



## Prematurez: Una mirada multidimensional

Bioética en salud perinatal



Cambios en el paradigma  
de los cuidados neonatales



Testimonio fundadora ASPREM  
Asociación de Padres  
de Prematuros de Chile



# Editorial

El Boletín es una instancia de difusión e información destinado a divulgar trabajos de investigación originales, resúmenes, artículos de opinión relevante, comunicaciones, comentarios referidos a contenidos que involucren el campo de la Obstetricia, Ginecología, Neonatología, Puericultura y/o de las Ciencias Sociales que se inserten en el rol del profesional Matrón – Matrona.

Mariana Arancibia Heger  
Editora General



Programa dirigido a profesionales de la salud y educación e investigadores en distintas áreas del saber, cuyo objetivo es capacitar en el conocimiento de la Bioética y en el análisis racional de la dimensión ética del desarrollo científico y sanitario.

Mayor información: obstetricia.uv.cl  
Teléfono: 032-2507442 Srta. Nicole Varas

Profesora Ana María Alvarado  
Directora de Postítulo y Postgrado  
Escuela de Obstetricia y Puericultura

## Editor General

Mariana Arancibia Heger

## Director de la Publicación

Claudia Gutiérrez Mella  
Soledad Herrera Tachaires

## Comité Editorial

Irma Balbiani Corvalán  
Francisca Martínez Ampuero  
Loreto Pomodoro Cirano

## Instrucciones para el envío de colaboraciones

Los envíos se deben realizar al correo contacto@uv.cl, los que pueden ser en inglés o español remitidos al director quien acusará recibo de ellos.

Los trabajos se confeccionarán en planilla word, con letra arial 12 a doble espacio en tamaño carta, conteniendo aproximadamente 450 palabras por hoja en un máximo de dos, incluidos el título, autor y reseñas bibliográficas, adjuntado archivos gráficos (fotos originales, gráficos, etc.). Se sugiere en caso de presentar un trabajo original enviar un CD rotulado indicando con claridad el nombre del autor y título del trabajo a la dirección siguiente: Universidad de Valparaíso, Blas Cuevas 1028, Valparaíso a nombre de Claudia Gutiérrez Mella (Directora de la Publicación). Para los trabajos originales incluir las siguientes secciones: 1) Abstract en inglés (10 líneas como máximo); 2) introducción; 3) Material y Métodos; 4) Discusión y/o conclusiones; 5) Referencias. Normas APA.

En cuanto a los resúmenes, artículos de opinión, comentarios se debe adjuntar el autor y en caso necesario la argumentación bibliográfica.

El boletín se reserva el derecho de la fecha de publicación y/o impresión, así como el de rechazarlo. Se deja establecido que previo a la publicación el comité editorial revisará cada uno de los envíos para su publicación.

La próxima temática a desarrollar será "Salud del Adolescente"...fecha límite 31 de marzo 2014.

# Aumento de la prematuridad en Chile, buscando posibles explicaciones

Paulina López Orellana  
Matrona docente  
PhD Salud Pública, Epidemiología  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Universidad de Valparaíso

La prematuridad o nacimiento de pretérmino, (aquel que ocurre desde las 22 y antes de las 37 semanas de edad gestacional), es un indicador de riesgo para la salud perinatal, neonatal e infantil, por la mortalidad, morbilidad y secuelas que provoca. En el mundo nacen alrededor de 13 millones de prematuros al año, de los cuales más de un millón termina en una defunción neonatal cuya causa puede ser imputada directamente a la condición de prematuridad [1].

En Chile la prematuridad es una prioridad en salud (AUGE), ella explica el 83% de la mortalidad perinatal; es también la principal causa de hospitalización del recién nacido en las unidades de cuidados intensivos y provoca secuelas invalidantes de diversa gravedad en el 23% de los casos [2]. Además, el costo económico de la prematuridad es inmenso (alrededor de U\$22.000 hasta el momento del alta para un recién nacido menor de 32 semanas y con menos de 1.500 gr [3]).

En Chile, como en la mayor parte del mundo, los nacimientos prematuros han ido en aumento. El análisis en tres periodos durante 18 años muestra un aumento desde 5,0% (1991-1995) hasta 6,5% (2000-2008). El principal aumento se sitúa en los nacimientos menores de 32 semanas (+37,1%) [4].

Ahora el desafío es poder llegar a establecer los factores que intervienen en esta tendencia. Tarea difícil dado que el nacimiento prematuro es multifactorial.

En este artículo se discutirán los principales factores asociados al aumento de la

prematuro en países de Europa, Escandinavia y América del Norte, y se comentarán algunas similitudes y diferencias con la situación chilena.

