades[1], Daniela Ahumada Varas[2], Paulina Contreras Manzo[2], Paulina Cuadra Herrera[2], Nicolette Núñez González[2], Valentina Paz Toledo[2], Valentina Salgado Díaz[2].

1. Matrona docente, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
2. Estudiantes de pregrado, tesistas de 4to año, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Paula Oyarzún Andrades.

Dirección: Blas Cuevas #1028, Subida el Litre, Valparaíso, Chile.
Teléfono Celular: +569 – 87295878
Correo electrónico: paula.oyarzun@uv.cl

Capítulo II

RESUMEN

La prematurez extrema en Chile es una problemática de salud que genera interés investigativo. Es rol de la/el Matrona/ón centrarse en el cuidado integral del prematuro, sus padres y su familia, primando la educación en todo el proceso.

Objetivos: Caracterizar a los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer desde la perspectiva biopsicosocial y describir la percepción de los padres respecto a las actividades que realizó el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados neonatales.

Metodología: Estudio de diseño cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, exploratorio y no experimental. Se realizó un Censo en 30 padres que participan de ASPREM Chile en el periodo 2009 y 2013, cuyos hijo/as pesaron menos de 1.500 gramos al nacer. Se utilizó una encuesta estructurada con consentimiento informado. Los datos fueron tabulados y graficados con *Microsoft Excel 2007* y *2013*.

Resultados: Predominaron los prematuros de sexo masculino, edad gestacional entre 27 y 29 semanas, de muy bajo peso al nacer. Las patologías neonatales más frecuentes fueron el distrés respiratorio y displasia bronco pulmonar al alta. Los padres reconocieron participar principalmente en actividades de alimentación con lactancia materna mixta, estimular a través de caricias y palabras a sus hijos/as y realizar cuidados básicos de aseo, vestimenta y manejo del dolor; percibieron un trato comprensivo por parte del profesional Matrona/Matrón, quien mostró interés por ellos y estuvo disponible para responder dudas e inquietudes.

Conclusiones: Los resultados sobre el perfil biopsicosocial del prematuro fueron similares a los estudios publicados sobre el tema. En cuanto a la inclusión de los padres en los cuidados del prematuro hospitalizado, realizaron actividades de cuidados básicos, estimulación temprana y alimentación. En relación a la percepción de los padres sobre los cuidados otorgados por el profesional Matrona/Matrón a sus hijos/as fue mayoritariamente positiva, destacando sus competencias asistenciales y educativas.

PALABRAS CLAVES: Prematuro de menos de 1.500 gramos al nacer; Rol Matrona/Matrón; Asociación de Padres de Prematuros.

Capítulo III

ABSTRACT

The extreme prematurity in Chile is a health problem which generates investigative interest. The Midwife and Male midwife should focus in the integral care of the preterm newborn, the parents and the family, prioritizing education through all the process.

Aim: characterize the newborn babies weighing less than 1.500 grams at birth from a biopsychosocial perspective and describe the parental perception of the activities performed by the Midwife and Male midwife about neonatal care.

Methods: A quantitative, descriptive, retrospective, exploratory and non experimental study. A census was executed at 30 parents who participates in the *Asociación de Padres de Prematuros* between the years 2009 and 2013, whose children weighed less than 1.500 grams at birth. A structured questionnaire with informed consent was used. The data was tabulated and graphed with *Microsoft Excel 2007* and *2013.*

Results: There was male sex predominance; gestational age was from 27-29 weeks and very low weight at birth. The most frequent neonatal pathologies where the respiratory distress and the bronchopulmonar dysplasia at discharge. The parents recognized to participate in feeding activities with mixed breastfeeding, in stimulation activities through caresses and words to their children, and perform basic care of cleanliness, clothing and pain management; A comprehensive treatment was perceived coming from the Midwife and Male midwife, who showed interest in them and was available for answering doubts and questions.

Conclusions: The results about the premature biopsychosocial profile were similar to published studies of the subject. About the parental inclusion in the care of hospitalized premature, they perform activities about basic care, early stimulation and feeding. Related to the parental perception about the care granted by the midwife and male midwife to they children, was mostly positive, distinguishing the asistencial and educational competencies.

KEY WORDS: Premature weighing less than 1.500 grams at birth; Midwife and Male midwife role; Asociación de Padres de Prematuros.

Capítulo IV

INTRODUCCIÓN

En los actuales profesionales Matrona/Matrón, hay un interés creciente por el desempeño en el ámbito de la neonatología, frente al considerable desarrollo de los avances tanto tecnológicos como asistenciales que han permitido mejorar la sobrevida de los prematuros, definidos por la OMS como todo niño o niña nacido antes de las 37 semanas de gestación y con un peso inferior a 2.500 gramos al nacer, de los cuales se constituye un nuevo grupo de usuarios y usuarias con diversas características biológicas, psicológicas y sociales, que concentran la atención de este profesional: los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN), clasificados según el peso de nacimiento, siendo los recién nacidos menores de 1.500 gramos aquellos que demandan mayor atención y cuidados durante su hospitalización y a lo largo de la vida, de este grupo se obtienen estudios y publicaciones acotadas respecto a su hospitalización, enfocados principalmente en el ámbito biomédico, abordando las patologías más frecuentes en los prematuros. Por lo cual surge el interés investigativo en el área psicosocial como complemento de lo anterior. (1)

Aproximadamente 9 millones de niños y niñas mueren en el mundo entre su nacimiento y los de 5 años de edad. Países como India, Nigeria, la República Democrática del Congo, Etiopía y China concentran más de la mitad del total de muertes infantiles del mundo. Se reconocen 6 causas como las preponderantes ante esta situación: Neumonía (19%), diarrea (17%), nacimiento prematuro (10%), infecciones neonatales (10%), malaria (8%), asfixia perinatal (8%). Entre ellas destaca el notable aumento del parto prematuro. (2)

Estudios internacionales estiman que durante el año 2010, 1 de cada 10 recién nacidos fueron prematuros, por lo que se calcula que anualmente hay 15 millones de nacimientos de pretérmino en el mundo y aproximadamente 1 millón muere por esta causa. Sobre el 60% de los nacimientos prematuros a nivel mundial ocurren en África, el sur y centro de Asia, dichos países registran tasas de nacimiento prematuro mayores al 15%. Por el contrario, Latino América y el Caribe

se encuentran dentro de los países con menor proporción de nacimientos prematuros, llegando sólo al 8,6%. (2)

En América del norte, Estados Unidos presenta una tasa un 50% mayor a la de Argentina, este último presenta 12 de cada 100 nacimientos prematuros, muy similar a la de Honduras. En países de mayores ingresos económicos, el aumento de nacimientos prematuros está vinculado con el mayor número de mujeres mayores de 30 años que quieren ser madres y el aumento de usuarias con problemas de fertilidad que acceden a tratamientos hormonales con fármacos poliovulatorios para lograr una gestación, lo que aumenta la incidencia de gestaciones múltiples, factor preponderante en los nacimientos prematuros.

Estudios latinoamericanos señalan que Ecuador encabezaría el ranking con los mejores indicadores, presentando la segunda tasa de prematuridad más baja del mundo, con 5 de cada 100 nacimientos prematuros, seguido por Cuba, con 6,4 de cada 100 nacimientos. (3)

En lo que respecta a Chile, durante el año 2010 se registraron 250.643 nacidos vivos, de los cuales 18.171 fueron prematuros (7,2%). En la región de Valparaíso se registraron 23.788 nacidos vivos correspondientes al 9,5% del total país, convirtiéndose así en la tercera región con mayor cantidad de nacidos vivos, luego de la región Metropolitana (40,3%) y el Biobío (11,3%). Del total de nacidos vivos en la región de Valparaíso, 1.660 nacimientos fueron prematuros (7%) y de estos, 233 fueron prematuros con un peso inferior a 1500 gramos al nacer (14%) (4)

Respecto a Latinoamérica, Chile cuenta con auspiciosas cifras en salud, con una mortalidad neonatal de 5,9 por 1.000 nacidos vivos y una incidencia de bajo peso al nacer de 5,1%, siendo estos mejores indicadores que los observados en Brasil, Costa Rica, Venezuela y República Dominicana. Esto se debe principalmente a que Chile posee un sistema de salud perinatal regionalizado con 28 maternidades que cuentan con UCI neonatal, habiendo tres centros

hospitalarios públicos en la V región que ofrecen prestaciones neonatales de alta complejidad. Además, se reportan altas cifras de atención de partos en centros hospitalarios (99%), lo que ha permitido un seguimiento estricto y un registro confiable en relación a los recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos. (5) (6)

El término “Prematuro” proviene del Latín Praematurus, Prae (antes) y Maturus (Maduro) “Antes de madurar”, Tal como lo expresa la etiología de la palabra, el recién nacido prematuro carece de madurez en gran parte de sus órganos, lo que compromete su estado de salud, derivando en diversas patologías e incluso en secuelas en la vida adulta. (7)

La más frecuente consecuencia de la inmadurez de los órganos del prematuro, son las patologías respiratorias, asociadas principalmente al deficiente desarrollo de los pulmones, haciendo referencia a la enfermedad de la membrana hialina (EMH) y la apnea. En casos como éstos, el prematuro es mantenido con ventilación mecánica, aumentando el riesgo de padecer displasia broncopulmonar y también bronconeumonía neonatal, por las repetidas manipulaciones que conlleva dicha intervención, que aumentan la carga bacteriana en las vías respiratorias del prematuro. (8)(9)

Debido que el prematuro de muy bajo peso al nacer vive hospitalizaciones prolongadas, la cantidad de intervenciones que se le realizan son mayores en comparación a un prematuro de mayor edad gestacional o mayor peso, ello conlleva al desarrollo de patologías como la anemia del prematuro, que se agrava con la inmadurez hepática del neonato e impide el correcto recambio de células sanguíneas, como también aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia debido a la destrucción de glóbulos rojos y la inmadurez de estos mismos. (10)(11)

Los escasos depósitos de grasa parda y glucógeno, hacen al prematuro susceptible a la hipotermia. Esta puede a su vez resultar en hipoglicemia. Actualmente la termorregulación se logra a través del uso de incubadoras con un ATN (Ambiente Térmico Neutral) (11)

Otra característica del prematuro extremo, es el déficit de inmunoglobulinas a causa de la inmadurez del sistema inmune. Esto hace de los prematuros susceptibles a la sepsis nosocomial, lo que disminuye en mayor medida la esperanza de sobrevida del recién nacido. (13)

Las cifras perinatales señaladas han orientado las políticas públicas del Sistema de Salud en Chile, el cual plantea como objetivos sanitarios respecto a este grupo el disminuir la morbimortalidad neonatal, contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas que egresan de unidades de cuidado intensivo neonatal y mejorar la calidad de la atención neonatal (12)

Con el fin de contribuir al cumplimiento de las metas sanitarias por parte del Sistema de Salud en Chile se incluye la prematurez en el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) en el año 2005, asegurando acceso, oportunidad, protección y calidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología. Posteriormente en el año 2006 se incluye en el mismo programa, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. (14)

El aumento de nacimientos prematuros, genera además la necesidad de desarrollar protocolos y programas que evalúen el desarrollo durante la niñez de este grupo vulnerable. Uno de ellos constituye el Programa de Seguimiento del Prematuro, que si bien cubre satisfactoriamente el ámbito de atención biomédica para la prevención de secuelas y el tratamiento de las mismas, deja un vacío con respecto al apoyo psicosocial del prematuro, sus padres y su familia, ya que no contempla medidas especiales para la primera infancia del niño o niña.

El Programa de Seguimiento del Prematuro, está enfocado en las patologías de mayor incidencia y gravedad, que perduran más allá del egreso hospitalario. Si bien, no todos los prematuros presentan problemas de ésta índole, es necesario evaluar aspectos importantes, como aporte nutricional y crecimiento ponderal, desarrollo neurológico y psicomotor, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, hipoacusia, anemia del prematuro y osteopenia. (15)

Es así que la prematurez constituye un problema de salud pública contingente, que no solo llama la atención de los profesionales de la salud, sino también de los padres y familiares de prematuros, quienes se han hecho partícipes activos de los procesos de atención de sus hijos/as y viven la prematurez desde una perspectiva biopsicosocial.

Las políticas públicas y el equipo de salud deberían asegurar el tratamiento de las patologías más frecuentes del prematuro y el seguimiento de aquellas patologías que se extienden más allá del alta médica del niño o niña, se debería considerar la carga emocional que implica para los padres todo el proceso hospitalario y posterior seguimiento de su hijo o hija, repercutiendo en la salud psicosocial de los padres y por ende, también del prematuro. Dicho aspecto no se encuentra considerado explícitamente en los programas de seguimiento antes mencionados.

Al estrés de la hospitalización se le debe sumar el conflicto emocional que causa este “niño/a real” versus el “niño/a esperado/a”, con las aspiraciones que los padres tenían para él o ella. (16)

En la actualidad, con el objeto de evitar el distanciamiento y favorecer un vínculo temprano entre padres e hijos a nivel intrahospitalario, se han instaurado medidas para favorecer la cercanía familiar como extender el horario de visitas, permitir a los padres participar en actividades propias de la atención de sus hijos e hijas, entre otras, promoviendo que tanto el padre como la madre sean una parte activa en el proceso de hospitalización y desarrollo de sus hijos, reduciendo la

angustia y sentando las bases de una relación amorosa. Es en esta vinculación temprana en donde el profesional Matrona/Matrón adquiere importancia, ya que además de ser el encargado de los cuidados intensivos e intermedios, es también aquella persona a quien los familiares recurren con sus inquietudes, se comunica directamente con los padres, pudiendo pesquisar signos de angustia y prestar ayuda y contención emocional cuando es necesaria, recordando que además de cuidar la salud biológica, se debe cuidar la salud emocional y familiar. (16)

En la ciudad de Viña del Mar (V región, Chile), durante el año 2010 se crea la Asociación de Padres de Prematuros (ASPREM), fundación sin fines de lucro, la cual se sostiene gracias al apoyo voluntario de personas naturales y jurídicas que están sensibilizados con el tema. Tiene como objetivo principal trasmitir esperanza a quienes atraviesan por la difícil problemática que representa la llegada anticipada de un hijo o hija, y a su vez, brindar y desarrollar redes de apoyo que sean necesarias para la problemática que produce la prematurez. (17)

En el contexto de las prolongadas hospitalizaciones, el seguimiento y las necesidades psicosociales del prematuro y su familia, resulta relevante que el rol del profesional Matrona/Matrón de Neonatología, se centre en los cuidados y atención al recién nacido prematuro desde un enfoque integral, asistiendo a todos los requerimientos de la triada, sean de índole biomédicas como también afectivas y psicosociales.

Cabe destacar que a nivel nacional hay escasas publicaciones sobre las características biopsicosociales de recién nacidos prematuros, y acotados estudios que señalen la percepción de los padres de prematuros con respecto al rol de la Matrona/Matrón que cuida de él durante su hospitalización en los servicios de Neonatología. La literatura científica, otorga información respecto a la fisiopatología, el manejo médico y las secuelas posteriores en el prematuro que padece una determinada patología, constituyendo el perfil biológico del prematuro. Sin embargo el entorno psicosocial en que se ven insertos estos niños y niñas durante la hospitalización no se ha estudiado en profundidad, por lo que

características como la participación de sus padres durante su tratamiento, o la respuesta del profesional Matrona/Matrón a la necesidad de apoyo y contención de estos, se conocen escasamente. (5)(6)

En consecuencia, esta investigación responde a dos problemáticas; La primera, caracterizar a los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, tanto sus características biológicas como psicosociales, relacionando su estado de prematurez con los antecedentes perinatales (caracterización biológica) como también el ambiente en que está inserto desde su vida intrauterina a la extrauterina y su entorno familiar (caracterización psicosocial). Por otra parte, al conocer la percepción de los padres respecto a las actividades del profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados del neonato, se pueden identificar las fortalezas y debilidades que se presentan en torno a la atención neonatal.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las características biopsicosociales de los recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer cuyos padres pertenecen a ASPREM?

¿Cuál es la percepción de los padres pertenecientes a ASPREM sobre los cuidados neonatales otorgados por el profesional Matrona/Matrón?

Se enuncia:

"Caracterización biopsicosocial de recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer y percepción de los padres sobre los cuidados neonatales otorgados por Matrona/Matrón, en Valparaíso entre los años 2009 – 2013"

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar a los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer desde la perspectiva biopsicosocial de padres pertenecientes a ASPREM Chile entre los años 2009 – 2013 en la región de Valparaíso.

2.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características biológicas de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.
- Establecer las características psicosociales del entorno de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

2.2. OBJETIVO GENERAL:

Describir la percepción de los padres pertenecientes a ASPREM Chile, respecto a las actividades que realiza el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados de los recién nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

2.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar desde la percepción de los padres, las actividades realizadas por el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados de los recién nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.
- Determinar desde la percepción de los padres, el tipo de relación que se establece entre ellos y el profesional Matrona/Matrón a cargo de los cuidados neonatales.

3. CONTRIBUCIÓN DEL ESTUDIO:

Con la realización de este proyecto se pretende reunir de manera integral las características biopsicosociales de los recién nacidos menores de 1.500 gramos al nacer cuyos padres participan activamente de ASPREM Chile. Esto con visión de futuro en el ámbito de los cuidados neonatales, dando pie a estudios de causalidad, y posteriormente poder realizar actividades específicas durante el período preconcepcional, gestacional y post natal de la madre y padre, con el fin de ser un aporte para disminuir las posibles causas de la prematurez y prevenir aquellas patologías más frecuentes que aumentan la morbimortalidad y afectan directamente la calidad de vida de los prematuros extremos.

Por otro lado, en torno al segundo objetivo general de este estudio, se busca conocer la percepción que tienen los padres respecto del profesional Matrona/Matrón de Neonatología, con el fin de identificar fortalezas y debilidades en cuanto a la atención integral en cuidados neonatales que entrega el profesional con el objeto que a mediano plazo se generen protocolos en los servicios de neonatología que consideren aspectos de atención más humanizada y centradas en el neonato y su familia.

Capítulo V

MATERIAL Y MÉTODO

1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1.1. TIPO Y ALCANCE DEL ESTUDIO

Se define **cuantitativo**, ya que se pretende estudiar el fenómeno de la prematurez y las actividades del profesional Matrona/Matrón desde la perspectiva de los padres participantes de ASPREM Chile, definiendo así, características *biopsicosociales* predominantes de este grupo de niños y niñas, y la percepción de los padres respecto al profesional.

El presente estudio es **descriptivo**, ya que el estudio se desarrolla para la obtención de información en relación a la prematurez como fenómeno de salud y la percepción de los padres respecto a las actividades del profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados neonatales. La información obtenida es posible usarla para planificar acciones a nivel local acorde a la realidad detectada por lo descrito en el estudio.

1.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Es **retrospectivo**, ya que se estudiarán cohortes de prematuros de menos de 1.500 gramos al nacer, en los últimos 5 años, vale decir, entre Enero de 2009 y Diciembre de 2013. La importancia de realizar el estudio retrospectivo, es considerar las mejoras y los avances en el ámbito de la neonatología en las características biopsicosociales de los prematuros de muy bajo peso al nacer, como también la atención del profesional Matrona/Matrón.

Es **exploratorio**, ya que al existir escasos estudios publicados, contribuye a establecer una base de conocimientos reales y actuales sobre la prematurez como problema de salud, dando pie a posteriores estudios con mayor profundidad, partiendo de esta base descriptiva que se otorga al fenómeno poco estudiado. Además, respecto a la percepción de los padres de las actividades del profesional

sobre los cuidados neonatales, es una temática escasamente estudiada tanto cualitativa como cuantitativamente, por lo que se aporta una base a lo que constituye los conocimientos respecto al capital humano de los servicios de Neonatología.

Es **no experimental**, ya que no se interviene ninguna de las variables consideradas en la investigación.

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

2.1. UNIVERSO DEL ESTUDIO

En la V región de Valparaíso existen 52 prematuros cuyos padres participan activamente de ASPREM Chile, de los cuales 30 corresponden a niños y niñas que pesaron menos de 1.500 gramos al nacer entre los años 2009 – 2013. De esta forma el universo de estudio se constituye de 30 prematuros menores de 1.500 gramos al nacer entre los años señalados. Sobre el universo, se realizará un censo aplicando el instrumento de recolección de datos a los padres de los 30 prematuros.

2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Padres de niños y niñas prematuros de menos de 1.500 gramos al nacer, miembros de ASPREM Chile de la región de Valparaíso entre los años 2009 – 2013, cuya hospitalización haya sido desarrollada en la misma región, que posea además el carné de control de niño sano de su hijo o hija, y firme el consentimiento informado de la encuesta.