## La introducción del ultrasonido sistemático para la determinación de la edad gestacional fetal.

Ha sido asociada al aumento de la tasa de prematuros respecto de las tasas obtenidas cuando la edad gestacional se calcula por fecha de última regla [5]. En Chile la ecografía del primer trimestre se sistematizó desde el 2000. Al observar las tasas anuales de pretérmino (Figura 1), hay un alza más marcada alrededor del 2000, sin embargo, dicha tendencia no se estabiliza como se esperaría y además se acompaña de pesos de nacimiento que también decrecen en el tiempo (datos no mostrados). Con ello, la contribución de la ecografía parece ser limitada.

## El aumento de cesáreas e inducción del trabajo de parto.

Con el objetivo de reducir el riesgo materno y/o perinatal se ha observado un aumento de cesáreas e inducciones del trabajo de parto en varias regiones [6]. Algunos países han adoptado diferentes medidas para limitar el exceso de esas intervenciones [7]. En Chile no hay normas de ese tipo y las cifras de cesáreas siguen estando entre las más altas del mundo (más de 40% según Donoso, 2004).

Las modificaciones en el perfil de riesgo de la población materna.

En las últimas tres décadas, importantes cambios han sido descritos en la población materna de los países industrializados [8]. Los que más gravitan en el riesgo de parto

prematuro es el aumento de la edad materna, aumento de la primiparidad tardía y de madres que no viven en pareja. Por otra parte, varios países europeos y escandinavos han tomado medidas para disminuir el riesgo de parto prematuro asociado a la pobreza materna, al tabaquismo y a la maternidad precoz (antes de los veinte años). Ese no es el caso de Chile.

## Modificaciones en el registro de nacidos vivos.

El mayor desarrollo y acceso de los cuidados perinatales y neonatales puede inducir a un aumento del registro de nacidos vivos prematuros que en ausencia de recursos no eran viables. En Chile, los nacimientos al borde de la viabilidad han ido en aumento desde los 90 y ello coincide con la puesta en marcha de las UCI neonatales, el uso de corticoides antenatales y de surfactante artificial. Cabe destacar sin embargo, que para el grupo de menos de 28 semanas la sobrevida es muy corta y 80% de ellos muere dentro de las primeras semanas de vida [2]. Algunos países han normado la edad de reanimación pero en Chile actualmente no existen protocolos para definir los grupos que pueden beneficiar de todos los recursos disponibles para otorgar viabilidad [8].

El aumento de las técnicas de fertilización asistida ha producido un aumento sustancial de nacimientos múltiples.

Así lo han mostrado los estudios desde los 80 en los países industrializados. En Chile los nacimientos obtenidos por técnicas de fertilización asistida son bastante escasos, pudiendo estimarse en alrededor de 500 al año, considerando los informes de la Red latinoamericana de Fertilización asistida.

Se espera que esta cifra aumente con la nueva ley que mejora el acceso a estos tratamientos.

En síntesis, el escenario chileno es complejo y en ausencia de políticas de prevención el aumento de la prematuridad podría continuar su curso. Las matronas y matrones tenemos un importante rol que jugar en el ámbito de la prevención a través de la atención clínica, del trabajo comunitario y de la investigación.

#### Bibliografía

1. Simmons LE, Rubens CE, Darmstadt GL, Gravett MG: Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. *Semin Perinatol* 2010; 34(6):408-415.
2. Morgues M: Informe técnico recién nacidos con menos de 32 semanas de edad gestacional. Sistema nacional de servicios de salud de Chile; Quinquenio 2000-2004. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2005.
3. Salinas P H: Impacto económico de la prematuridad y las malformaciones congénitas sobre el costo de la asistencial neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol* 2006; 71:234-238.
4. Lopez, P. O. and G. Bréart "Trends in gestational age and birth weight in Chile, 1991-2008. A descriptive epidemiological study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12(1): 121-131.
5. Blondel B; Morin I; Platt RW; Kramer MS; Usher R; Breart G: Algorithms for combining menstrual and ultrasound estimates of gestational age: consequences for rates of preterm and post-term birth. *BJOG* 2002; 109:718-720.
6. Menacker F; Declercq E; Macdorman, M.: Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30 (5): 235-241.
7. Vargas C David, Vera P-G Claudio, Carvajal C Jorge. Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo. *Rev. chil. obstet. Gineco*; 2004 69(4): 336-338.
8. Blondel B; Lelong N; Kermarrec M; Goffinet F: [Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys.]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2011.
9. Hubner ME, Ramirez R: [Survival, viability and prognosis of premature infant]. *Rev Med Chil* 2002; 130:931-938.
10. Joseph KS; Allen A; Kramer MS; Cyr M; Fair M: Changes in the registration of stillbirths < 500 g in Canada; 1985-95. Fetal-Infant Mortality Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13:278-287.

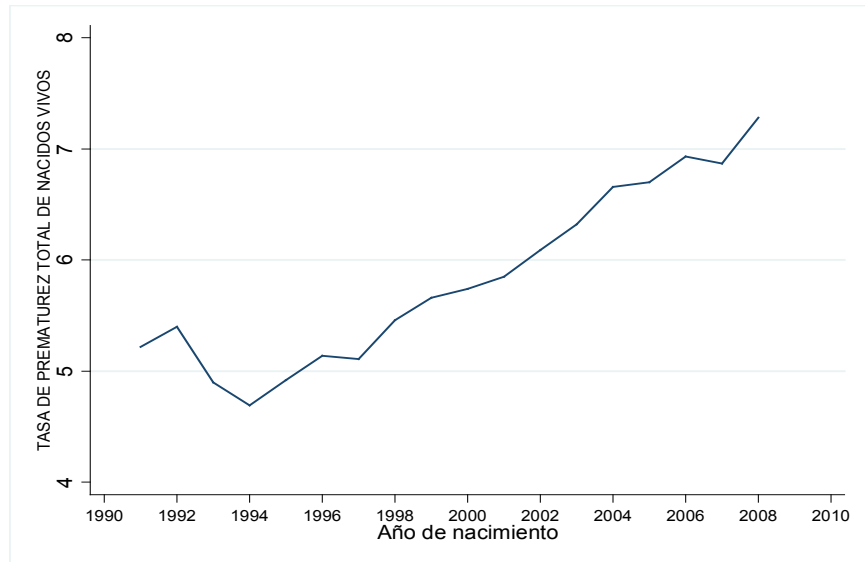


Figura 1. Evolución de la tasa de prematuridad anual. Chile, población de nacidos vivos 1991-2008.

DESDE MARZO 2014

## CONSULTA MATRONAS UV

**32 / 314 0601**  
Lunes a Viernes 14:00 - 17:00

[consultamatronasuv](#)
[obstetriciauv](#)

**Servicio completamente gratuito**

[consultamatronas@uv.cl](mailto:consultamatronas@uv.cl)  
<http://obstetricia.uv.cl>

Métodos Anticonceptivos

ITS Infecciones de transmisión sexual

Cáncer cervicouterino

Cáncer de mama

Climaterio

Embarazo

Recién nacido

Lactancia materna

# “Bioética en salud perinatal”

Ingrid Sepúlveda Canales  
Matrona docente  
Especialista en Neonatología ©  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Universidad de Valparaíso  
Co-autor: Jonathan Gálvez

La medicina es una de las ciencias que se ha desarrollado en forma exponencial que van favoreciendo el avance hacia mejores terapias o mejores alternativas de tratamiento a diferentes afecciones, todo de la mano de la tecnología quien se ha transformado en una protagonista innegable en este proceso de crecimiento. La neonatología no ha quedado ajena a este proceso, y cada día que pasa se salvan recién nacidos de menor peso y de menor edad gestacional, así como la corrección de malformaciones congénitas, que llevan a una sobrevida mucho mayor, impensable hasta hace 50 años. Con esto han surgido diversos cuestionamientos y planteamientos sobre ¿Lo que se está haciendo? ¿Cómo se está haciendo?, la existencia del límite ya no parece ser un problema; por el contrario la evidencia científica disponible respalda el actuar de los profesionales neonatólogos. Claro está que es muy bien visto “salvar” a esa pequeña criatura, pero ¿A qué costo?, una calidad de vida que sea digna muchas veces no parece formar parte del colectivo neonatal, por ejemplo al reanimar prematuros muy extremos. Es gratificante observar en un gráfico el logro de una sobrevida cercana al 80%, pero ¿Y el neurodesarrollo del prematuro?, ¿Será que solo contenta y satisface salvar una vida sin medir consecuencias? ¿El fin justifica los medios?

A raíz de todos estos dilemas surge la ética como coadyuvante del proceso clínico, reformulándose el actuar en los diferentes escenarios que la Perinatología nos ofrece en el quehacer diario.

Es en uno de estos escenarios, en donde la ultrasonografía ha adquirido un rol re-



levante en el diagnóstico de las malformaciones congénitas permitiendo la planificación, coordinación y toma de decisiones en aquellos cuadros en donde el pronóstico es favorable. Este método diagnóstico también ha permitido la pesquisa de aquellas malformaciones incompatibles con la vida, que se detectan de forma muy precoz durante la gestación, lo cual afecta a la mujer y a todo su entorno familiar; el saber que se llevará a cabo el desarrollo de un ser cuyo fin será la muerte, hace replantearse la interrogante ¿Hasta qué punto es beneficiosa la ultrasonografía en este tipo de malformaciones? En donde no existen alternativas para estas familias, si no más que llevar a cabo el embarazo, gestando a su vez un duelo constante.