2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Padres de niño o niña prematuro mortineonato; recién nacido que muere entre los 0 – 28 días de su nacimiento y que no logra recibir su alta médica.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN:

3.1. UNIDAD DE ESTUDIO:

Para el análisis de las variables biopsicosociales de los neonatos, la unidad de estudio corresponde a recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer cuyos padres pertenecen a ASPREM Chile.

Para el análisis de las actividades del profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados neonatales desde la perspectiva de padres, la unidad de estudio corresponde al profesional Matrona/Matrón de neonatología que realizó actividades de cuidado neonatal al grupo de prematuros.

3.2. UNIDAD INFORMANTE:

Para el análisis del perfil biopsicosocial del prematuro y de las actividades del profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados neonatales, la unidad informante corresponde a padres de prematuros menores de 1.500 gramos al nacer pertenecientes a ASPREM Chile.

3.3. UNIDAD REFERENCIAL:

Para el análisis de ambos objetivos, la unidad referencial corresponde a la Asociación de Padres de Prematuros ASPREM Chile.

4. JUSTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

La metodología a implementar en este estudio se basa en la obtención de datos a través de una encuesta estructurada, dirigida a los padres de prematuros menores de 1.500 gramos al nacer, miembros de ASPREM Chile. Esta encuesta de elaboración exclusiva para este estudio, se enfoca en la recopilación de datos específicos dirigidos a responder de forma fidedigna y objetiva cada variable de los objetivos tanto generales como específicos planteados (Revisar *Capitulo XI. Método, 1. Instrumento de recolección de datos*)

Esta encuesta, dividida en secciones según cada objetivo específico, es en modalidad virtual, elaborada a través de la aplicación de formulario de *Google Drive*. Esta modalidad virtual, asegura la confidencialidad de los datos, ya que para contestarla solo es necesario recibir el link, sin necesidad de acceder a correos, registrarse en cuentas ni ningún requisito que involucre el ingreso de datos personales por parte de los padres que contestan la encuesta.

La aplicación del instrumento se realizará previa firma de consentimiento informado en forma presencial, en un encuentro acordado entre los padres a encuestar y al menos una de las investigadoras responsables. El contacto con cada familia será a través de la directiva de ASPREM, previa aceptación de participar por parte de los padres.

Todo documento físico emanado de este estudio, será guardado por la Directora de la investigación, Sra. Paula Oyarzún Andrades, en su oficina ubicada en el 3er piso de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, calle Blas Cuevas #1028, subida el Litre, Valparaíso.

5. ANÁLISIS DE DATOS:

Para la recopilación de datos se elaboró un formulario con la aplicación *Google Drive*, en el cual se presentan las preguntas del instrumento de recolección de datos con los distintos tipos de respuestas necesarias para responder a cada variable (pregunta de alternativas, respuesta múltiple, respuesta abierta, etc.).

Para la tabulación de los datos se utilizó como software el programa *Microsoft Office Excel 2007*, elaborando una tabla de cálculo que permite agrupar las respuestas y calcular las frecuencias absolutas y relativas de cada variable.

Para la elaboración de tablas y gráficos se utilizó como software el programa *Microsoft Office Excel 2013*, desarrollando tablas que presentan la frecuencia absoluta y relativa de cada variable y gráficos con las frecuencias relativas, utilizando principalmente gráficos de barras verticales simples, barras proporcionales y gráficos circulares.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para la realización del estudio, se aplican las normativas vigentes según la Declaración de Helsinki del año 2008.

El acceso a los padres de prematuros contó con la aprobación de la presidenta de ASPREM Chile Sra. Romina Ruz Rojas en el marco de la investigación, sin otro fin más que el de contar con la participación de los padres de prematuros menores de 1.500 gramos al nacer en la región de Valparaíso. (Revisar *Capitulo XI. Método, 5. Autorización presidenta de ASPREM Chile*)

El instrumento fue elaborado por las tesistas y evaluado por la directora de la investigación Sra. Paula Oyarzún Andrades, piloteado en el mes de Julio de 2014 en donde se seleccionaron tres padres de prematuros cuyos hijos o hijas quedan

fuera de la unidad de análisis, los cuales contestaron el instrumento sin observaciones.

La participación de los padres de prematuros es completamente voluntaria e informada, previa firma de consentimiento informado en forma presencial, donde se garantiza la privacidad de los datos obtenidos a través del instrumento. (Revisar *Capítulo XI. Método, 2. Consentimiento Informado* y *3. Ficha de Consentimiento Informado*)

7. PASOS METODOLÓGICOS:

En el mes de Agosto del año 2013, el comité investigador determinó a los padres que participan activamente de ASPREM Chile como unidad informante de ambos objetivos planteados en el estudio, dado el fácil acceso a ellos a través de la asociación y el interés por participar. Se descartó desde un inicio la revisión de fichas clínicas o el acceso a padres directamente en las unidades de Neonatología debido a lo complejo de la obtención de permisos y el uso de datos de la ficha clínica del prematuro, que al ser un individuo menor de edad, debe pasar por la autorización de sus padres.

En el transcurso del mes de Abril del año 2014, el comité investigador se reunió con la directiva de la Asociación de Padres de Prematuros ASPREM, representado por la presidenta y fundadora de esta asociación Sra. Romina Ruz Rojas. En esta reunión se le explicó los objetivos del estudio, hecho que dio paso a la firma de la carta de autorización de participación “Asociación de Padres de Prematuros” ASPREM Chile para permitir realizar el estudio y acceder a la base de datos de los miembros que participan activamente de esta asociación y que son padres de prematuros menores de 1.500 gramos al nacer en la región de Valparaíso cuyos hijos o hijas hayan nacido entre los años 2009 y 2013.

Posteriormente, durante los meses de Mayo y Junio de 2014 se realizó un catastro de integrantes de ASPREM, el cual se llevó a cabo a través de un formulario difundido por la directiva de esta asociación. Los datos obtenidos han sido almacenados en una plataforma virtual Google Drive, la que es de acceso exclusivo del comité investigador de este estudio. Con los datos obtenidos a través de este catastro se calculó el universo y la muestra a estudiar.

El pilotaje del instrumento de recolección de datos, fue realizado durante el mes de Julio del año 2014, aplicando la encuesta a tres padres de prematuros participantes de ASPREM que no residen en la región de Valparaíso, por ende quedan fuera por criterios de inclusión. El contacto con estas personas se hizo a través de la directiva de ASPREM, previa aceptación de ellas a participar. Tras el pilotaje, no surgieron observaciones por parte de los padres encuestados hacia el instrumento.

La recolección de datos se realizó durante el mes de Septiembre de 2014, aplicando el instrumento de recolección de datos a 30 padres de prematuros participantes de ASPREM que residen en la región de Valparaíso y cuyos hijos nacieron pesando menos de 1.500 gramos entre los años 2009 y 2013, considerados como aptos según los criterios de inclusión. La aplicación del instrumento se realizó de forma voluntaria, previa firma de consentimiento informado. El contacto con los padres se realizó a través de la directiva de ASPREM.

Durante los meses de Octubre y Noviembre de 2014 se realizó la tabulación de los datos obtenidos y sus respectivos gráficos con los programas *Microsoft Office Excel 2007* y *Microsoft Office Excel 2013* para su posterior análisis. Durante este período también se llevó a cabo la discusión y las conclusiones del estudio.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Debido al reducido número de padres participantes de ASPREM que fueron censados, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos considerando el universo de prematuros de la V región, por ende, no son extrapolables.

Otra limitación del estudio es la subjetividad de la percepción de los padres en relación a los cuidados otorgados por el profesional Matrona/Matrón sobre los recién nacidos prematuros hospitalizados, esto considerando el tiempo que ha transcurrido entre la hospitalización y el momento de la realización de la encuesta, lo que conlleva a que los sentimientos y emociones vividas por los padres, pudiesen verse modificadas al momento de responder el instrumento.

Capítulo VI

RESULTADOS

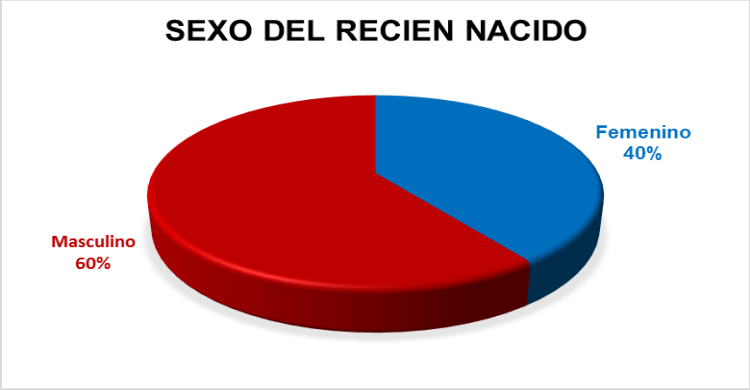
A continuación se presentan los resultados del estudio, ordenados por objetivo y variable, resumiendo de forma gráfica los principales datos obtenidos a través de gráficos de barra simple, barra proporcional y gráfico circular. Para proporcionar una mejor comprensión de los resultados, todas las cifras presentadas a continuación han sido aproximadas a su segundo decimal.

1. Caracterizar a los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer desde la perspectiva biopsicosocial de padres pertenecientes a ASPREM Chile entre los años 2009 – 2013 en la región de Valparaíso.

1.1. Identificar las características biológicas de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

1.1.1. Sexo del Recién Nacido:

Gráfico 1. Sexo del recién nacido (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 5

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región.

Se observa en el gráfico que en la mayoría de los padres encuestados, sus recién nacidos fueron de sexo masculino (60%), mientras que el 40% fueron de sexo femenino.

1.1.2. Peso al nacer:

Gráfico 2. Peso al nacer (N=30)

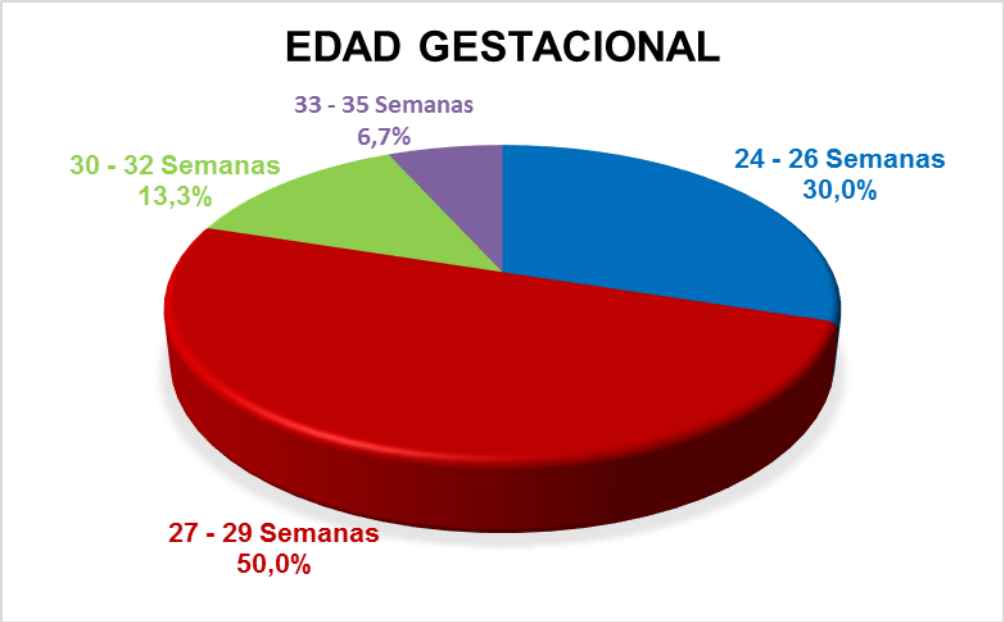
*Ver Anexo 5: Tabla 6

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se observa en el gráfico que el 53,33% de los prematuros tuvieron un peso que los clasifica como RNMBPN (entre 1001-1500 grs) también se encontró que los dos subgrupos restantes, RNEBPN (751-1000 grs), y RN Micronato (500-750 grs), tuvieron un porcentaje de 23,33% cada categoría.

1.1.3. Edad Gestacional del recién nacido prematuro:

Gráfico 3. Edad Gestacional (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 7

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En el gráfico se observa que el 50% de los prematuros, tenían una edad gestacional entre 27 y 29 semanas en el momento del nacimiento, seguido por el rango de 24-26 semanas (30%), luego 30- 32 semanas (13%) y finalmente 33 y 35 semanas (6,7%).

1.1.4. APGAR al nacer:

Gráfico 4. APGAR al nacer (N=30)

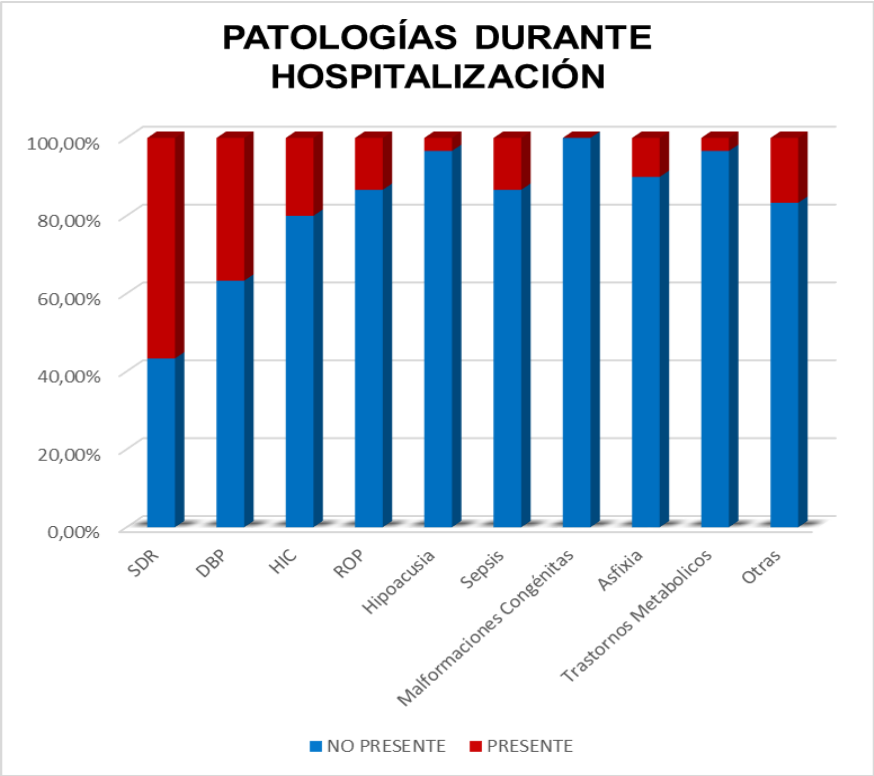
*Ver Anexo 5: Tabla 8

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se observa en el gráfico que en su mayoría (63%) de los prematuros tuvieron un APGAR a los 5 minutos mayor a 7 puntos, y un 37% tuvo un APGAR menor 7 puntos.

1.1.5. Patologías del recién nacido:

Gráfico 5. Patologías del recién nacido durante la hospitalización (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 9

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En el gráfico se observa que el 100% de los prematuros presentaron alguna patología durante la hospitalización. Un 57% presentó síndrome de Distrés respiratorio. Las otras patologías que fueron reconocidos por los padres son la displasia broncopulmonar (37%), la hemorragia Intracraneana (20%), retinopatía del prematuro (13%), la sepsis neonatal (13%), la asfixia (10%), la hipoacusia (3%) y los trastornos metabólicos (3%). No se presentaron malformaciones congénitas. Dentro de las otras patologías reconocidas por los padres estuvieron la enterocolitis necrotizante, hernia inguinal, neumotórax, litiasis renal, ITU y estenosis de rama pulmonar. (17%)

1.1.6. Tiempo de hospitalización:

Gráfico 6. Tiempo de hospitalización (N=30)

*Ver Anexo 5: Tabla 10

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En la variable “días de hospitalización”, el 57% de los recién nacidos de padres encuestados, estuvo hospitalizado en un rango de 50 - 99 días, un 20% entre 30 - 49 días, un 16% estuvo más de 100 días, y el rango 12 – 29 días y 11 días y menos tuvieron un porcentaje de 3,3%.

1.1.7. Diagnóstico al alta:

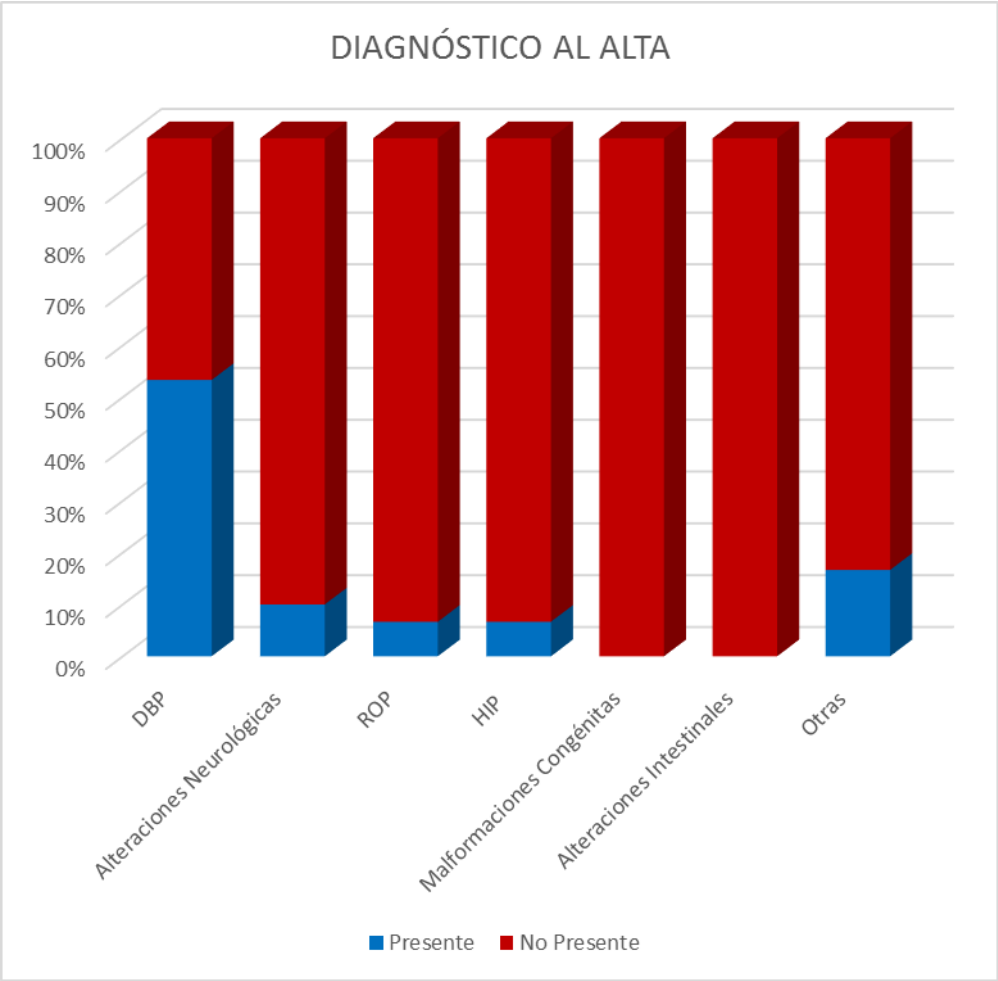
Gráfico 7. Presencia de patologías al momento del alta (N=30)

*Ver Anexo 5: Tabla 11

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se observa que el 70% de los encuestados reconocieron que sus hijos presentaron patologías al alta.

Gráfico 8. Diagnóstico al alta (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 12

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

De las patologías al alta, la más preponderante fue el distrés bronco pulmonar en un 53,3%. Las demás patologías que se presentaron al alta fueron alteraciones neuronales con un 10%, retinopatía del prematuro con un 6,6%, hipoacusia 6,6% y las otras patologías (16%) descritas por los padres, correspondieron a ITU, epilepsia, litiasis renal y pielectasia renal bilateral. Ninguno de los prematuros estudiados presentó alteraciones intestinales al alta.

1.2. Establecer las características psicosociales del entorno de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

1.2.1. Apego neonatal:

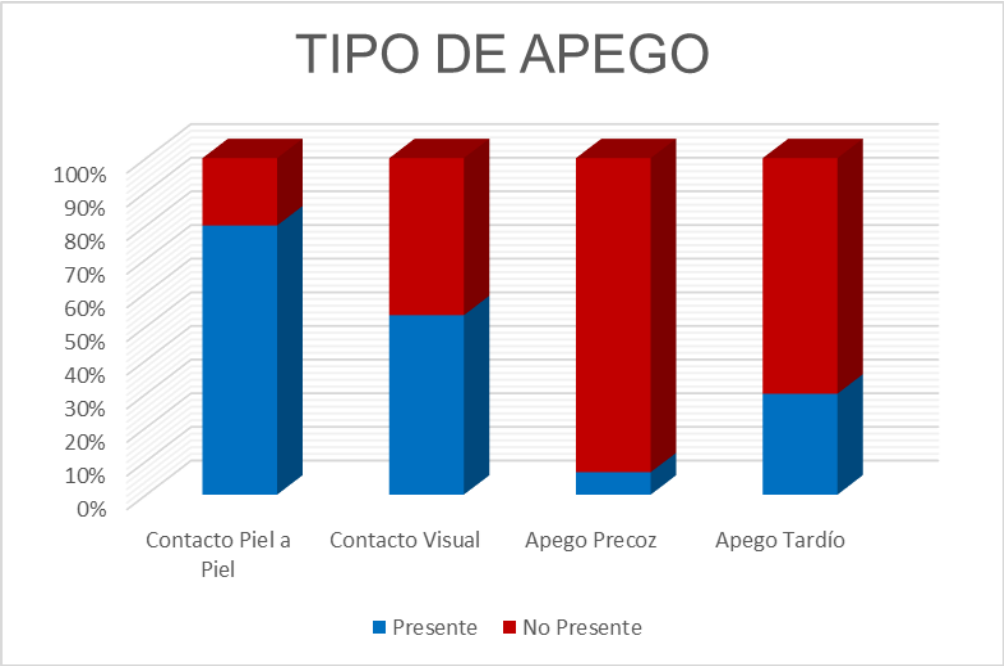
Gráfico 9. Reconocimiento de apego neonatal durante la hospitalización (N=30)

*Ver Anexo 5: Tabla 13

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

La variable que se observa en el gráfico muestra que del total de padres encuestados el 93% reconoce haber tenido algún tipo de apego.

Gráfico 10. Tipo de apego neonatal reconocido durante la hospitalización (N=30)



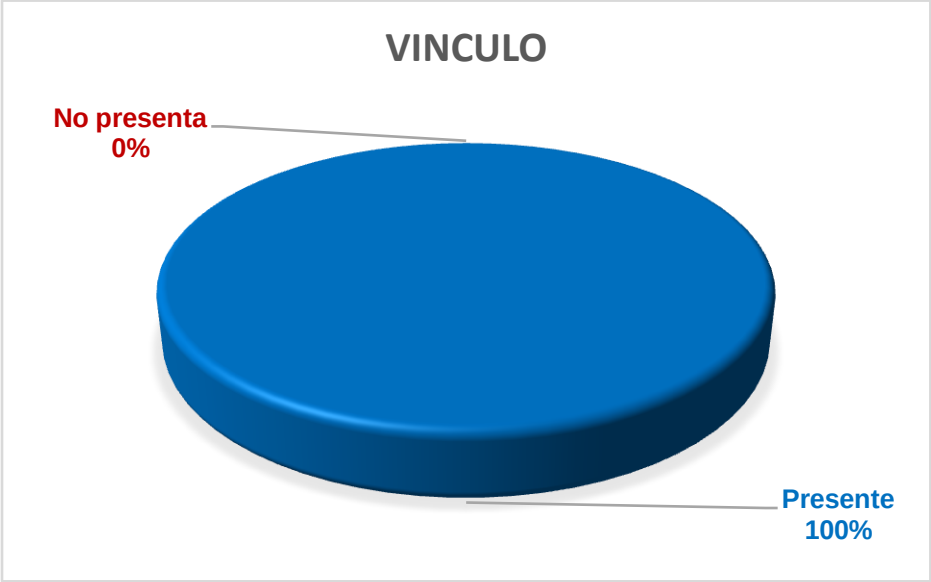
*Ver Anexo 5: Tabla 13

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

El contacto piel con piel fue el más reconocido (80%) seguido por el contacto visual (53%). Sólo un 6,67% de los padres encuestados reconoció haber tenido apego precoz con su hijo/a y un 30% apego tardío.

1.2.2. Vínculo temprano madre y/o padre – recién nacido:

Gráfico 11. Reconocimiento de desarrollo de vínculo madre y/o padre – recién nacido (N=30)

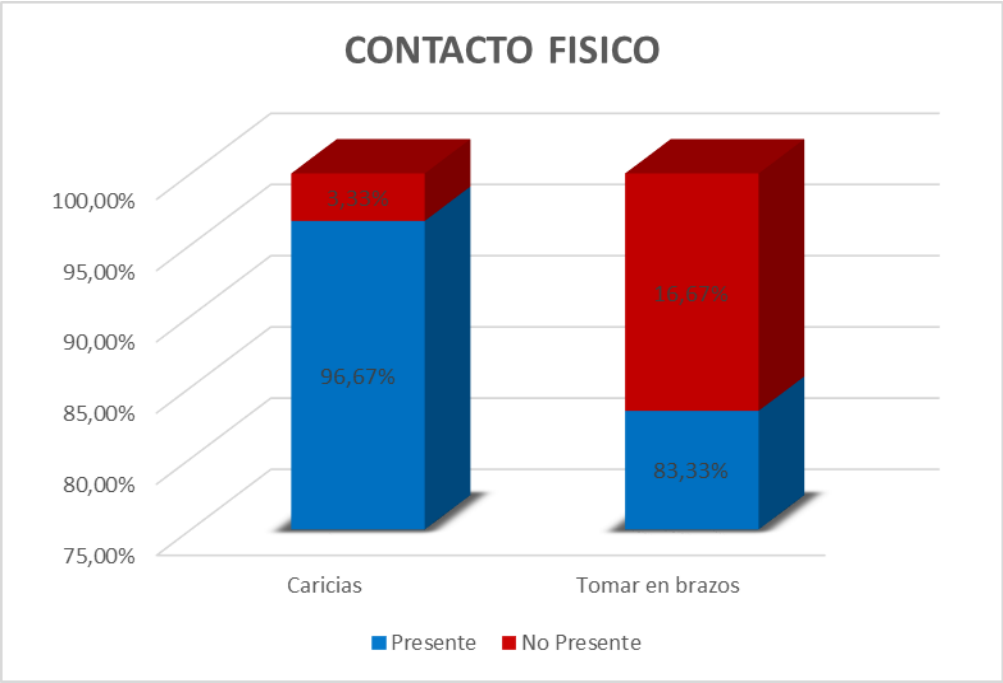


*Ver Anexo 5: Tabla 14

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En el gráfico se observa que el 100% de los padres encuestados, reconocen haber desarrollado vínculos tempranos con su recién nacido prematuro durante su hospitalización.

Gráfico 12. Contacto físico durante la hospitalización (N=30)

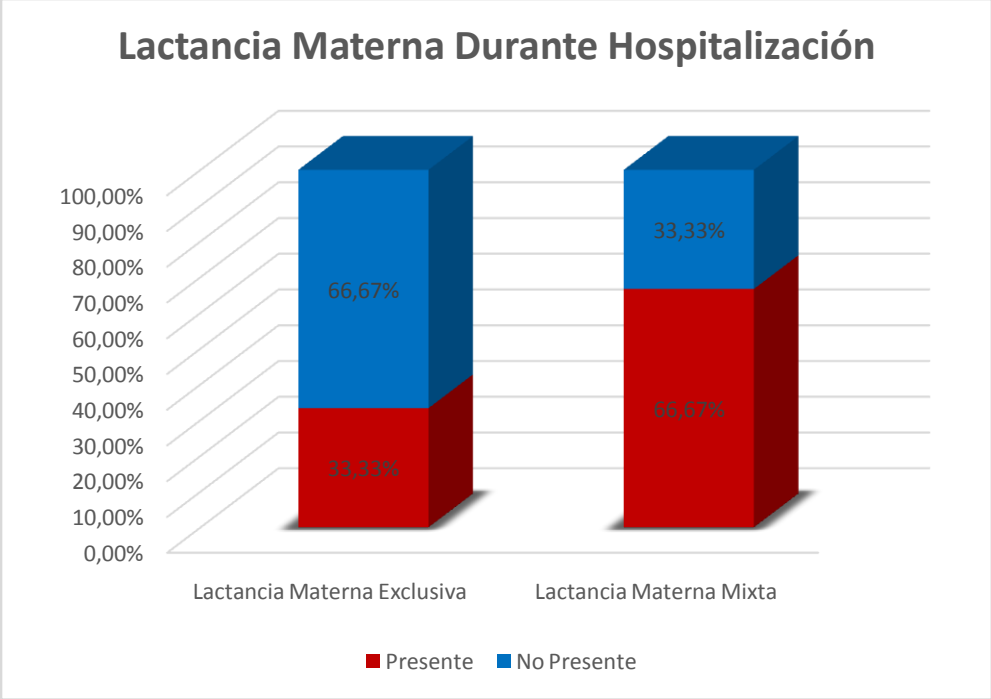


*Ver Anexo 5: Tabla 15

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En el gráfico se observa que el 96,67% de los padres encuestados reconocieron haber tenido contacto físico con su hijo mediante caricias y un 83% reconoció que pudo tomarlo en brazos durante la hospitalización.

Gráfico 13. Lactancia Materna durante la hospitalización (N=30)



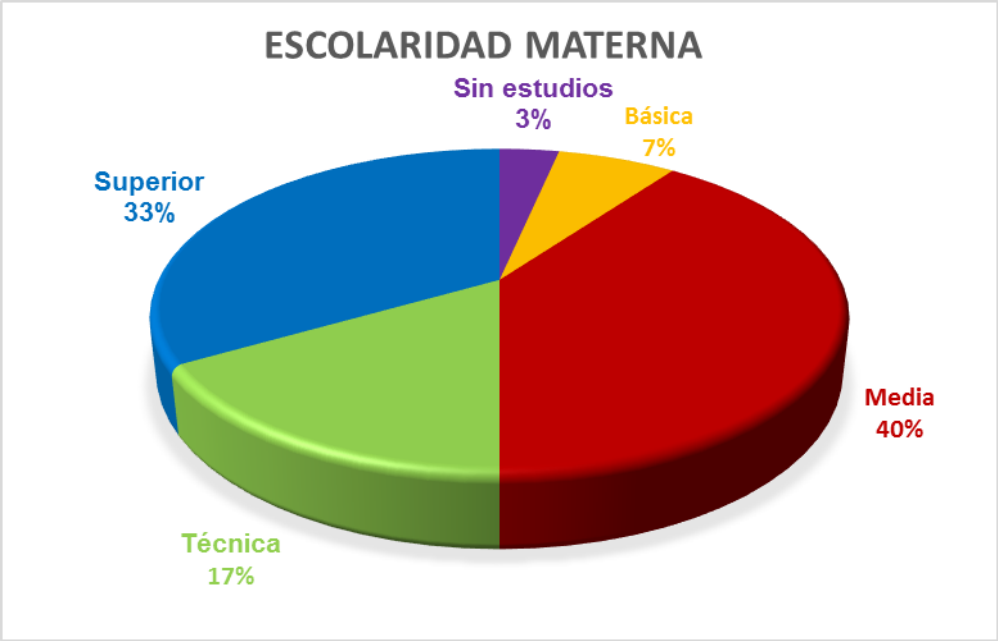
*Ver Anexo 5: Tabla 15

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En el gráfico se observa que el 33,33% de los prematuros fueron alimentados exclusivamente con leche materna (ya sea por pecho directo o leche extraída), mientras que el 66,67% recibió alimentación mixta (leche materna desde el pecho directo o extraída y complementado con fórmulas).

1.2.3. Escolaridad materna:

Gráfico 14. Escolaridad materna al momento del alta del prematuro (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 16

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se observa en el gráfico que la escolaridad materna al momento del alta del hijo/a corresponde mayoritariamente a la escolaridad media con un 40%, siguiéndole la escolaridad superior con un 33%, un 17% escolaridad técnica, un 7% básica y sin estudios formales un 3%.

1.2.4. Ocupación materna:

Gráfico 15. Ocupación materna al momento del alta del prematuro (N=30)

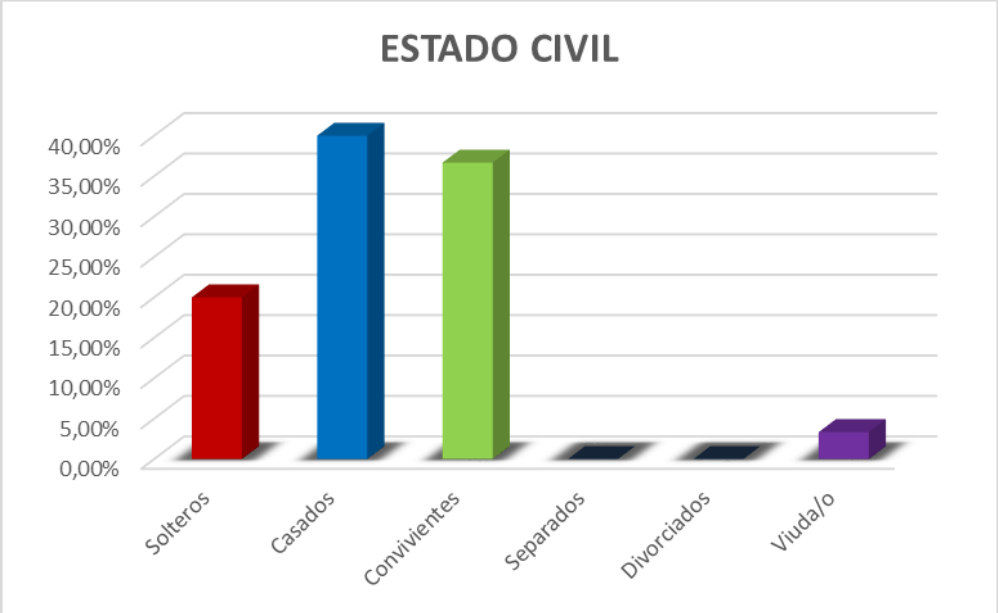
*Ver Anexo 5: Tabla 17

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

La variable que se observa en el gráfico, muestra que la principal ocupación materna al momento del alta del hijo/a corresponde a dueña de casa con un 33%, siguiéndole con un 27% trabajadora dependiente, un 20% estudiante, y trabajos esporádicos como trabajadora independiente presentaron un 10% cada una.

1.2.5. Estado civil de la madre del prematuro:

Gráfico 16. Estado civil de la madre al momento del alta del prematuro (N=30)



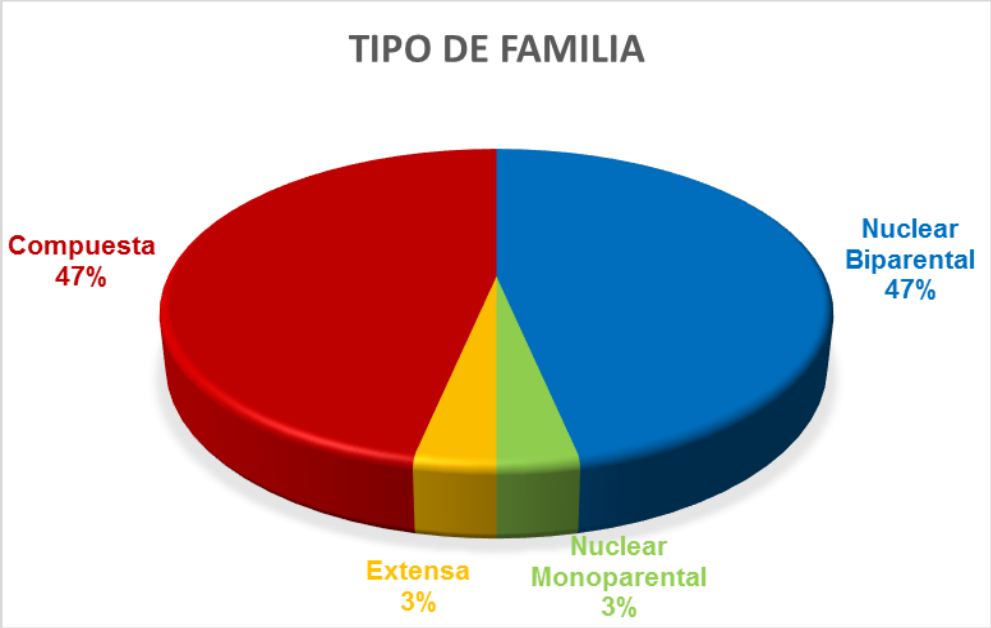
*Ver Anexo 5: Tabla 18

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En la variable de “estado civil” de los padres encuestados al momento del alta del hijo/a, correspondieron a casados (40%), convivientes (37%), solteros (20%) y viuda/o (3%). No se observaron parejas separadas o divorciadas.

1.2.6. Tipo de familia:

Gráfico 17. Clasificación de familia (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 19

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

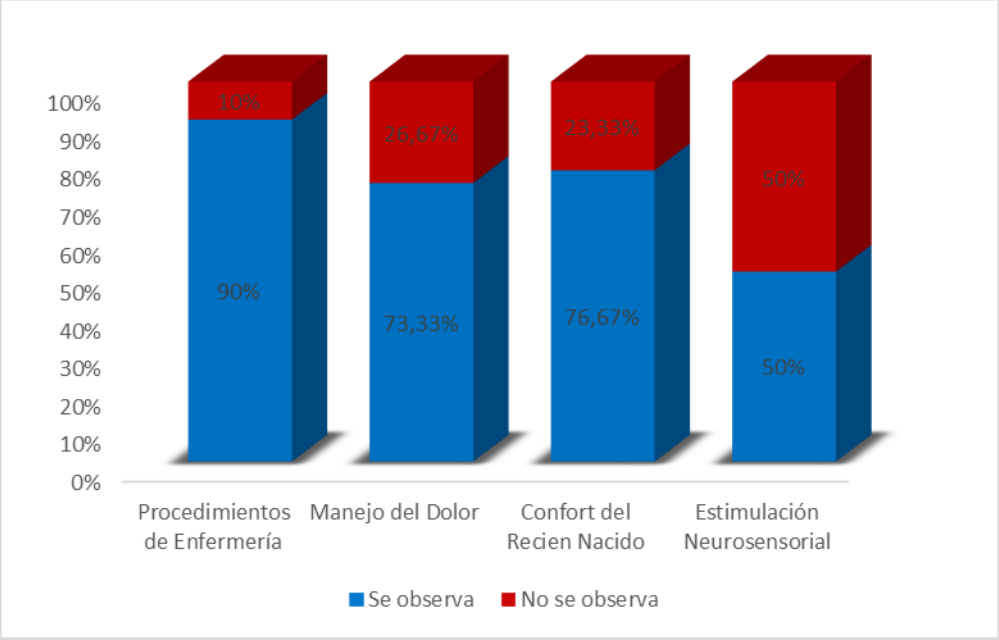
Se observó en su mayoría familias nucleares biparentales y compuestas (47% cada una) tanto la nuclear monoparental como la extensa presentan un 3% cada una.

2. Describir la percepción de los padres pertenecientes a ASPREM Chile, respecto a las actividades que realiza el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados de los recién nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

2.1. Identificar desde la percepción de los padres, las actividades realizadas por el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados de los recién nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

2.1.1. Cuidados Neonatales:

Gráfico 18. Cuidados neonatales realizados por el profesional Matrona/Matrón observados por la madre y/o padre del recién nacido prematuro (N=30)



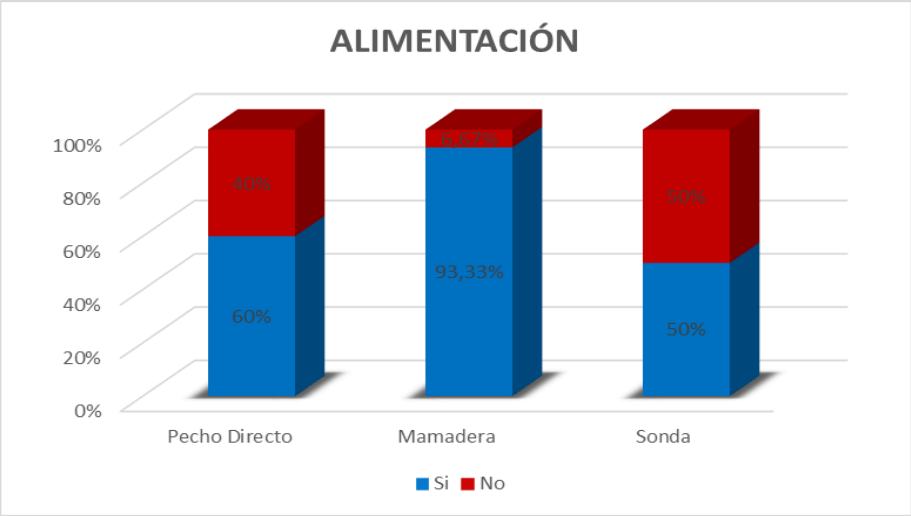
*Ver Anexo 5: Tabla 20

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se observa en el gráfico que todos los padres encuestados observaron al Profesional Matrona/Matrón realizar cuidados neonatales, destacándose la realización de procedimientos de enfermería (90%), seguidos de cuidados en el confort del paciente (77%), el manejo del dolor (73%), y estimulación neurosensorial (50%)

2.1.2. Inclusión de la madre y/o padre a los cuidados del neonato:

Gráfico 19. Alimentación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización (N=30)

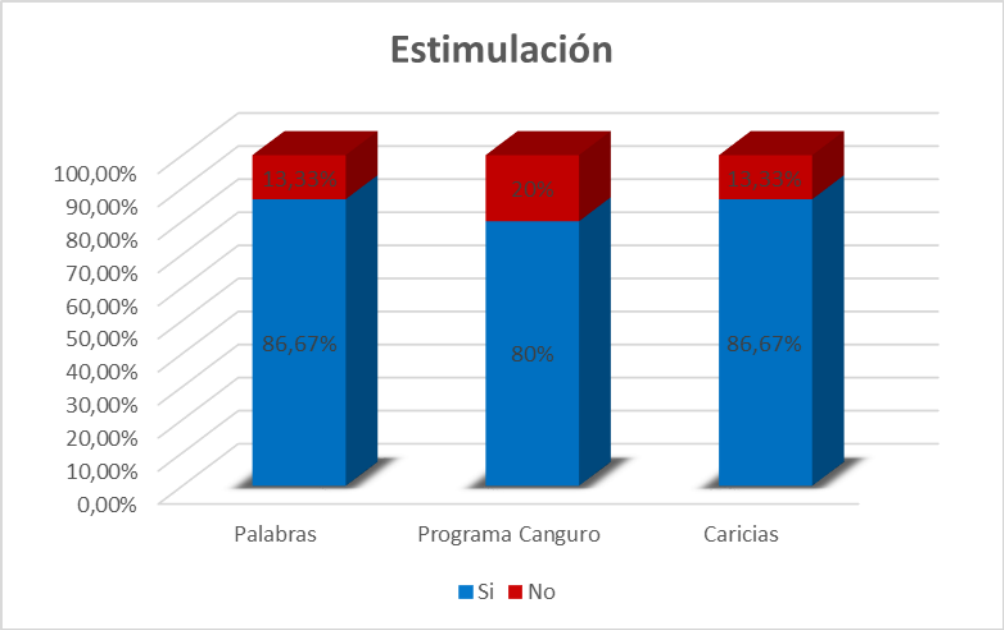


*Ver Anexo 5: Tabla 21

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En la variable de inclusión en la alimentación durante la hospitalización, se logra observar que predomina la alimentación vía mamadera en un 93%, siguiéndole el pecho materno (60%) y alimentación por sonda (50%)

Gráfico 20. Estimulación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización (N=30)

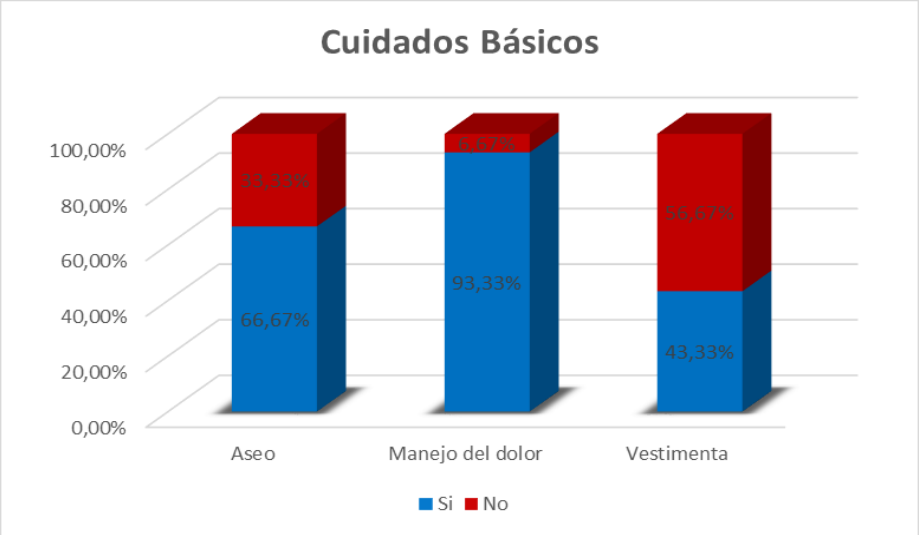


*Ver Anexo 5: Tabla 22

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En cuanto a la inclusión de los padres en la estimulación del recién nacido durante la hospitalización, se observa que en su mayoría reconocen haber realizado palabras (86,67%), caricias (86,67%) y programa canguro (80%)

Gráfico 21. Cuidados básicos realizados por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 23

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

En la inclusión en los cuidados básicos, los más frecuentes son los cuidados aplicados al manejo del dolor, que se presentó en el 93% de los casos, mientras que el aseo sólo en el 66,67% y la posibilidad de vestir a su prematuro se observó en el 43,33% de los encuestados.

2.1.3. Educación:

Gráfico 22. Lenguaje usado por el profesional Matrona/Matrón.

*Ver Anexo 5: Tabla 24

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

El 90% de los padres encuestados califican el lenguaje utilizado por el profesional Matrona/Matrón como claro, y el 30% restante lo califica como un lenguaje técnico.

Gráfico 23. Relevancia de la información entregada por el profesional Matrona/Matrón (N=30)

*Ver Anexo 5: Tabla 25

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

El 100% de los padres encuestados consideran que la información entregada por el profesional Matrona/Matrón respecto al estado de salud de su prematuro fue relevante.

2.2. Determinar desde la percepción de los padres, el tipo de relación que se establece entre ellos y el profesional Matrona/Matrón a cargo de los cuidados neonatales.

2.2.1. Trato:

Gráfico 24. Trato del profesional Matrona/Matrón hacia la madre y/o padre del prematuro (N=30)

*Ver Anexo 5: Tabla 26

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se observa en el gráfico que los padres encuestados refieren haber tenido un trato comprensivo por parte del profesional Matrona/Matrón, siendo este el más alto con un 37%, siguiéndole el trato respetuoso con un 33%, trato cálido con un 16%, y finalmente indiferente en un 13% de los casos.

2.2.2. Comunicación:

Gráfico 25. Comunicación establecida entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro (N=30)

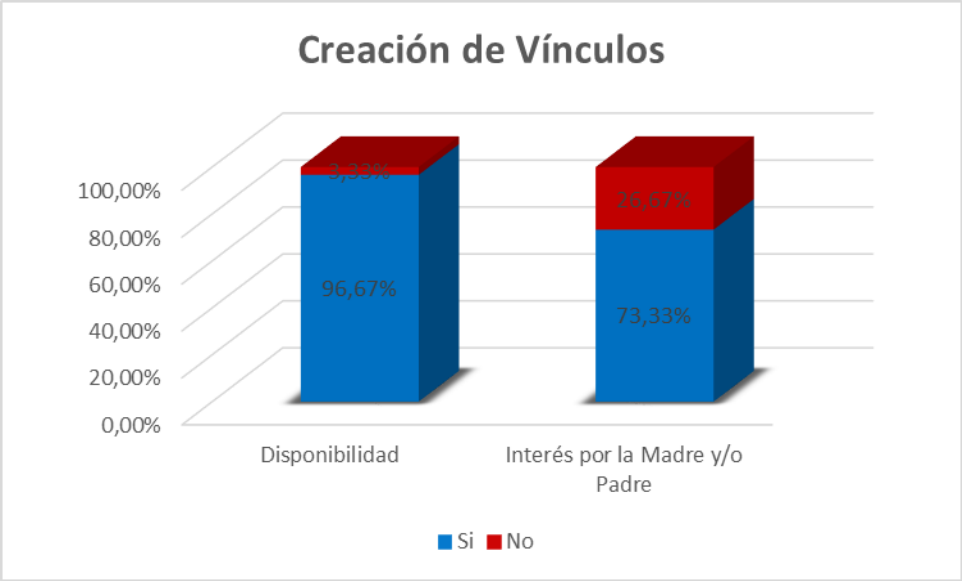
*Ver Anexo 5: Tabla 27

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

El 63% de los padres consideran que la comunicación con el profesional Matrona/Matrón fue cercana durante la hospitalización de su prematuro, mientras que un 37% lo considera distante.

2.2.3. Creación de vínculos:

Gráfico 26. Creación de vínculos entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro (N=30)



*Ver Anexo 5: Tabla 28

* Fuente: Asociación de Padres de Prematuros V Región

Se logra visualizar en el gráfico que los padres encuestados percibieron al Profesional Matrona/Matrón disponible para responder dudas e inquietudes en un 97% y un 75% de los casos reconocieron el interés por ellos por parte del Profesional Matrona/Matrón.

Capítulo VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN:

En cuanto a la caracterización biológica de los prematuros de menos de 1.500 gramos al nacer, se destacaron los recién nacidos con sexo masculino (60%), los prematuros clasificados como RNMBPN (53,33%) y con una edad gestacional entre 27 y 29 semanas (50%). Lo anteriormente expuesto coincide con la realidad reflejada en el estudio de Sarmiento y cols. (2009) que analiza la morbilidad y mortalidad en recién nacidos de menos de 1.500 gramos al nacer en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado en Cuba, en el cual se observó que el sexo masculino tiene una frecuencia del 53,7%, los RNMBPN del 42,3% y el rango 27 – 29 semanas de edad gestacional al nacer fue de 44,2%.(18)

En relación a la adaptación cardiorespiratoria del recién nacido al nacimiento, los resultados del test de APGAR observados en el presente estudio difieren con los obtenidos por Domínguez y cols.(2008) que caracteriza los aspectos biológicos del recién nacido de menos de 1.500 gramos al nacer, en el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Cuba; La realidad reflejada en los prematuros de padres encuestados es que predominó una puntuación normal de APGAR, con un 63% de valores > 7 a los 5 minutos, mientras que en el estudio de Domínguez y cols. El puntaje de APGAR <7 se presentó en un 92,5% de los casos estudiados. (19).

En relación a las patologías prevalentes en el recién nacido prematuro, en el estudio de Fuentes C (2008) sobre la morbimortalidad del prematuro de menos de 1.500 gramos, realizado en los hospitales San Cecilio y Virgen de las Nieves en Granada, España, señaló que la patología más frecuente durante la hospitalización es la Enfermedad de Membrana Hialina (64,7%) lo cual coincide con lo observado en el estudio, donde las patologías predominantes fueron los Síndromes de Distrés Respiratorio (57%). Sin embargo, en el mismo estudio se observa que la Displasia Bronco Pulmonar al alta aparece solamente en el 4% de

los casos, mientras que en los prematuros de padres encuestados se presentó en el 53,33% de los casos en que hubo patologías al alta. (20)

En cuanto a los días de estadía hospitalaria el rango más frecuente observado fue entre 50 y 99 días, que coincide con lo señalado por el estudio de Salinas y cols. (2006) el cual estudió el impacto económico de la hospitalización por prematurez y malformaciones congénitas en el Hospital Clínico San Borja Arriarán y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. En dicha investigación la estadía media de un recién nacido prematuro fluctuó entre ese mismo rango de 50 – 99 días. Cabe destacar además que el estudio mencionado realizado en Granada el año 2008, señala una estadía hospitalaria media de 52 días. (20) (21)

En relación al apego neonatal, el 93,33% de los padres declaró que pudo mantener algún tipo de apego al momento del nacimiento de su hijo/a o posterior a este durante la hospitalización, lo que se condice con lo presentado en el estudio de Calvo V y cols (2007) sobre apego entre madres e hijos/as prematuros/as en la ciudad de Padua, Italia, en el cual un 87,8% de los encuestados tuvo algún tipo de apego. En dicho estudio también se destaca el aumento considerable en el porcentaje de apego en niños prematuros, resaltando la importancia de este para el desarrollo del recién nacido y también de la adquisición del rol por parte de los padres. (22)

En cuanto al desarrollo del vínculo de la diada, el 100% de los encuestados refirió haber desarrollado un vínculo temprano con su hijo/a hospitalizado/a, situación que contrasta con el estudio realizado por González F (2009) sobre desarrollo de vínculos tempranos en niños y niñas prematuros en España, en el cual señala que solo un 64% de las madres o padres desarrollaron un vínculo seguro con sus hijos prematuros hospitalizados. (23)

En relación al apego, estimulación y vinculación durante la hospitalización, el 96,67% de padres relataron haber tenido la oportunidad de acariciar a su hijo/a durante el transcurso de la hospitalización y un 83,33% de padres relató tomar en brazos a sus hijos. Estas cifras son similares con el estudio cuantitativo/cualitativo realizado por Pinilla S. (2003) que estudia el comportamiento materno durante la hospitalización de recién nacidos bajo peso y prematuros en Valdivia, Chile. En este se señala que el 42,85% de las madres acaricio a su hijo/a durante la hospitalización, mientras que el 28,57% refirió haberlo cargado en algún momento. (24)

En lo que respecta a la Lactancia Materna, el 33,33% de los padres tuvieron la oportunidad de alimentar a su hijo/a mediante la Lactancia Materna Exclusiva y el 66,67% alimentó a su hijo/a con Lactancia Materna Mixta. No obstante en el estudio realizado por Torres y cols (2006) sobre el programa canguro en las unidades de neonatología en la ciudad de Cali, Colombia, se aprecia un porcentaje más elevado de madres que alimentaron a sus hijos con Lactancia Materna Exclusiva, siendo 67%, mientras que las que optaron por la Lactancia Materna Mixta fueron el 29% de las madres. (25)

En relación a los aspectos sociales del entorno de los prematuros menores de 1.500 gramos al nacer, es importante destacar que al momento del alta, los padres se encontraban casados en un 40% de los casos y las madres desempeñándose como dueñas de casa en un 33%, ambos resultados son similares a un estudio cuantitativo/cualitativo realizado por la Universidad Nacional de Colombia (2013) sobre el significado de la participación de las madres en el cuidado de su hijo/a hospitalizado/a en el Hospital Militar Central en Bogotá, Colombia, donde la mayoría de las madres encuestadas se encontraba en una situación similar, desempeñándose como dueñas de casa (44%), y teniendo un estado civil de casada (89%) al momento del alta de su hijo/a prematuro/a. (26)

En cuanto a la escolaridad materna al momento del alta del hijo/a, se observó que corresponde mayoritariamente a la escolaridad media en un 40%. Lo anterior coincide con lo expuesto en el estudio de Rossel K y cols. (2002) en el que se estudió la afectividad de madres de prematuros hospitalizados en la Unidad de Neonatología del Hospital San Borja-Arriarán en Santiago, Chile y se observó que la escolaridad materna más frecuente es la enseñanza media (57,7%). (27)

Se observó también que en su mayoría las familias a las que pertenecían los prematuros eran familias nucleares biparentales (47%) y familias compuestas (47%) según la clasificación de la Comisión Nacional de la Familia. Al respecto no se encuentran datos contrastables bajo esta clasificación, limitándose al estado civil de los padres de prematuros.

En cuanto a la observación de procedimientos realizados por el profesional Matrona/Matrón a los prematuros por parte de los padres, se evaluaron cuatro ítems, procedimientos de enfermería (90%), Manejo del Dolor (73,33%), Confort del Recién Nacido (76,67%), y Estimulación Neurosensorial (50%). Respecto a ellos es importante señalar que son escasos los estudios cuantitativos actuales realizados, sin embargo es importante destacar la perspectiva cualitativa del estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia (2013) en el cual se concluye que la observación de los procedimientos realizados por la matrona, son la principal enseñanza para los padres generando seguridad en el trato con su recién nacido. (26)

En relación a la inclusión de los padres en las actividades realizadas a su recién nacido hospitalizado, cabe destacar que el 73,33% de los padres tuvo participación en algunos de los tres ítems evaluados: Alimentación, estimulación y cuidados básicos. En cuanto a la alimentación, se observó que el 93,33% de los padres tuvo la oportunidad de colaborar en la alimentación mediante mamadera y un 60% a través de lactancia materna, estimaciones que coinciden con las descritas en el estudio de Gallegos J y cols (2010) sobre la participación de los

padres en el cuidado de los prematuros en la unidad neonatal realizado en la ciudad de San Luis de Potosí, México, el cual presenta cifras entre 66.6% y el 100% en la alimentación con mamadera y Lactancia materna respectivamente. (28)

El segundo ítem evaluado fue la estimulación por parte de los padres a sus recién nacidos durante la hospitalización de estos, los resultados reflejaron que el 86,67% estimuló a sus hijos mediante palabras y/o caricias, y un 80% lo hizo mediante método canguro, lo cual concuerda con lo señalado en el estudio de Closa y cols (1998) sobre el método canguro en prematuros hospitalizados en el Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII en España, en el cual, el 81% de las madres describió que la principal manera de estimular a su recién nacido era mediante el tacto, de la misma manera se describen resultados favorables respecto a esta práctica, en conjunto con una muy buena disposición por parte de los padres. (29)

Por último dentro de la categoría inclusión de los padres se evaluó el ítem cuidados básicos, en el cual destacó la participación de los progenitores en el manejo del dolor del recién nacido en un 93,33%. Dentro del mismo ítem, el 66,67% de los padres entrevistados declaró haber participado en los procedimientos de aseo de su recién nacido, y un 43,33% en la muda de su hijo, lo cual concuerda con el estudio de Gallegos J. (2010) mencionado anteriormente, el cual describe que un 55,5% de los padres colaboró en la muda de su hijo y un 77,7% lo hizo en los procedimientos de aseo. (28)

En cuanto a la educación que reciben los padres de recién nacidos menores de 1.500 gramos al nacer por parte del profesional Matrona/Matrón, según el estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia en el Hospital Militar Central en Bogotá, el diálogo con el profesional a cargo de los cuidados neonatales de los recién nacidos es uno de los principales factores que son

reconocidos por los padres, en este sentido y referente al estudio mencionado, el lenguaje utilizado por el profesional es claro y comprensible, lo que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio, en el cual un 90% del total de los padres encuestados refirió que el lenguaje utilizado por el profesional Matrona/Matrón es claro. (26)

En cuanto a la información entregada por el profesional Matrona/Matrón a los padres sobre el estado de salud de su prematuro hospitalizado, el 100% consideró que esta era relevante, tanto por los padres encuestados en el estudio, como en los resultados del estudio en el Hospital Militar Central en Bogotá. (26)

En tanto para la variable de creación de vínculos entre los padres y el profesional Matrona/Matrón, es un aspecto poco estudiado desde la perspectiva cuantitativa. El estudio realizado por Pinilla S. (2003) en Valdivia, desde su perspectiva cualitativa destaca que las madres refirieron en su totalidad una buena disponibilidad por parte del profesional Matrona/Matrón que trabaja en la Unidad de Neonatología al comunicarse con ellas, atender sus dudas e inquietudes respecto a su hijo/a hospitalizado/, en un marco de respeto y comprensión. Estos resultados son similares a los obtenidos por el estudio, donde el 37% de los padres encuestados refirió un trato comprensivo y un 63% una comunicación cercana. Además, el 75% consideró que el profesional Matrona/Matrón mostró interés en su persona y un 97% reconoció la disponibilidad del profesional para responder dudas e inquietudes durante la hospitalización de su hijo/a. (24)

2. CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en el estudio son similares a los revisados en la literatura científica en relación al perfil biológico de los recién nacidos prematuros extremos en aspectos tales como: rango de peso mayoritario entre 1.001 y 1.500 gramos, preponderancia de recién nacidos con sexo masculino, niños y niñas nacidos entre las 27 y 29 semanas de edad gestacional, puntaje de APGAR mayor de 7 a los 5 minutos y una estadía hospitalaria entre 50 y 99 días. En cuanto a las patologías más frecuentes en la hospitalización, se observó el síndrome de distrés respiratorio y la displasia broncopulmonar prevalente al alta.

En tanto para el perfil psicosocial los resultados fueron similares a los publicados en aspectos tales como: apego neonatal donde los padres reconocen haber desarrollado algún tipo de relación afectiva con su prematuro, principalmente apego visual y apego tardío. Se observó un fortalecimiento del vínculo temprano, a través de contacto físico como caricias y alimentación con lactancia materna mixta. Además se obtuvo como resultado preponderante la escolaridad materna media, padres en su mayoría con estado civil casados y convivientes y ocupación materna dueña de casa.

Para la variable de tipo de familia, se observó en su mayoría familias nucleares biparentales y familias compuestas. Lo anterior es un aspecto no estudiado extensamente en la literatura científica, lo que entrega un antecedente en relación al entorno familiar al que llega el prematuro posterior a su alta hospitalaria, en base a las personas que integran su ambiente inmediato.

Resultados similares a estudios perinatales se evidenciaron en materias de reconocimiento de los cuidados neonatales realizados por el profesional Matrona/Matrón por parte de los padres, tales como procedimientos de enfermería y de confort del recién nacido. En tanto se observó la participación de la madre y/o padre en actividades vinculadas al cuidado de su prematuro como alimentación con mamadera, estimulación a través de caricias y palabras y cuidados básicos

como participar en el aseo, vestimenta y manejo del dolor de su hijo/a. En relación a la inclusión de los padres a los cuidados del prematuro hospitalizado, fue posible observar que el profesional Matrona/Matrón proporcionó herramientas educativas para participar de la alimentación y de la estimulación de los prematuros, a través del uso de mamaderas y del método madre/padre canguro. De estas variables se obtuvo que la atención otorgada por el profesional Matrona/Matrón estuvo enfocada en una atención integral y humanizada centrada en el prematuro, sus padres y su familia, con el objeto de facilitar el desarrollo del rol de los padres como cuidadores principales en el proceso de crecimiento de su hijo/a.

Resulta de vital importancia para los padres de un prematuro ser educados y apoyados constantemente durante la hospitalización de su hijo/a, que se les entregue información ajustada a sus necesidades y por sobre todo exista una preocupación del profesional Matrona/Matrón por ellos.

En cuanto a la percepción de los padres sobre el profesional Matrona/Matrón fue mayoritariamente positiva, resalta que el profesional mostró interés por los padres, estableció una comunicación respetuosa y cercana con ellos y estuvo disponible para responder sus dudas e inquietudes. Sin embargo, se observaron casos en que el profesional fue indiferente, distante, no mostró interés por los padres o usó un lenguaje técnico al momento de la entrega de información.

Finalmente, se pudo concluir que el profesional Matrona/Matrón posee competencias asistenciales y educativas para incluir a los padres en el cuidado del prematuro, sin embargo, se considera un aspecto a fortalecer permanentemente, tanto en la formación de pregrado como en el ámbito profesional, a través de capacitaciones al equipo de salud en temas relacionados a la comunicación efectiva entre el profesional y los padres de hijos/as hospitalizados, como también estrategias para la inclusión de los padres en los cuidados centrados en el prematuro hospitalizado, con el fin de asegurar el vínculo afectivo y el desarrollo de una primera infancia feliz, armónica y saludable.

Capítulo VIII

AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora guía Paula Oyarzún Andrades, por acompañarnos durante todo este proceso y agotar todos los recursos por el bien de nuestro estudio y no sólo por enseñarnos, sino que también por aprender junto a nosotras.

A la profesora Ingrid Vargas Stevenson, por dedicarnos tiempo y atención para responder nuestras dudas, aconsejarnos, ayudarnos en la construcción del estudio y mantenerse al tanto de nuestros avances.

A la Sra. Romina Ruz Rojas, por sus gestiones en beneficio de nuestro estudio y su siempre buena disposición a cooperar con nosotras.

A ASPREM Chile, por recibirnos en su comunidad y trabajar con nosotras con entusiasmo e interés.

A los padres de ASPREM de la V Región que respondieron nuestra encuesta, por abrirnos las puertas de su vida, por compartir con nosotras sus experiencias y las de sus hijos e hijas.

A nuestras familias por contenernos en nuestros momentos de flaqueza y frustración e incentivarnos siempre a continuar y a hacer el mejor trabajo posible. Por acompañarnos desde el comienzo de nuestra carrera hasta el cierre de este ciclo.

Capítulo IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O.M.S: Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales. Actas OMS. 28:17,1950. 160:11 y anexo 18,1967. 233:18, 1976
2. UNICEF. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children: Child Survival. UNICEF; 2008. p. 1 – 7.
3. World Health Organization. Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth. Suiza: WHO; 2012. p. 1 – 6.
4. DEIS. Nacidos Vivos inscritos según peso al nacer en Chile 2010. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Disponible en: http://www.deis.cl/estadísticas-natalidad/. Acceso el sábado 24 de agosto de 2013.
5. Hübner G, Ramírez R. Sobrevida, Viabilidad y Pronóstico del Prematuro. Revista Médica de Chile. Agosto 2002; 130(8): p. 931 – 938.
6. Morgues M, Henríquez M, Tohá D, Vernal P y cols. Sobrevida del niño menor de 1.500 grs en Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Junio 2002; 67(2): p. 100 – 105.
7. RAE. Diccionario de la Real Academia Española. Real Academia Española. 22° Edición. Madrid; 2001. Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=prematuro. Acceso el sábado 24 de agosto de 2013.
8. Sánchez C, Torres J. Surfactante pulmonar. Revista Chilena de Pediatría. 2004; 1(1): p. 45 – 48
9. Tapia J, Ventura – Juncá P. Manual de Neonatología. 2° ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2001. p. 309 – 315.
10. Salvadó A, Ramolfo P, Escobar M, Núñez A y cols. Uso precoz de la eritropoyetina en la prevención de la anemia del prematuro. Revista Médica de Chile. Diciembre 2000; 128(12): p. 1313 – 1317.
11. Tello M, Cuidado integral al recién nacido pretérmino menor de 1.500 grs. de peso: Un reto para la enfermería. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2007. p. 1 – 37.

12. Mena P, Mühausen G, Novoa J, Vivanco G y cols. Guías Nacionales de Neonatología. Primera ed. Santiago; 2005. p. 39 – 47.
13. Salvadó A, Ramolfo P, Escobar M, Núñez J y cols. Factor estimulante de colonias granulocíticas en prevención de sepsis nosocomial del prematuro: Estudio doble ciego randomizado, controlado. Revista Chilena de Pediatría, Enero 2002; 73(1): p. 22 – 26.
14. Ministerio de Salud. Guía clínica Prevención del Parto Prematuro. Serie Guías Clínicas MINSAL. Santiago: MINSAL; 2010. p. 13 – 23.
15. Moore R. Seguimiento del Niño Prematuro. *MedWave*. 2006. Abril. 6(3). Doj:10.5867/medwave.2006.03.1986
16. Stern DN, La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos, 1ra edición: editorial Paidos, 1997. p. 31 - 34
17. Asociación de Padres de Prematuros. ASPREM. Disponible en http://www.aspremchile.cl/inicio.html. Acceso el 16 de Septiembre 2013.
18. Crespo A, Morales I, Portal M, Sarmiento Y, y cols. Análisis de la morbilidad y mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 g. Revista Cubana de Pediatría, 2009 Diciembre; 81(4): 10-19.
19. Corrales M, Domínguez I, Veleda C. Caracterización del recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos. Revista electrónica Portales Médicos. Disponible en: http://medicosdehoy.com/articulos-para-medicos/60-neonatologia/515-caracterizacion-del-recien-nacido-con-peso-inferior-a-1500-gramos-1.html?showall=1. Acceso el 16 de Octubre de 2014.
20. Fuentes C, Estudio de la incidencia, curso clínico, mortalidad y morbilidad de los recién nacidos con menos de 1.500 gramos de peso al nacimiento. Costes de la atención hospitalaria. Tesis doctoral. Departamento de Pediatría y Puericultura. Hospitales Universitarios San Cecilio y Virgen de las Nieves. Universidad de Granada, Granada. España; 2008. p.
21. Albornoz J, Carmona S, Catalán J, Erazo M y cols. Impacto económico de la prematurez y las malformaciones congénitas sobre el costo de la atención

neonatal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006; 71 (4): p. 234 – 238.

22. Calvo V, Fava G, Rebecca L. Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, España, 2007; 24(1): p. 23 – 50.
23. González F. El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. Departamento de neurociencia, Facultad de Medicina, Universidad del país Vasco, España; 2009.
24. Pinilla S. Comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido prematuro y bajo peso. Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; 2003.
25. Echandía C, García J, Palencia D, Rey H y cols. Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. Colombia Médica. Junio 2006; vol. 37 (2): p. 96 – 101.
26. Motta C. Significado para la madre de su participación en el cuidado al neonato prematuro hospitalizado. Programa de Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; 2013.
27. Carreño T, Maldonado M, Rossel K. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. Revista Chilena de Pediatría. 2002; vol. 71 (1): p. 15 – 21.
28. Gallegos J, Reyes J, Silvan C. La unidad neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. Junio 2010; vol. 24 (2): p. 98 – 108.
29. Closa R, Moralejo J, Ravés M, Martínez M y cols. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Anales Españoles de Pediatría. 1998; vol. 49(5): p. 495 – 498.
30. Organización Mundial de la Salud. La Salud y los objetivos de desarrollo del milenio. Ginebra, Suiza: OMS; 2005. p. 13 – 18.

31. CEPAL (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe). La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea. Observatorio Demográfico n°4. Santiago de Chile: CEPAL; 2007. p. 9 – 26.
32. Martínez J. Historia de la Neonatología y desafíos del siglo XXI. Revista Médica Clínica las Condes. Julio 2008; 19(3): p. 152 - 157
33. Oyarzún P, Cambios en el paradigma de los cuidados neonatales. Boletín Contacto Diciembre 2013; vol. 6: p. 7 – 8.
34. López P, Aumento de la prematurez en Chile, buscando posibles explicaciones. Boletín Contacto Diciembre 2013; vol. 6: p. 3 – 4.
35. OMS, Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS; 2012. p. 66 – 70.
36. Hospital Clínico Universidad de Chile. Neonatología. Santiago; 2011. p. 100 – 106.
37. Mazzi E, Hiperbilirrubinemia neonatal. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2005; 44(1): p. 26 – 35
38. Milinarsky A, Fisher S, Giadroshic V, Torres M, Arriagada M, Arinoviche R, y cols. Normalización de la densidad mineral ósea en niños nacidos prematuros en Viña del Mar, Chile. Revista Médica de Chile. Julio 2007; 135: p. 1546 – 1550.
39. Ministerio de Salud. Guía clínica Retinopatía del prematuro. Santiago: MINSAL; 2005. p. 6 – 18.
40. Ministerio de Salud. Guía Clínica Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro. Santiago: MINSAL; 2009. p. 7 – 20.
41. Rain M, Hipoacusia Neurosensorial. Santiago: Escuela de Medicina, Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
42. Llanos A y cols. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. Revista Chilena de Pediatría. Marzo 2004; 75(2): p. 107-121.
43. Goyenechea F, Hemorragia Intraventricular del Recién Nacido. Hospital Pediátrico Docente "Juan M. Márquez". 2007, Ciudad de La Habana. Cuba.

44. Noticias Hospital Dr. Gustavo Fricke. Disponible en:http://www.hospitalfricke.cl/noticia10.html. Acceso el 01 de Septiembre de 2013.
45. Salas R, Sanhueza L, Maggi L. Factores de riesgo y seguimiento clínico en prematuros menores de 1 000 gramos. Revista Chilena de Pediatría. Dicimebre 2006; 77(6): p. 577 – 588.
46. Ministerio de Salud. Guía clínica de Prevención Parto Prematuro. Serie Guías clínicas MINSAL. Santiago: MINSAL; 2010. p. 13 – 23.
47. Ministerio de Salud. Guía Clínica Displasia Broncopulmonar del Prematuro. Serie Guías Clínicas MINSAL. Santiago: MINSAL, 2009. p. 10 – 23.
48. Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Neonatología. Disponible en: http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=162&Itemid=146. Acceso el 2 de Junio de 2014.
49. Hospital Dr. Juan Noe Crevani. Instructivo Referencia – Contra referencia recién nacido prematuro. Arica; 2009.
50. Winnicott D.W, Escritos de pediatría y psicoanálisis, 1ra ed. España: Editorial Laia; 1979. p. 397 – 399.
51. Stern DN, La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. 1ra ed. España: Editorial Paidos, 1997. p. 31 – 34.
52. Ortiz J, Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. Revista Latinoamericana de Psicología; 38(1): p. 71-86.
53. Organización Mundial de la Salud. Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra: OMS, 2004. p. 1 – 10.
54. Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Primera ed. Santiago: MINSAL; 2008. p. 223 – 259.
55. Asociación Neonatología Rosario. Disponible en: http://asocneonatologica.com.ar/sitio/seccion.php?sec=13. Acceso el 4 de Agosto de 2014.
56. Tosca R, Prematuros Extremos, Sesiones Científicas. Universidad De Valencia, 2011.

Capítulo X

DATOS SUPLEMENTARIOS

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS, SIGLAS, ABREVIACIONES:

- **Familia Nuclear Biparental:** Definido por la CNF como familia integrada por padre y madre, junto a uno o más hijos.
- **Familia Nuclear Monoparental:** Definido por la CNF como familia integrada por alguno de los padres y uno o más hijos.
- **Familia Extensa:** Definido por la CNF como familia integrada por una pareja o un miembro de ellos, con o sin hijos y por otros miembros que pueden o no ser familiares sanguíneos.
- **Familia Compuesta:** Definido por la CNF como familia integrada por dos o más parejas que viven bajo el mismo techo y unidas por lazos de consanguineidad. Se reconocen tres o más generaciones en ella.
- **APS:** Atención Primaria en Salud
- **ASPREM:** Asociación de Padres de Prematuros.
- **CNF:** Comisión Nacional de la Familia.
- **CPAP:**(del inglés *Continuous Positive Airway Pressure*) Presión Positiva Continua en la Vía Aérea.
- **DBP:** Displasia Bronco Pulmonar.
- **ECMO:** (del inglés *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) Membrana de Oxigenación Extra Corporea.
- **EG:** Edad Gestacional
- **EMH:** Enfermedad de la Membrana Hialina.
- **GES:** Garantías Explicitas en Salud.
- **HIC:** Hemorragia Intracraneana
- **HIV:** Hemorragia Intraventricular.
- **NEOCOSUR:** Neonatología Cono Sur.
- **NICHD:** National Institute of Childhood and Human Development Neonatal Research Network.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **RNEBPN:** Recién Nacido de Extremo Bajo Peso al Nacer.

- **RNMBPN:** Recién Nacido de Muy Bajo Peso al Nacer.
- **ROP:** Retinopatía del Prematuro.
- **SDR:** Síndrome de Distrés Respiratorio.
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **VM:** Ventilación mecánica.

.

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. AVANCES EN LOS CUIDADOS NEONATALES

La Neonatología es una rama de la Pediatría que se dedica tanto al cuidado del recién nacido sano, como al diagnóstico del recién nacido enfermo. Se relaciona directamente con la obstetricia por su dedicación al cuidado del binomio madre-hijo e incluye un alto contenido de puericultura enlazado a aspectos tecnológicos de alta sofisticación, lo que implica que el médico y el equipo de Neonatología deben saber lograr el adecuado equilibrio como parte de su arte. (30)

La neonatología moderna nace con Jullius Hess en Chicago en 1914 quien tuvo el mérito de inaugurar la primera unidad dedicada al cuidado del recién nacido prematuro en el hospital Michael Reese. El Dr. Hess publica en 1922 su libro titulado “Premature and congenitally diseased infants” que sienta las bases de los cuidados neonatales modernos tanto en cuidados de enfermería como en el uso de tecnología a implementar. Se debe a Hess la primera cuna de radiación de color y la primera incubadora de transporte. (30)(31)

Los prematuros generaban inquietud y en las primeras décadas del siglo XX eran motivo de exposición al público en diversas ciudades de los Estados Unidos. Situación que contrasta con la actualidad, en donde este tipo de pacientes se encuentra en entornos privados y con acceso limitado solo a sus padres y a los profesionales y técnicos que se encargan de sus cuidados (32).

En 1930 se funda la Academia Americana de Pediatría y desde 1933 se reconoce la especialidad de pediatría previa acreditación. Será esta academia quien defina en 1935 al prematuro como todo niño menor de 2500 gramos al nacer. En la misma época se relacionan la isoinmunización Rh como causa de la eritroblastosis fetal y las cataratas congénitas con la rubéola. (30)

En 1938 se realiza la primera ligadura exitosa del Ductus Arterioso Persistente y en 1943 Blalock y Taussig realizan la primera operación exitosa en cardiopatía cianótica. A Diamond se debe el honor de la descripción de la primera exanguineo-transfusión a través de la vena umbilical, lo que implicaría un gran avance en el tratamiento de la ictericia severa. (12)(31)

En 1952 la Dra. Virginia Apgar, anestesióloga, describe el score de Apgar en la atención inmediata del neonato. Este aporte será relevante en el nacimiento de la especialidad de neonatología reconocida posteriormente en 1960. (12)

En base a lo anterior se considera al Dr. Julius Hess y a la Dra. Apgar como los padres de la neonatología moderna, cuyo principal hito es la disminución de la mortalidad por Enfermedad de Membrana Hialina, gracias a la introducción del surfactante exógeno como tratamiento de dicha patología, constituyendo así un gran avance en el manejo de recién nacidos prematuros en la década del 90. (31)(32)

Con los avances de la neonatología moderna, algunas enfermedades que antiguamente presentaron gran incidencia, han sido controladas y casi erradicadas, ejemplo de ello es la ictericia severa y en especial la eritroblastosis fetal con el desarrollo de tratamientos y protocolos de prevención disminuyendo así la incidencia del kernicterus y los procedimientos invasivos que conlleva su tratamiento. (12)(30)

Se presenta entonces un escenario epidemiológico diferente al de los últimos 50 años, encontrándose en las unidades de neonatología principalmente a niños cada vez más prematuros y recién nacidos con malformaciones congénitas. (32)

Se desarrollan los centros de seguimiento de prematuros, en el área de Atención Primaria de Salud (APS), a cargo de médicos, matronas/es, enfermeras/os, técnicos paramédicos y otros profesionales de la salud que actúan de manera efectiva con el fin de disminuir la morbilidad de los RNMBPN una vez que son dados de alta desde el servicio de Neonatología. Se controla en forma eficiente la retinopatía del prematuro con la introducción de técnicas de láser para evitar su progresión. Se desarrolla una línea de nutrición especial para el crecimiento del prematuro extremo con nutrición parenteral segura y adecuada a los requerimientos del usuario. En este sentido se ha implementado cada vez con mejores resultados la nutrición de los RNMBPN con leche materna, lo que según estudios realizados, esta práctica disminuye los riesgos de que estos niños sufran de una enterocolitis necrotizante, lo que agravaría su estado y aumentaría los riesgos de secuelas. (12)(30)

Los accesos vasculares evolucionan hacia vías percutáneas garantizando menores complicaciones asociadas y erradicando procedimientos como las denudaciones vasculares, y de esta manera la disminución de la sensación del dolor por esta causa de los recién nacidos. El uso de corticoides antenatales mejoró la sobrevida de los RNMBPN en los últimos años de 54% a inicios del 2000 a 74 % a finales del primer quinquenio. (12)

Actualmente, en pleno siglo XXI la neonatología se caracteriza por una alta tasa de sobrevida y una cada vez mejor calidad de vida. Hoy las terapias aplicadas se basan en medicina basada en evidencia científica con un fuerte concepto de racionalidad terapéutica. Los esfuerzos están centrados en la atención del prematuro extremo y del niño con malformaciones congénitas en quienes se ha desarrollado toda una terapia anticipatoria para minimizar secuelas que afecten su calidad de vida. (30)

En esta era los equipos médicos son cada vez más sofisticados y diseñados especialmente para neonatos, como lo son los ventiladores mecánicos e incubadoras de última generación, que cuentan con implementos y funciones que facilitan su manipulación y a su vez proporcionan mayores beneficios a los recién nacidos, por ejemplo la regulación de la ventilación y de la administración correcta de oxígeno, la administración de óxido nítrico y la mantención de un ambiente térmico neutral dentro de esta y que evita las perdidas insensibles de calor a las que estos recién nacidos son propensos. Otro equipo de avanzada que está siendo utilizado en Chile es la Membrana de Oxigenación Extra Corpórea (ECMO, sigla en inglés), lo que permite realizar tratamiento en pacientes con falla respiratoria grave. (12)(31)

Otro avance importante es la farmacología disponible, esta cuenta con estudios realizados en recién nacidos y no son una extrapolación de niños mayores, lo que disminuye las complicaciones por sobredosis de medicamentos y efectos adversos.

La neonatología moderna además ha desarrollado junto a los médicos obstetras una integración bajo el concepto de lo que hoy llamamos Medicina Perinatal, en el cual ambos profesionales se dedican en forma complementaria y conjunta al paciente prenatal, permitiendo así anticiparse y planificar de mejor forma las terapias a implementar tanto en embarazos de riesgo como en embarazos con diagnóstico prenatal de anomalías. (12)(30)(31)(32)

2.2. MAGNITUD DE LA PREMATUREZ EN EL MUNDO

Más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen cada año se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las

infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer. (33)

Para el año 2010, el 11,1% de los nacimientos a nivel mundial fueron nacimientos prematuros, lo que contrasta con los valores estimados cinco años antes; 13 millones para el año 2005, por ende, el 10% de los nacimientos de ese año. Los 10 países con el mayor número de nacimientos prematuros, representan el 60% de estos resultados, países como Estados Unidos, Pakistán, Bangladesh, Filipinas, Brasil, República Democrática del Congo, Indonesia, India, Nigeria y China. Del total mundial, la mayoría corresponden a países de bajos ingresos, estos presentan las más altas tasas de nacimientos prematuros, principalmente África y Asia del Sur, los cuales junto a otros países de bajos ingresos y alta densidad poblacional, constituyen el 11,8% de los 15 millones de nacimientos prematuros del mundo. Se hace notable la brecha al considerar que los países de medianos y altos ingresos, solo llegan al 9,4% y 9,3% de los nacimientos prematuros, respectivamente. (3)

La sobrevida de los prematuros de muy bajo peso ha experimentado una mejoría significativa en las últimas décadas, debido principalmente a los avances en la medicina perinatal, al advenimiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales, la introducción y el desarrollo de la ventilación mecánica, la incorporación de técnicas de monitoreo no invasivo, siendo el factor de mayor impacto en los últimos 20 años, el causado por el uso más prevalente de corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y la introducción del surfactante exógeno. (5)

En materia de sobrevida, la prematurez sigue siendo una significativa causa de muerte neonatal, especialmente cuando se asocia a sus complicaciones, constituyendo el 35% del total de muertes neonatales por año. A menor edad gestacional o menor peso al nacer, la mortalidad aumenta, y más aún cuando se conjugan ambos factores. A nivel sudamericano, en el año 1998 se estimaba una

sobrevida global de los prematuros menores de 1.500 gramos del 73% en 4 países (Argentina, Perú, Uruguay y Chile). (5)

Hace 50 años en países como Costa Rica, Chile y Guatemala, la mortalidad infantil era alta y aún en la actualidad, la primera causa de muerte en la primera infancia son las enfermedades transmisibles y, en segundo lugar, las afecciones del período perinatal; Sin embargo, aunque el descenso de la mortalidad por dichas causas es muy importante, continúan siendo las principales, aunque se invierte el orden de prevalencia, vale decir, la mayor mortalidad es por afecciones del período perinatal. Como consecuencia de ello, las muertes de niños y niñas en años recientes se deben principalmente a las condiciones originadas en el período perinatal, ya que prevalecen ciertas afecciones de origen endógeno, de las que es más difícil evitar un desenlace fatal. (34)

2.3. MAGNITUD DE LA PREMATUREZ EN AMÉRICA LATINA, EL CARIBE Y CHILE

En América Latina y el Caribe, los países con mejores indicadores en cuanto a salud neonatal son Cuba, Colombia, México y Chile, presentando cifras de muerte por prematuridad en menores de 5 años muy similares a las de España (35)

Tabla 1. Muerte por prematuridad en menores de 5 años en los años 2000 y 2010 (%)

País	Año 2000	Año 2010
Cuba	10%	10%
Colombia	25%	21%
México	16%	17%
Chile	23%	22%
España	17%	17%

En Chile las causas de muerte con mayor tasa de mortalidad infantil fueron las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, alcanzando entre ambas el 84% de la tasa nacional (7,7 muertes infantiles por mil nacidos vivos). (4)

A nivel país, la distribución geográfica de los nacimientos de prematuros menores de 1.500 gramos se concentra en la zona central del país (Región Metropolitana y la V región) con un 51% de los nacimientos, siendo coincidente con la densidad poblacional en dicha zona (390 habitantes/km^2). Sin embargo, al hablar de sobrevida la atención se redirige hacia la zona sur, ya que esta cuenta con la menor sobrevida del país con cifras que bordean sólo un 66%, mientras que en la zona centro la sobrevida alcanza el 72% de los nacimientos prematuros y un 70% la zona norte del país. Este alcance en la sobrevida se relaciona directamente con el desarrollo global de la población, considerando que la prematurez extrema es un problema de salud pública que demanda alta cantidad y complejidad de recursos materiales y humanos, como también avanzada tecnología. (5)

Siguiendo en la línea de la sobrevida, esta se relaciona directamente con el peso del recién nacido prematuro, observándose claramente un aumento de la sobrevida mientras aumenta el peso. La sobrevida de los prematuros mayores de

1.000 gramos bordea valores mayores al 95%, mientras que menores de 1.000 gramos disminuye notablemente a un 57%, considerando por ende este peso como significativo en la mejora de la sobrevida, vale decir, aquellos recién nacidos prematuros que alcanzan y superan los 1.000gramos tienen más posibilidades de sobrevivir que aquellos que ganan peso paulatinamente, pero no superan los 1.000 gramos. (6)

Al momento de referirse a prematurez extrema se clasifica según peso, por razones de incidencia de patologías a causa de madurez de los distintos órganos, la Edad Gestacional (EG) juega un papel importante, ya que también se observa una gran mejoría en la sobrevida a través del tiempo vivido por el recién nacido prematuro. La sobrevida comienza a ser considerable a partir de las 26 semanas, siendo nula bajo las 24 semanas y observándose recién un 18,2% de sobrevida a las 25 semanas. Lo que hace significativa las 26 semanas de gestación es que los valores de sobrevida son más del doble que a las 25 semanas (49,6% de sobrevida) (6)

En el artículo científico Sobrevida, Viabilidad y Pronóstico del Prematuro, se realiza una comparación de la sobrevida según EG entre cifras obtenidas por el National Institute of Childhood and Human Development Neonatal Research Network (NICHD), el grupo Neonatología Cono Sur (NEOCOSUR) y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el año 1998. Estos resultados confirman un mayor índice de sobrevida en Chile de recién nacidos prematuros entre 25 y 26 semanas en relación a la misma EG a nivel Sudamericano (a partir de los datos aportados por el grupo NEOCOSUR). Esto puede apreciarse en la Tabla 2. (5)

Tabla 2. Sobrevida de prematuros extremos según edad gestacional

Edad Gestacional (Semanas)	NICHD	Sobrevida (%) NEOCOSUR	H. U de Chile
21	0	-	-
22	21	0	0
23	30	0	0
24	48	20	34
25	75	46	67
26	81	45	69

Extraído de *Sobrevida, Viabilidad y Pronóstico del prematuro.* Hüber y Ramírez (5)

Los prematuros extremos son más susceptibles a sufrir múltiples patologías asociadas a su calidad de prematuro, debido a la inmadurez de su desarrollo. A nivel de la región de Valparaíso, es acotada la cantidad de estudios realizados sobre los RNMBPN, lo que reduce el conocimiento de algunas características sobre las patologías que esta población presenta en sus primeras horas y días de vida. Al analizar desde un punto de vista estadístico estos estudios, es posible detectar que hay una mayor cantidad de prematuros con patologías por el hecho de que en la V región nacen mayor cantidad de RNMBPN debido a que existe una mayor densidad poblacional que en otras regiones. (4)

A nivel nacional los nacimientos de RNMBPN abarcan el 1,02% (2.559) del total de nacimientos a nivel país (250.643 nacimientos). Las tres regiones que más cantidad de RNMBPN presentan son la V región de Valparaíso, la VIII región del Bio Bío y la Región Metropolitana (Ver Tabla 3). (4)

Tabla 3. Incidencia de Prematurez en zonas de mayor densidad poblacional en Chile

Región	Nacidos Vivos	RNMBPN	%
Valparaíso	23.788 NV	233	0,97
Biobío	28.297 NV	275	0,97
Región Metropolitana	101.047 NV	1.108	1,09

Lo expuesto demuestra una variable muy importante, la densidad poblacional, porque en las regiones en donde más nacimientos de niños prematuros hubo durante el año 2010, fueron en las que se encuentra concentrada gran parte de la población de nuestro país, y por ende donde hay más cantidad de nacimientos anuales y esto conlleva a una mayor probabilidad de obtener nacimientos de niños prematuros de menos de 1500 gramos. (4)

2.4. CARACTERIZACIÓN DEL PREMATURO EXTREMO

Con el desarrollo de la Neonatología moderna en sus ámbitos tecnológicos y asistenciales enfocados principalmente en los prematuros, coexiste además un replanteamiento respecto a la atención neonatal por parte del equipo de salud, en donde se reconoce al prematuro como un ser humano biopsicosocial, ampliando la mirada más allá de la visión patologista del continuo salud – enfermedad, considerando necesidades psicológicas y sociales además de las biológicas, otorgando cuidados integrales al prematuro y su familia, acorde a las características biopsicosociales del niño o niña. (36)

2.4.1. CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA DEL PREMATURO

La condición de prematurez desde el punto de vista biológico, es una de las principales causas atribuidas a la defunción neonatal en el mundo. Razón por la cual, en Chile es prioridad en salud por constituir el 83% de la mortalidad perinatal,

ser la principal causa de hospitalización de recién nacidos en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y provocando secuelas de índoles neurológicas, motoras y respiratorias en el 23% de los casos. La vulnerabilidad biológica característica del prematuro lo hace susceptible a ciertas patologías, agravadas además por la inmadurez de sus órganos. (37)

2.4.2. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Tabla 4. Patologías más frecuentes en el prematuro

Patologías	Características principales
Enfermedad de la Membrana hialina	Debido a la inmadurez de los neumocitos tipo II de los alvéolos pulmonares, producen poco o nulo surfactante pulmonar, por lo que los alvéolos se colapsan por la alta tensión superficial. (8)(9)
Apnea del prematuro	En este caso se altera la presión parcial de CO_2, y con ello el estímulo hacia las motoneuronas que controlan los movimientos respiratorios, produciendo intervalos de hasta 20 segundos de completa ausencia de movimientos respiratorios. El prematuro es mantenido con ventilación mecánica, aumentando el riesgo de padecer Displasia Broncopulmonar, y también Bronconeumonía neonatal, por las repetidas manipulaciones, que aumentan la carga bacteriana en las vías respiratorias del prematuro. (8)(9)(47)
Anemia del prematuro	Enfermedad causada por las múltiples flebotomías necesarias (llegando a extraer hasta 67 ml/kg de sangre durante las primeras cuatro semanas de vida). La severidad de esta anemia, se complementa con la inmadurez hepática del prematuro, que impide el correcto recambio de células sanguíneas, como también aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia debido a la destrucción de glóbulos rojos y la inmadurez de estos mismos. (10)(11)

Hipotermia	Los escasos depósitos de grasa parda y glucógeno, y el escaso estrato córneo del prematuro extremo que le impiden controlar las pérdidas de temperatura por evaporación, lo hacen particularmente susceptible. La termorregulación se logra a través del uso de incubadoras con un ATN (Ambiente Térmico Neutral) (11)(12)(38)
Hipoglicemia	Sumada a la excesiva pérdida de temperatura corporal, se suma al súbito cese del aporte de glucosa materna tras el nacimiento y el constante estrés a causa de la hospitalización, intervenciones y procedimientos. Cabe destacar que debido a la respuesta disminuida del prematuro a la insulina, puede presentarse una hiperglicemia cuando el tratamiento de la hipoglicemia es recibir cargas de glucosa por vía endovenosa (11)(12)(38)
Hiperbilirrubinemia	Causada por la inmadurez hepática que produce el aumento de bilirrubina no conjugada circulante, sin embargo, estudios realizados en recién nacidos de pre término concluyen que los efectos neurotóxicos de la bilirrubina que conllevan a un síndrome post kernicterus son poco frecuentes en estos niños y niñas, atribuido a la inmadurez del sistema extrapiramidal que disminuye la vulnerabilidad a la bilirrubina, por lo que pocos niños y niñas prematuros que sobreviven a una encefalopatía bilirrubínica sufren efectos crónicos como encefalopatía, retraso psicomotor aislado y sordera. (38)(39)
Hipocalemia	En el prematuro, la respuesta a la PTH (parathormona) a nivel periférico se encuentra disminuida, sumado esto a las menores reservas óseas de calcio, la menor ingesta de calcio, las pérdidas renales aumentadas, el déficit de Vitamina D y la calcitonina elevada. Como modo profiláctico o terapéutico se fortifica la fórmula del prematuro con calcio y vitamina D, pero debido a la alta absorción de calcio a nivel intestinal y la baja fijación ósea, un

	exceso de fortificante puede derivar en una hipercalcemia. (12)(38)
Retinopatía del prematuro	Producto del cambio del ambiente intrauterino de relativa hipoxia por un ambiente hiperoxico por el parto prematuro, que altera el proceso de vasculogénesis a causa de la disminución del Factor de Crecimiento de Endotelio Vascular (VEGF por sus siglas en inglés), demarcando una zona vascular y una avascular, produciendo posteriormente una vascularización anormal en la zona avascular, en donde en etapas posteriores estos vasos anormales se traccionan y desprenden la retina concluyendo en ceguera. A menor edad gestacional, mayor es el riesgo de desarrollar retinopatía, pues la vascularización intrauterina es menor y las complicaciones respiratorias más frecuentes, exponiendo al prematuro a episodios de inestabilidad ventilatoria y necesidad de ventilación mecánica, lo que conduce a ciclos de hipoxia e hiperoxia, contribuyendo al desarrollo de la misma (41).
Hipoacusia	El nacimiento prematuro produce hemorragia y atrofia de la estría vascular o la susceptibilidad a la hiperbilirrubinemia, que produce un depósito de bilirrubina en cóclea y ganglios basales, agravando el cuadro de hipoacusia en cuestión. (42)(43).
Enterocolitis necrotizante	Debido a los episodios de dificultad respiratoria que conducen a hipoxia, el prematuro es susceptible a la hipoxia tisular, en donde el intestino se ve afectado desarrollando esta patología, caracterizado por edema, ulceración y necrosis de la mucosa intestinal. Entre las secuelas más importantes destacan la obstrucción intestinal por estenosis del intestino delgado y grueso en el 20% de los casos, síndrome de intestino corto previa perforación intestinal producto del agravamiento del cuadro y Síndrome de mala absorción, probablemente asociado a

	problemas nutricionales en los prematuros (12)(44)
Hemorragia Intracraneana	La Hemorragia Intraventricular (HIV) es la hemorragia Intracraneana más frecuente en el recién nacido y característica del prematuro. El sangramiento se disemina hacia los ventrículos laterales, produciendo la oclusión de la circulación normal de líquido cefalorraquídeo por el IV ventrículo y la oclusión del acueducto de Silvio, pudiendo desarrollar una hidrocefalia. La predisposición del prematuro a esta, se relaciona con la inmadurez de su función plaquetaria, afectando la coagulación y haciendo de este cuadro frecuente. La aparición de HIV se asocia además con episodios de anemia e ictericia por hiperbilirrubinemia. (12)(45)(46)

2.4.3. CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DEL PREMATURO

PERFIL PSICOSOCIAL DE PADRES DE PREMATUROS

Desde hace un par de décadas, estudios han planteado esquemas y teorías para comprender los mecanismos emocionales y psicológicos del ser humano, de las cuales han sido documentadas la psicología familiar y maternal.

En relación a la psicología maternal, existe la teoría de Winnicott (1956) llamada *Preocupación Maternal Primaria*. Esta teoría menciona que dicha preocupación comienza semanas antes del parto y se prolonga por unas semanas después del nacimiento del niño o niña y que tiene como principal característica el hecho de ser completamente olvidada en el transcurso del tiempo. Esta preocupación maternal provoca un estado de sensibilidad exagerada, la cual produce en la madre un cambio temporal de su personalidad en donde enfoca

toda su atención, tiempo y actividades exclusivamente en el cuidado del recién nacido. Winnicott señala que este cambio de personalidad es una “enfermedad temporal” pero que al final provoca un mecanismo de adaptación psicológica que busca que las madres cumplan con las necesidades de sus hijos y puede entenderse como un episodio por el cual las mujeres deben pasar, incluso aquellas que son madres adoptivas. Aunque esta teoría tiene décadas, sigue siendo aceptada e incluida en estudios posteriores donde se tratan los cambios emocionales maternos, no obstante, la teoría de Winnicott es muy útil para comprender el estado psicológico maternal, aunque deja un par de vacíos ya que no hace mayor referencia a lo que sucede en aquellas ocasiones en donde la madre no puede dedicarse al recién nacido, como en el caso de los prematuros o cualquier niño que deba ser hospitalizado y tampoco hace mayor referencia al rol del padre dentro de la familia o a los cambios emocionales que las madres pueden tener después de una crisis emocional. (50)

Estos vacíos son abordados posteriormente por Stern (1997) en lo que él llama la *Constelación Maternal*, en donde se toma la teoría de Winnicott, del cambio psicológico y conductual de la madre y se agregan otros elementos tales como los temores maternos y el rol del padre en la construcción de la familia, junto con mencionar los conflictos paternales, entre ellos, el conflicto del niño real versus el niño esperado. (51)

Stern menciona que en cada embarazo, tanto el padre como la madre comienzan a realizar ideas y representaciones de este niño que viene en camino. Surgen escenas imaginarias en donde los padres interactúan con él y tales interacciones tienen como foco principal la afectividad e incluso traen consigo la crianza temprana. Pero el punto de quiebre de esta fantasía puede estar vinculada a un hecho inesperado como es el parto prematuro. Los padres se ven enfrentados a un hijo que llegó antes de tiempo, que puede tener complicaciones, que debe estar hospitalizado por periodos prolongados de tiempo, etc. Estas situaciones cortan abruptamente las expectativas paternas, dándoles un nuevo

desafío: el hecho de aceptar, conocer, cuidar y familiarizarse nuevamente con este hijo real que es muy diferente al que ellos esperaron. (51)

Este postulado también menciona la importancia de la sociedad en la construcción del rol maternal, ya que menciona que en la mayoría de las sociedades especialmente en la occidental, la madre tiene virtudes, pero además tiene deberes, como cuidar al niño y ser la principal responsable de garantizar su bienestar y crecimiento saludable. (51)

En el caso de los partos prematuros, junto con el desafío anterior de aceptar a este hijo distinto, recae en la madre un sentimiento de culpabilidad y angustia, por el hecho de haber sido incapaz de lograr el término exitoso del embarazo y por estar fuera de la norma de la sociedad, sumado al temor primitivo de que este hijo muera. No obstante, se sabe que en Chile la tasa de mortalidad de los prematuros ha descendido en los últimos años y retomando el postulado de Stern, la madre caería en el siguiente temor, que es el temor a una vinculación pobre y poco afectiva con su hijo. (51)

Es en este punto donde Stern menciona el Tema de la Matriz de Apoyo, que es básicamente la red de apoyo más próxima a la madre, que en la mayoría de los casos es el esposo o pareja, aunque también es parte de ella la propia madre de la puérpera, sus hermanas, cuñadas, etc. La principal función de esta matriz es la protección física de la madre y en segunda instancia, es el de brindarle el apoyo psicológico y emocional, más aun cuando se ve envuelta en una situación que no puede manejar, como es el caso de la enfermedad de un hijo o bien la propia prematurez, es por ello que en esos momentos de angustia y tristeza, esta red debe estar presente para dar contención emocional, esperanzas y fuerzas a la madre para seguir adelante en este periodo de adaptación. (51)(52)

La red hospitalaria se ha propuesto ayudar a las madres a fortalecer la vinculación con su hijo o hija y en el año 1978 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, se desarrolló la idea del Programa Madre Canguro, el cual ha

sido reconocido y normado actualmente con Guía Clínica de la OMS. En Chile, en los últimos años también se ha implementado este programa, el cual está enfocado como un cuidado alternativo de las incubadoras en los recién nacidos prematuros, el cual consiste en mantener un contacto piel a piel del recién nacido y su madre, aunque también esta vinculación puede incluir diadas con el padre o algún otro familiar cercano. (53)

El niño es puesto al pecho de su madre o padre y es cubierto con mantas para garantizar su termorregulación y si es posible, puede comenzar con la lactancia materna. En algunos centros hospitalarios, esta actividad es supervisada y secundada por el personal propio de la institución y su principal beneficio es el afectivo para la diada y la disminución del estrés. (53)

Otros métodos que se han instaurado a nivel hospitalario han sido aquellos que buscan la humanización en la atención neonatal, dentro de lo que se destacan el aumento de las horas de visita de los padres y otros métodos en donde el personal hospitalario le permite a estos participar en los cuidados básicos del niño, como vestirlo, asearlo y permanecer junto a él en otros procedimientos. También se ha instaurado recientemente la participación de los padres en protocolos del manejo del dolor, más en estos niños que deben ser constantemente puncionados o bien sometidos a procedimientos incómodos, en donde es crucial la presencia de la madre o padre, para calmarlos, acariciarlos y a contribuir en su recuperación. Todo con el fin, no solo de garantizar la recuperación del niño, sino que fortalecer la vinculación temprana de toda su red de apoyo. (53)(54)(55)

2.5. POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA PREMATUREZ EN CHILE

En la actualidad, los prematuros extremos (menores de 32 semanas de edad gestacional y 1.500 gramos al nacer) constituyen parte importante de la mortalidad en Chile, tanto infantil como neonatal (30% y 40% respectivamente). Actualmente

en nuestro país se han alcanzado notables progresos tecnológicos y asistenciales en la medicina perinatal y en la atención neonatal, los cuales han logrado que este creciente número de pacientes, cuenten con una mejor calidad de vida a futuro.

En la V Región, el Hospital Dr. Gustavo Fricke, ha dado de alta a 1.616 prematuros menores de 32 semanas de EG o 1.500 gramos al nacer, desde que fue creado el Servicio de Neonatología en dicho hospital remontándose a noviembre del año 1993. Información estadística del Hospital señala que ha mejorado la sobrevida de los usuarios desde un 72% en 1993, hasta un 80% al año 2011. En base a experiencias como la anterior, es que en el año 2000 el Ministerio de Salud implementa un programa de seguimiento ambulatorio para los RNMBPN. En el año 2005, comenzando con la prevención del parto prematuro, ya que la detección precoz de aquellas gestantes de alto riesgo proporciona la oportunidad de una intervención oportuna. Con ello, se pretende desplazar la curva de peso al nacer, para así disminuir la incidencia de RNMBPN. (14)(44)(46)

En síntesis, en Chile el manejo de la prematurez se muestra independiente por cada Centro de Salud, recolectando experiencias y evidencias para luego adaptarlo a sus realidades presupuestarias, de recursos humanos y materiales y también acorde a la población desde puntos de vista socio-económicos y demográficos. Sin embargo, con la incorporación de la prematurez al Plan AUGE, se publican y distribuyen guías clínicas de nivel nacional, conteniendo los protocolos respecto a las enfermedades relacionadas con la prematurez extrema. Con ello se estandariza el manejo de la prematurez desde sus distintas complicaciones. (47)

Las Garantías explicitas en Salud (GES) actualmente dan cobertura a 80 enfermedades, la mayoría de ellas de alta incidencia en Chile, como es el caso del parto prematuro y algunas patologías ligadas estrechamente a la prematurez, dentro de las cuales se encuentran la Retinopatía del Prematuro, Hipoacusia bilateral del prematuro y la Displasia Broncopulmonar. Dichas garantías

contemplan la prevención de las patologías anteriormente mencionadas, y también aseguran el acceso a la atención, la oportunidad de esta, asignando plazos para el diagnóstico y tratamiento, de la misma manera garantiza la calidad del tratamiento y seguimiento derivando a centros especializados para cada patología (47).

2.6. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS

Con el avance del conocimiento médico y el desarrollo de las Unidades de Recién Nacidos, en la actualidad se observa un aumento en la sobrevida de prematuros de muy bajo peso al nacer. Por lo anterior, ha surgido la necesidad de controlar en forma organizada y estandarizada a estos niños en todo el país y en forma coordinada con todos los niveles de atención con el fin de detectar eficazmente sus problemas en el desarrollo e intervenir oportunamente para mejorar su calidad de vida.

El Programa de Seguimiento de Prematuros se creó por la necesidad de saber cómo estos recién nacidos de alto riesgo se adaptan a la vida, luego del egreso hospitalario de las unidades de Neonatología y como conllevan las enfermedades propias y más frecuentes de la prematurez.

Es por esto que dentro de las Orientaciones Programáticas del Policlínico de Seguimiento del Prematuro es fundamental la Atención Primaria de los Servicios de Salud, es tarea prioritaria el manejo del niño/a prematuro/a a través de las actividades propias de este nivel, orientadas a disminuir la morbimortalidad en este grupo de la población infantil.

Los objetivos que tiene este programa son:

1. Asistenciales:
    a. Identificación precoz de los trastornos más frecuentes en este grupo de niños y de otros que pudieran aparecer.

b. Tratamiento precoz de los mismos mediante la derivación a otros especialistas y/o a Centros de Atención Temprana.

2. Apoyo y orientación a la familia: El apoyo que se inicia en las Unidades de Neonatología debe continuar tras el alta para que termine de instaurarse el vínculo afectivo y la aceptación del niño. Los padres deben sentirse apoyados en los problemas que su hijo presente al alta o en los que aparezcan posteriormente.

Si el niño termina presentando alguna discapacidad, los padres necesitarán de toda nuestra ayuda para afrontarla; y a la vez ellos serán los que harán posible que el niño desarrolle al máximo sus capacidades.

3. Registro de la información e investigación clínica: La recogida sistemática y estructurada de la información es imprescindible para conocer las variantes de la normalidad y la frecuencia de alteraciones del desarrollo y de patologías que puedan aparecer durante el seguimiento.
4. Evaluación de la práctica clínica a largo plazo: Permitirá conocer las tasas de morbimortalidad extrahospitalaria y avalar o modificar técnicas o tratamientos utilizados en el período neonatal, sirviendo de auditoría a las actividades desarrolladas por las UCIN y por el propio programa de seguimiento, más frecuentes en este grupo de niños y de otros que pudieran aparecer.
5. Identificación de necesidades terapéuticas: La información obtenida se debe comunicar a las autoridades sanitarias y sociales para adecuar los recursos a las necesidades reales que van generando estos niños. (15)

Centros como el Hospital Carlos Van Buren y el Hospital de Arica tienen implementado estos programas. El primero consta con un policlínico de especialidades para el seguimiento de prematuros menores de 1500 grs., hasta los siete años de edad, pacientes con secuelas neurológicas, rehabilitación y displasia Broncopulmonar. (48)

Así también como se menciona anteriormente, el Hospital de Arica tiene un instructivo de referencia- contra referencia del recién nacido prematuro, para la pesquisa de los prematuros que no se encuentran en control y para entonces incorporarlos a los programas de seguimiento, en el cual se describe a los profesionales de salud responsables según el nivel. (Por ejemplo: Médico, Enfermero/a, Matrón/a de APS son quienes deben pesquisar a estos prematuros sin control en especialidad, el médico Neonatólogo es quien debe evaluar, determinar exámenes y/o interconsultas, y hacer cumplir el instructivo y efectuar los cambios que se consideren pertinentes). Las acciones directas y atenciones que se describe en este programan se basan en la priorización de la atención, sin rechazo de la misma, con controles seriados y reincorporación de prematuros que no continúen con los controles descritos o presenten 3 o más inasistencias a estos. (49)

2.7. ROL DEL PROFESIONAL MATRONA/MATRÓN DE NEONATOLOGÍA EN TORNO A LOS CUIDADOS DEL PREMATURO

Las mejoras en cuidados neonatales no solo se debe a la implementación de nuevas tecnologías, también se debe a la oportuna intervención del equipo de salud, quien cuenta con las competencias necesarias para la atención en los servicios de neonatología. Uno de los profesionales que conforman el equipo es el profesional Matrona/Matrón. Es rol del profesional Matrona/Matrón aconsejar y proteger siempre a toda la población femenina que esté a su cuidado, incluyendo desde los últimos años, a su familia, a sus parejas e incluso a su entorno social.

El rol del profesional Matrona/Matrón en relación a la prematurez comienza desde la consejería pre – concepcional a la pareja en Atención Primaria en Salud (APS), haciendo énfasis en la pesquisa oportuna de factores de riesgo ante un posible parto prematuro y la gestión de acciones sociales y legales que protejan a la usuaria y su pareja, procurando también, fortalecer los factores protectores para la potencial gestación. Una vez iniciada la gestación, los cuidados del profesional

Matrona/Matrón se extienden por los controles prenatales, fomentando los cuidados antenatales a través de una constante educación respecto a estos, detectando y disminuyendo factores de riesgo en torno a síntomas de parto prematuro.

En el momento del nacimiento, es donde el profesional Matrona/Matrón comienza su rol crucial respecto a los cuidados del recién nacido; desde asistirlo con una conducta expectante y procurando que todos los mecanismos del parto sean lo más fisiológicos posibles, hasta su labor como Matrona/Matrón de neonatología a través de la atención inmediata al recién nacido.

En relación a un prematuro extremo, los cuidados de enfermería tienen mayor importancia, ya que las adaptaciones a la vida extrauterina del prematuro suelen estar alteradas o retrasadas a causa de la inmadurez sistémica, por lo que hay funciones que deberán ser asistidas e incluso reemplazadas por equipos, insumos y profesionales de la salud de los servicios de neonatología.

Las actividades del profesional Matrona/Matrón para la atención inmediata de los recién nacidos prematuros contempla:

- Unidad de reanimación preparada.
- Mantener las condiciones óptimas para mantener la termorregulación.
- Calefacción optima del pabellón. Idealmente cercana a 28° Celsius.
- Ropa de recepción precalentada.
- Cuna calefaccionada.
- Oxigeno humidificado y calefaccionado.
- Reanimación expedita. Manipulación suave.
- Corregir rápidamente hipoxia siempre evitando hiperoxemia. Ideal es contar con un monitor de oximetría de pulso para evaluar objetivamente las condiciones del niño.
- Estabilización hemodinámica del prematuro.

- Comunicación expedita con sección de hospitalización en UTI, información clara de las condiciones del recién nacido y los requerimientos de este para la preparación de la unidad.
- Mantención de parámetros de calefacción, humedad y mantención de la incubadora.
- Cambiar de posiciones al recién nacido para evitar ulceras por presión y utilizar medicamentos apropiados para el cuidado de la piel.
- Alimentar al recién nacido, en lo posible con la leche de su propia madre.
- Velar por el descanso del recién nacido, respetando sus propios horarios de sueño y vigilia. (12)(56)

No obstante en donde más se debe hacer énfasis en el rol es en el apoyo a los padres, ya que el profesional Matrona/Matrón de neonatología debe fomentar la relación *padres - hijo*:

- Facilitar el vínculo entre padres e hijo desde el nacimiento.
- Entregar la mayor información posible, procurando claridad para evitar confusiones y estrés en los padres.
- Resolver dudas.
- Realizar el Apego materno y fomentar el contacto táctil de la triada.
- Reforzar la lactancia materna.
- Permanecer junto al RN hospitalizado humana y profesionalmente (12)(48)(56)

2.8. ASOCIACIÓN DE PADRES DE PREMATUROS (ASPREM)

Complementario al trabajo realizado en los centros de salud y desde una perspectiva centrada en el neonato y su familia se crea la Asociación de Padres de Prematuros (ASPREM) cuya misión es crear, desarrollar y fortalecer las redes de apoyo necesarias en aquellos aspectos legales, sociales, médicos y

psicológicos que permitan trabajar con la problemática que genera la prematurez, fomentando la participación de personas naturales y jurídicas que se sensibilicen y quieran sumarse voluntariamente a nuestro esfuerzo.

La visión de la misma: Los padres y madres de los niños y niñas nacidos prematuros pertenecientes a la Asociación de Padres de Prematuros, ASPREM, basados en el conocimiento que entrega la experiencia, queremos ser parte fundamental y presencia activa en todo lo relativo a la atención a los niños y niñas nacidos prematuros, a través de redes de apoyo estatales y particulares que permitan la rehabilitación y el consecuente seguimiento post-hospitalario, siendo así, reconocidos como una entidad que logra de manera integral, trabajar con la problemática que genera la prematurez en todos sus aspectos y que afecta a los niños, sus padres y sus familias.

ASPREM es la primera entidad en poner el tema de la prematurez como una problemática que requiere de apoyo estatal, pues los padres y familias se ven enfrentados a ver una realidad distinta muchas veces que no esperaban; viven angustias, momentos emocionales complejos, incertidumbres, miedos, inseguridades, rabia, tristeza ante la situación de sus hijos. Abriendo caminos y posibilidades para que los padres y familias sientan apoyo, compañía y que es una opción para aprender, compartir experiencias, dudas y recibir orientación de aquellos que poseen experiencia y contando con un equipo médico que apoya voluntariamente. (17)

Capítulo XI

MATRÍZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS

1. Caracterizar a los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer desde la perspectiva biopsicosocial de padres pertenecientes a ASPREM Chile entre los años 2009 – 2013 en la región de Valparaíso.

    1.1. Identificar las características biológicas de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Sexo	Se define como la condición de *femenino* o *masculino* del recién nacido en base a sus genitales externos.		Femenino	
			Masculino	
Peso al Nacer	Medición de la masa corporal del recién nacido durante la atención inmediata expresada en gramos.		RNMBPN	1001 - 1500 grs
			RNEBPN	751 - 1000 grs
			RN Micronato	500 - 750 grs
Edad Gestacional	Tiempo transcurrido de la gestación desde la FUR materna hasta el momento del nacimiento, medido en semanas.		24 - 26 semanas	
			27 - 29 semanas	
			30 - 32 semanas	
			33 - 35 semanas	
APGAR al nacer	Puntuación del test de APGAR a los 5 minutos del recién nacido prematuro al nacer.		< 7	
			> 7	

Patologías	Afecciones biológicas que padece el Recién Nacido como consecuencia de su prematurez que interfieren con su bien estar *biopsicosocial.*		SDR	Presenta
				No presenta
			DBP	Presenta
				No presenta
			HIC	Presenta
				No presenta
			ROT	Presenta
				No presenta
			Hipoacusia	Presenta
				No presenta
			Sepsis Neonatal	Presenta
				No presenta
			Malformaciones Congénitas	Presenta
				No presenta
			Asfixia Neonatal	Presenta
				No presenta
			Trastornos Metabólicos	Presenta
				No presenta
			Otras	¿Cuál?
Tiempo de Hospitalización	Días que permanece hospitalizado el prematuro desde su nacimiento hasta su alta		> 100 días	
			99 - 50 días	
			49 - 30 días	
			29 - 12 días	
			≤ 11 días	
Diagnóstico al Alta	Diagnóstico del prematuro al momento de su alta hospitalaria	Con patologías	DBP	Si
				No
			Alteración Neurológica	Si
				No
			RDP	Si
				No
			Hipoacusia	Si
				No
			Malformaciones Congénitas	Si
				No
			Alteración Intestinal	Si
				No

Diagnóstico al Alta	Diagnóstico del prematuro al momento de su alta hospitalaria	Con patologías	Otra(s)	¿Cuál?
		Sin patologías		Si
				No

1.2. Establecer las características psicosociales del entorno de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Apego Neonatal	Relación afectiva íntima desarrollada por el recién nacido con sus cuidadores al momento del nacimiento (madre, padre o ambos).	Con Apego	Contacto piel a piel	Si
				No
			Contacto visual	Si
				No
			Apego precoz	Si
				No
			Apego tardío	Si
				No
		Sin Apego		Si
				No
Vínculo temprano madre y/o padre - recién nacido	Desarrollo de vínculo afectivo entre la madre y/o padre con el prematuro durante la hospitalización.	Contacto físico durante la hospitalización	Caricias	Si
				No
			Tomarlo en brazos	Si
				No
		Lactancia materna durante la hospitalización	Pecho Materno	Si
				No
			Alimentación mixta	Si
				No
Escolaridad de la madre o del padre	Años de estudio aprobados por la madre o padre del recién nacido prematuro.		Sin estudios	
			Básica	
			Media	
			Técnica	
			Superior	
Ocupación materna	Trabajo realizado por la madre del prematuro antes del nacimiento		Dueña de casa	
			Estudiante	
			Trabajadora dependiente	
			Trabajadora independiente	
			Trabajos esporádicos	

Estado civil del padre o madre del prematuro	Relación afectiva y/o legal de la pareja al momento del estudio		Solteros	
			Convivientes	
			Casados	
			Separados	
			Divorciados	
			Viuda/o	
Tipo de Familia	Clasificación de la estructura familiar según la *Comisión Nacional de la Familia* (CNF).		Nuclear	Simple
				Biparental
				Monoparental
			Extensa	
			Compuesta	

2. Describir la percepción de los padres pertenecientes a ASPREM Chile respecto a las actividades que realiza el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados de los Recién nacidos menores de 1.500gramos al nacer.
   2.1. Identificar desde la percepción de los padres, las actividades realizadas por el profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados de los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Cuidados Neonatales	Actividades realizadas por el profesional Matrona/Matrón al RN que son reconocidos por la madre y/o padre.		Procedimientos de enfermería	Si
				No
			Manejo del Dolor	Si
				No
			Confort del Recién Nacido	Si
				No
			Estimulación Neurosensorial	Si
				No
Inclusión de la madre y/o padre a los cuidados del neonato	Actividades que la madre y/o padre realizan a su prematuro con apoyo del profesional Matrona/Matrón.	Alimentación	Pecho directo	Si
				No
			Mamadera	Si
				No
			Sonda	Si
				No
		Estimulación	Palabras	Si
				No
			Programa Canguro	Si
				No
			Caricias	Si
				No
		Cuidados Básicos	Aseo	Si
				No
			Manejo del Dolor	Si
				No
			Vestimenta	Si
				No

Educación	Entrega de información atingente a la condición de salud, procedimientos y cuidados al prematuro por parte del profesional Matrona/Matrón a la madre y/o padre.	Lenguaje	Claro	Si
				No
			Técnico	Si
				No
		Relevancia	Si	
			No	

2.2. Determinar desde la percepción de los padres, la relación que se establece entre ellos y el profesional Matrona/Matrón a cargo de los cuidados neonatales.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Trato	Forma de interacción desde el profesional Matrona/Matrón hacia la madre y/o padre del prematuro.		Comprensivo	Si
				No
			Respetuoso	Si
				No
			Cálido	Si
				No
			Indiferente	Si
				No
Comunicación	Forma de interacción verbal entre el profesional Matrona/Matrón y padres del prematuro.	Si	Cercana	Si
				No
			Distante	Si
				No
		No		
Creación de Vínculos	El profesional Matrona/Matrón incentiva la creación de una relación armoniosa con la madre y/o padre del prematuro.		Disponibilidad	Si
				No
			Interés por la madre y/o padre	Si
				No

Capítulo XII

MÉTODO

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta: *"Caracterización biopsicosocial de recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer y percepción de los padres pertenecientes a la Asociación de Padres de Prematuros, sobre los cuidados neonatales otorgados por el profesional Matrona/Matrón"*

I. Características biológicas de su Hijo/a. (Las puede encontrar en el *Carné de niño sano* de su hijo).

1. Sexo del recién nacido:
   a) Hombre
   b) Mujer

2. ¿Cuánto pesó su hijo/a al nacer? Elija un rango.
   a) 1.001 – 1.500 grs
   b) 751 – 1.000 grs.
   c) 500 – 750 grs.

3. ¿A las cuántas semanas nació su hijo/a según edad gestacional pediátrica o corregida? Elija un rango.
   a) 24 – 26 semanas
   b) 27 – 29 semanas
   c)30 – 32 semanas
   d) 33 – 35 semanas

4. ¿Cuál fue la puntuación del test de APGAR de su hijo/a a los 10 minutos?
   a) < a 7
   b) > a 7

5. ¿Qué enfermedades cursó su hijo/a durante la hospitalización? Puede seleccionar más de una.
   a) Enfermedad Respiratoria durante el primer mes de vida.
   b) Daño pulmonar crónico, necesita oxígeno en domicilio
   c) Daño cerebral o neurológico
   d) Dificultad en la visión o ceguera
   e) Dificultad en la audición o sordera
   f) Infección generalizada
   g) Malformaciones Congénitas
   h) Asfixia Neonatal
   i) Otros _____

6. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado su hijo/a desde el nacimiento? Seleccione un rango.
   a) Más de 100 días
   b) 99 – 50 días
   c) 49 – 30 días
   d) 29 – 12 días
   e) 11 o menos días

7. Al momento del alta hospitalaria de su hijo/a ¿Aún cursaba alguna enfermedad? (Esta información puede ser verificada en el *Carné de niño sano* de su hijo/a).
   a) Si
   b) No

8. Si respondió “Si” en la pregunta 8 Marcar enfermedad. Puede seleccionar más de una alternativa.

   a) Daño pulmonar crónico, necesita oxígeno en domicilio
   b) Daño cerebral o neurológico
   c) Dificultad en la visión o ceguera
   d) Dificultad en la audición o sordera
   e) Malformaciones Congénitas
   f) Alteraciones Intestinales
   g) Otras _____

II. Características Psicosociales de su Hijo/a.

9. ¿Tuvo alguno de estos tipos de contacto con su hijo/a durante la hospitalización de este? Puede seleccionar más de una alternativa.
   a) Contacto piel a piel.
   b) Contacto visual (Le mostraron a su hijo/a al momento de nacer)
   c) Apego precoz (Tuvo contacto piel a piel antes de la primera media hora de vida).
   d) Apego tardío (Tuvo contacto piel a piel después de la primera media hora de vida)
   e) No tuvo ningún tipo de contacto

10. ¿Tuvo alguno de estos tipos de contactos afectivos con su hijo/a durante la hospitalización de este? Puede seleccionar más de una alternativa.
    a) Caricias.
    b) Tomarlo en brazos
    c) Ninguno

11. ¿Su hijo/a se alimentó con leche materna durante la hospitalización?
    a) Pecho materno
    b) Pecho materno y mamadera
    c) No se alimentó con leche materna, se alimentó con rellenos.

12. Describa los años de escolaridad aprobada por Usted al momento del nacimiento de su hijo/a:
    a) Sin educación formal
    b) Básica
    c) Media
    d) Técnica
    e) Superior

13. Indique la categoría que más se acerque a la ocupación de la madre, previo al nacimiento de su hijo/a.
    a) Dueña de casa
    b) Estudiante
    c) Trabajadora dependiente
    d) Trabajadora independiente
    e) Trabajos esporádicos

14. Indique el estado civil de padre y/o madre quien contesta la encuesta
    a) Soltero
    b) Conviviente
    c) Casado
    d) Separado
    e) Divorciado
    f) Viudo

15. Al momento del alta de su hijo/a. ¿Con quiénes vivía?

-

-

-

-

-

-

-

III. Actividades del profesional Matrona/Matrón que asistió a su hijo/a durante la hospitalización.

16. ¿Observó al profesional Matrona/Matrón realizar procedimientos de cuidados durante la hospitalización? (estos sean toma de muestras de exámenes, administración de medicamentos, alimentación a su hijo/a, curaciones, etc.)
    a) Si
    b) No

17. ¿Observó al profesional Matrona/Matrón acunar, hablar dulcemente, arropar, mecer o calmar a su hijo/a luego de realizar algún procedimiento?
    a) Si
    b) No

18. ¿Observó al profesional Matrona/Matrón mover equipos, cambiar de posición, arropar o acomodar a su hijo/a durante la hospitalización?
    a) Si
    b) No

19. ¿Observó al profesional Matrona/Matrón hacer masajes, hablarle, cantarle y/o darle objetos para succionar a su hijo/a durante la hospitalización?
    a) Si
    b) No

20. El profesional Matrona/Matrón ¿Le brindó apoyo para alimentar a su hijo/a con alguno de estos métodos durante la hospitalización? Puede seleccionar más de una alternativa.
    a) Pecho materno directo
    b) Mamadera con leche extraída del pecho materno
    c) Por sonda de alimentación
    d) No me dieron la posibilidad de alimentarlo

21. El profesional Matrona/Matrón ¿Le dio la posibilidad de estimular a su recién nacido mediante alguna de estas actividades? Puede seleccionar más de una alternativa.
    a) Hablarle suavemente
    b) Caricias
    c) Contacto piel a piel
    d) No me dieron la posibilidad de estimularlo

22. El profesional Matrona/Matrón ¿le dio la posibilidad de realizar alguno de los siguientes cuidados básicos a su hijo/a, durante la hospitalización? Puede seleccionar más de una alternativa
    a) Asear, lavar o mudar a su hijo/a.
    b) Acunar, acariciar, cantar o hablar a su hijo/a durante o después de un procedimiento.
    c) Vestir después de un procedimiento o cambiar ropa a su hijo/a.

23. ¿Recibió información por parte del profesional Matrona/Matrón relacionados a la condición de salud, procedimientos y cuidados de su hijo/a, durante la hospitalización?
    a) Sí
    b) No

24. Si respondió “Si” a la pregunta anterior ¿Cómo fue el lenguaje utilizado para dar la información?
    a) Lenguaje claro (Usó palabras que usted comprendió, le dio ejemplos, fue clara, etc.)
    b) Lenguaje técnico (Usó términos difíciles, palabras complejas, no se dio a entender)

25. ¿La información entregada por el profesional Matrona/Matrón relacionados a la condición de salud, procedimientos y cuidados de su hijo/a, durante la hospitalización fue relevante o importante?
    a) Sí
    b) No

IV. Relación establecida entre los padres y el profesional Matrona/Matrón que asistió a su hijo/a durante la hospitalización.

26. ¿Cómo percibió el trato o forma de interacción del profesional Matrona/Matrón hacia usted durante la hospitalización de su hijo/a? Puede marcar más de una alternativa.
    a) Comprensivo.
    b) Respetuoso.
    c) Cálido.
    d) Indiferente.

27. ¿Tuvo comunicación con el profesional Matrona/Matrón durante la hospitalización de su hijo/a? ¿Cómo fue la comunicación establecida con el profesional Matrona/Matrón durante la hospitalización de su hijo/a? Puede marcar más de una alternativa.
    a) Cercana
    b) Distante
    c) No hubo comunicación.

28. El profesional Matrona/Matrón ¿Estuvo disponible para responder sus dudas e inquietudes respecto a su hijo/a y su condición de salud durante la hospitalización?
    a) Si
    b) No

29. El profesional Matrona/Matrón ¿Mostró interés por su persona? (Estado anímico, entendimiento de la problemática de salud de su hijo/a, resolución de dudas, etc.)
    a) Si
    b) No

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Padres de prematuros

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado ***"Caracterización biopsicosocial de recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer y percepción de los padres pertenecientes a la Asociación de Padres de Prematuros, sobre los cuidados neonatales otorgados por el profesional Matrona/Matrón"*** cuya Directora de la investigación es *Paula Oyarzún Andrades*, Matrona y Docente de la Universidad de Valparaíso, en conjunto con las estudiantes de 4to año, investigadoras responsables *Daniela Ahumada Varas, Paulina Contreras Manzo, Paulina Cuadra Herrera, Nicolette Núñez González, Valentina Paz Toledo y Valentina Salgado Díaz*. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso durante el año 2014.
2. En la actualidad se mantiene escasa información respecto a los prematuros de menos de 1.500 gramos al nacer, por lo que es un tema de interés investigativo para el profesional Matrona/Matrón, sumado esto a los grandes avances en el ámbito de los cuidados neonatales para el niño hospitalizado, por lo que generar una base de información es de suma importancia.
3. Los objetivos del estudio son:

- Caracterizar a los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer desde la perspectiva biopsicosocial de padres pertenecientes a ASPREM Chile entre los años 2009 – 2013 en la región de Valparaíso.

- Describir la percepción de los padres pertenecientes a ASPREM Chile respecto de las actividades del profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados neonatales.

4. La participación en esta investigación es de **carácter voluntario**, esta consta de responder una encuesta basada en datos generales e historia clínica de su hijo/a, manteniendo en todo momento su anonimato.
5. Esta Investigación no representa en ningún caso un riesgo para usted ni para su hijo/a.
6. La participación en esta investigación es de **carácter gratuito.**
7. El encuestado tiene derecho a abandonar la investigación en el momento en que lo decida. El encuestado tiene derecho a manifestar sus inquietudes al comité investigador, para ello se ha puesto a su disposición la siguiente dirección de correo electrónico tesis.prematurez2013@gmail.com
8. Los datos entregados por usted son y serán en todo momento **anónimos.**
9. Los datos entregados por usted serán conocidos solo por el comité investigador (las tesistas) ya que la encuesta no solicita datos de identificación (nombre, RUT, direcciones, teléfonos, etc.).
10. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el comité investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas. En ningún momento se publicarán datos de identificación, sólo los resultados de la investigación.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Explicitar que si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador :

Directora de Investigación

Paula Oyarzún Andrades

3. FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha de Consentimiento informado para Padres de prematuros

Yo, acepto participar del estudio ***"Caracterización biopsicosocial de recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer y percepción de los padres pertenecientes a la Asociación de Padres de Prematuros, sobre los cuidados neonatales otorgados por el profesional Matrona/Matrón"*** cuya Directora de la investigación es *Paula Oyarzún Andrades*, Matrona y Docente de la Universidad de Valparaíso, en conjunto con las estudiantes de 4to año, investigadoras responsables *Daniela Ahumada Varas, Paulina Contreras Manzo, Paulina Cuadra Herrera, Nicolette Núñez González, Valentina Paz Toledo y Valentina Salgado Díaz*. Además se me ha explicado y comprendo que:

1. La investigación mencionada se realizará en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso durante el año 2014.
2. En la actualidad se mantiene escasa información respecto a los prematuros de menos de 1.500 gramos al nacer, por lo que es un tema de interés investigativo para el profesional Matrona/Matrón, sumado esto a los grandes avances en el ámbito de los cuidados neonatales para el niño hospitalizado, por lo que generar una base de información es de suma importancia.
3. Los objetivos del estudio son:

- Caracterizar a los Recién Nacidos menores de 1.500 gramos al nacer desde la perspectiva biopsicosocial de padres pertenecientes a ASPREM Chile entre los años 2009 – 2013 en la región de Valparaíso.

- Describir la percepción de los padres pertenecientes a ASPREM Chile respecto de las actividades del profesional Matrona/Matrón sobre los cuidados neonatales.

4. La participación en esta investigación es de **carácter voluntario**, esta consta de responder una encuesta basada en datos generales e historia clínica de mi hijo/a, manteniendo en todo momento su anonimato y el mío.
5. Esta Investigación no representa en ningún caso un riesgo para mí ni para mi hijo/a.
6. Mi participación en esta investigación es de **carácter gratuito.**
7. Yo, como encuestado/a tengo derecho a abandonar la investigación en el momento en que lo decida. Además tengo derecho a manifestar mis inquietudes al comité investigador, para ello se ha puesto a mi disposición la siguiente dirección de correo electrónico tesis.prematurez2013@gmail.com
8. Los datos entregados por mí son y serán en todo momento **anónimos.**
9. Los datos entregados por mí serán conocidos solo por el comité investigador (las tesistas) ya que la encuesta no solicita datos de identificación (nombre, RUT, direcciones, teléfonos, etc.).
10. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el comité investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas. En ningún momento se publicarán datos de identificación, sólo los resultados de la investigación.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si yo lo requiero, puedo contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Si acepto participar, recibiré un ejemplar de este documento, firmado por los investigadores.

_____**RUT y Firma**_____

4. AUTORIZACIÓN PRESIDENTA DE ASPREM CHILE

Carta de autorización de participación "Asociación de Padres de Prematuros" ASPREM Chile

Yo, ROMINA RUZ ROJAS, RUT 15.501.071 - 1, Fundadora y Presidenta de la **Asociación de Padres de Prematuros, ASPREM Chile,** declaro que la investigadora principal Matrona *Paula Oyarzún Andrades*, las tesistas *Daniela Ahumada Varas, Paulina Contreras Manzo, Paulina Cuadra Herrera, Nicolette Núñez González, Valentina Paz Toledo y Valentina Salgado Díaz* de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, perteneciente a la facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas, Nro. 1028 De la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación ***"Caracterización biopsicosocial de recién nacidos prematuros menores de 1.500 gramos al nacer y percepción de los padres pertenecientes a la Asociación de Padres de Prematuros, sobre los cuidados neonatales otorgados por el profesional Matrona/Matrón"*** que llevarán a cabo en la Universidad de Valparaíso.

Conforme a lo anterior, tomo conocimiento y permito el desarrollo de esta investigación y las actividades de esta para con los miembros de ASPREM y entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es Conocer las características Biopsicosociales de los recién nacidos menores de 1500 gramos, cuyos padres pertenecen a ASPREM, y la percepción de estos en torno a los cuidados que presta el profesional Matrona/Matrón a su hijo. Y será útil para la obtención del grado de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura de las tesistas anteriormente mencionadas.

2. La participación de los miembros de ASPREM es voluntaria y consistirá en responder una encuesta sobre características generales e historia clínica de

su hijo/a, los datos Los obtenidos serán confidenciales y serán analizados por las tesistas anteriormente mencionadas en la Universidad de Valparaíso, durante el año 2014.

3. La investigación no ofrece riesgo alguno para los miembros de ASPREM ni para sus hijos/as.

4. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y/o a sus colaboradores, en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar mediante la dirección de correo electrónico tesis.prematurez2013@gmail.com

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando la realización de este estudio en la Asociación que presido, ASPREM.

Romina Ruz Rojas
Fundadora y Presidenta ASPREM Chile
15.501.071 – 1

5. TABLAS

Tabla 5. Sexo del recién nacido

Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Femenino	12	40%
Masculino	18	60%
Total	30	100%

Tabla 6. Peso al nacer

Peso	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
RNMBPN	16	53,33%
RNEBPN	7	23,33%
RN Micronato	7	23,33%
Total	30	100,00%

Tabla 7. Edad Gestacional

Edad Gestacional	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
24 - 26 Semanas	9	30,00%
27 - 29 Semanas	15	50,00%
30 - 32 Semanas	4	13,33%
33 - 35 Semanas	2	6,67%
Total	30	100,00%

Tabla 8. APGAR al nacer

APGAR	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
< 7	11	36,67%
> 7	19	63,33%
Total	30	100,00%

Tabla 9. Patologías del recién nacido durante la hospitalización

Patologías	Presente / No Presente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
SDR	Presente	17	56,67%
	No Presente	13	43,33%
	Total	30	100,00%
DBP	Presente	11	36,67%
	No Presente	19	63,33%
	Total	30	100,00%
HIC	Presente	6	20,00%
	No Presente	24	80,00%
	Total	30	100,00%
ROP	Presente	4	13,33%
	No Presente	26	86,67%
	Total	30	100,00%
Hipoacusia	Presente	1	3,33%
	No Presente	29	96,67%
	Total	30	100,00%
Sepsis	Presente	4	13,33%
	No Presente	26	86,67%
	Total	30	100,00%
Malformaciones Congénitas	Presente	0	0,00%
	No Presente	30	100,00%
	Total	30	100,00%
Asfixia	Presente	3	10,00%
	No Presente	27	90,00%
	Total	30	100,00%
Trastornos Metabólicos	Presente	1	3,33%
	No Presente	29	96,67%
	Total	30	100,00%
Otras	Presente	5	16,67%
	No Presente	25	83,33%
	Total	30	100,00%

Tabla 10. Tiempo de hospitalización

Días de Hospitalización	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
> 100 días	5	16,67%
99 - 50 días	17	56,67%
49 - 30 días	6	20,00%
29 - 12 días	1	3,33%
≤ 11 días	1	3,33%
Total	30	100,00%

Tabla 11. Presencia de patologías al momento del alta

Presencia de patologías	Presente/Ausente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
	Presentes	21	70%
	Ausentes	9	30%
TOTAL		**30**	**100%**

Tabla 12. Diagnóstico al alta

Diagnóstico al alta		Presente / No Presente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Con patologías	DBP	Presente	16	53,33%
		No Presente	14	46,67%
	Total		30	100,00%
	Alteraciones Neurológicas	Presente	3	10,00%
		No Presente	27	90,00%
	Total		30	100,00%
	ROP	Presente	2	6,67%
		No Presente	28	93,33%
	Total		30	100,00%
	HIP	Presente	2	6,67%
		No Presente	28	93,33%
	Total		30	100,00%
	Malformaciones Congénitas	Presente	0	0,00%
		No Presente	30	100,00%
	Total		30	100,00%
	Alteraciones Intestinales	Presente	0	0,00%
		No Presente	30	100,00%
	Total		30	100,00%
	Otras	Presente	5	16,67%
		No Presente	25	83,33%
	Total		30	100,00%

Tabla 13. Reconocimiento de apego neonatal durante la hospitalización

Apego Neonatal		Presente / No Presente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Apego	Contacto Piel a Piel	Presente	24	80,00%
		No Presente	6	20,00%
	Total		30	100,00%
	Contacto Visual	Presente	16	53,33%
		No Presente	14	46,67%
	Total		30	100,00%
	Apego Precoz	Presente	2	6,67%
		No Presente	28	93,33%
	Total		30	100,00%
	Apego Tardío	Presente	9	30,00%
		No Presente	21	70,00%
	Total		30	100,00%
	Presente		2	6,67%
	No Presente		28	93,33%
	Total		30	100,00%

Tabla 14. Reconocimiento de desarrollo de vínculo madre y/o padre – recién nacido

Vínculo temprano Madre y/o Padre - Recién Nacido	Presente / No Presente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
	Presente	30	100,00%
	No Presente	0	0,00%
	Total	30	100,00%

Tabla 15. Vínculo temprano madre y/o padre – recién nacido

Vínculo temprano Madre y/o Padre - Recién Nacido		Presente / No Presente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Contacto Físico	**Caricias**	Presente	29	96,67%
		No Presente	1	3,33%
		Total	30	100,00%
	Tomar en brazos	Presente	25	83,33%
		No Presente	5	16,67%
		Total	30	100,00%
Lactancia Materna Durante Hospitalización	**Lactancia Materna Exclusiva**	Presente	10	33,33%
		No Presente	20	66,67%
		Total	30	100,00%
	Lactancia Materna Mixta	Presente	20	66,67%
		No Presente	10	33,33%
		Total	30	100,00%

Tabla 16. Escolaridad materna al momento del alta del prematuro

Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Sin estudios	1	3,33%
Básica	2	6,67%
Media	12	40,00%
Técnica	5	16,67%
Superior	10	33,33%
Total	**30**	**100,00%**

Tabla 17. Ocupación materna al momento del alta del prematuro

Ocupación Materna	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Dueña de casa	10	33,33%
Estudiante	6	20,00%
Trabajadora independiente	3	10,00%
Trabajadora dependiente	8	26,67%
Trabajos esporádicos	3	10,00%
Total	**30**	**100,00%**

Tabla 18. Estado civil de la madre al momento del alta del prematuro

Estado Civil	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Solteros	6	20,00%
Casados	12	40,00%
Convivientes	11	36,67%
Separados	0	0,00%
Divorciados	0	0,00%
Viuda/o	1	3,33%
TOTAL	**30**	**100,00%**

Tabla 19. Clasificación de familia

Tipo de Familia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Nuclear Biparental	14	46,67%
Nuclear Monoparental	1	3,33%
Extensa	1	3,33%
Compuesta	14	46,67%
Total	**30**	**100,00%**

Tabla 20. Cuidados neonatales realizados por el profesional Matrona/Matrón observados por la madre y/o padre del prematuro.

Cuidados Neonatales		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Procedimientos de Enfermería	Se observa	27	90%
	No se observa	3	10%
	Total	**30**	**100%**
Manejo del Dolor	Se observa	22	73,33%
	No se observa	8	26,67%
	Total	**30**	**100%**
Confort del Recién Nacido	Se observa	23	76,67%
	No se observa	7	23,33%
	Total	**30**	**100%**
Estimulación Neurosensorial	Se observa	15	50%
	No se observa	15	50%
	Total	**30**	**100%**

Tabla 21. Alimentación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización.

Inclusión de la Madre y/o Padre	Alimentación		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
	Pecho Directo	Si	18	60%
		No	12	40%
		Total	**30**	**100%**
	Mamadera	Si	28	93,33%
		No	2	6,67%
		Total	**30**	**100%**
	Sonda	Si	15	50%
		No	15	50%
		Total	**30**	**100%**

Tabla 22. Estimulación realizada por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización.

Inclusión de la Madre y/o Padre	Estimulación		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
	Palabras	Si	26	86,67%
		No	4	13,33%
		Total	**30**	**100%**
	Programa Canguro	Si	24	80%
		No	6	20%
		Total	**30**	**100%**
	Caricias	Si	26	86,67%
		No	4	13,33%
		Total	**30**	**100%**

Tabla 23. Cuidados básicos realizados por la madre y/o padre del prematuro durante la hospitalización.

Inclusión de la Madre y/o Padre	Cuidados Básicos		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
	Aseo	Si	20	66,67%
		No	10	33,33%
		Total	**30**	**100%**
	Manejo del dolor	Si	28	93,33%
		No	2	6,67%
		Total	**30**	**100%**
	Vestimenta	Si	13	43,33%
		No	17	56,67%
		Total	**30**	**100%**

Tabla 24. Lenguaje usado por el profesional Matrona/Matrón.

Educación		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Lenguaje	Claro	27	90%
	Técnico	3	10%
	Total	**30**	**100%**

Tabla 25. Relevancia de la información entregada por el profesional Matrona/Matrón.

Educación		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Relevancia	Relevante	30	100%
	No Relevante	0	0%
	Total	**30**	**100%**

Tabla 26. Trato del profesional Matrona/Matrón hacia la madre y/o padre del prematuro.

Trato	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Comprensivo	11	36,67%
Respetuoso	10	33,33%
Cálido	5	16,67%
Indiferente	4	13,33%
Total	**30**	**100%**

Tabla 27. Comunicación establecida entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro.

Comunicación	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta (%)
Cercana	19	63,33%
Distante	11	36,67%
Total	**30**	**100,00%**

Tabla 28. Creación de vínculos entre el profesional Matrona/Matrón y la madre y/o padre del prematuro.

Creación de Vínculos		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Disponibilidad	Si	29	96,67%
	No	1	3,33%
	Total	**30**	**100%**
Interés por la Madre y/o Padre	Si	22	73,33%
	No	8	26,67%
	Total	**30**	**100%**