Otro escenario complejo es el avance en terapia intensiva neonatal, en donde el uso de tecnología cada vez mas invasiva y porque no decirlo, agresiva; ha llevado a adentrarse en terrenos comparables con verdaderos campos minados, generando grandes conflictos en la toma de decisiones clínicas, relacionadas con lo que se debe o es correcto hacer; dando

origen a los cuestionados y cada vez mas importantes: dilemas éticos neonatales.

Dentro de estos se encuentra el debatido “límite de viabilidad en prematuros extremos”. Diferentes son las estadísticas que se pueden apreciar a nivel mundial en cuanto a la reanimación de prematuros en edad gestacional límite, basado principalmente en el mayor desarrollo de la tecnología médica, así como en el mejor entrenamiento y capacitación de los profesionales de esta área. Cada centro hospitalario a nivel mundial debe establecer sus propios lineamientos de reanimación en prematuros extremos de acuerdo a la realidad local, cabe destacar que estos no van a estar sujetos exclusivamente a la edad gestacional, sino que también influirá la vitalidad al nacer, urgencia en la decisión, factores culturales y étnicos. Todo esto engloba a un concepto propio de la medicina que nunca ha sido ni será 100% exacta, concepto que se transforma en protagonista al momento de decidir si se inicia o prosigue una reanimación en prematuros muy extremos; descrito por la literatura internacional como “zona gris gestacional”.

Otro dilema ético que surge en el actuar médico de las unidades de paciente crítico neonatal es el “*Encarnizamiento terapéutico*” orientado al uso desmedido de las terapias invasivas tanto en recién nacidos hospitalizados como en aquellos sometidos a una reanimación avanzada, con el fin de lograr una sobrevivida en el neonato, sin medir consecuencias a futuro e impidiendo muchas veces la muerte digna o el bien morir.

“*La limitación del esfuerzo terapéutico*”, forma parte de la toma de decisiones que debe enfrentar el neonatólogo tratante cuando considera que todos los esfuerzos son infructuosos y que solo se está prolongando el momento de la muerte del neonato, es propio del tratante recurrir a los comités de ética clínica, cuando no se está seguro si la decisión es la más adecuada.

Es importante destacar que todos los tratamientos dados a los recién nacidos deben ir en relación a los resultados que se esperan para estos, lo que en lenguaje médico se denomina “*proporcionalidad terapéutica*”.

Dentro de la toma de decisiones en neonatología es importante destacar que debe ser compartida con los padres; basándose en el principio de autonomía el neonato no puede tomar decisiones y por lo tanto serán sus padres quienes las asuman. Este accionar debe realizarse sólo si hubo previa información completa y acabada respecto de la situación y/o patología del recién nacido, incluyendo consentimiento informado antes de iniciar algún o suspensión del apoyo terapéutico, actuar que

también refleja calidad de la atención.

Todo recién nacido tiene derecho a recibir una atención médica de calidad en cuanto su condición lo permita, pero además no solo debe enfocarse en el concepto biomédico si no también en la parte humanitaria.

El concepto de humanizar la atención en el proceso clínico y de recuperación no es algo nuevo, esto se ha venido trabajando desde hace ya unos años tomando cada vez mas énfasis, siendo parte de programas gubernamentales, respaldados con evidencia científica descrita a nivel mundial.

Las neonatologías no quedan ajenas a estos, considerando que ha sido un proceso largo y difícil el despaternalizar a los profesionales de sus pacientes neonatos, entregarlos a sus padres, generar cuidados centrados en prematuro, aplicar técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor, trabajar con el mínimo estímulo posible en recién nacidos prematuros forman parte del trabajo de los últimos años en esta área como forma de humanizar los cuidados neonatales.

La presencia del padre o algún familiar significativo desde la etapa de control prenatal, hasta el momento del nacimiento, independiente que este sea de alto riesgo o no, así como del recién nacido hospitalizado, debe ser parte de los cuidados, beneficiando la salud mental perinatal.

Dentro de la humanización no sólo se debe considerar el acompañamiento de la fami-

lia en el nacimiento, sino también en los momentos más críticos cuando el pronóstico de un niño es adverso o se ha producido la muerte. El proporcionar un “buen morir” asociado con una intimidad propia del proceso, un ambiente adecuado, en conjunto con sus padres, será lo idóneo para que el duelo se comience a superar desde etapas precoces.

Forma parte de esto también el contar con una red de profesionales interdisciplinarios, idealmente con experiencia en salud mental perinatal, con el fin de proporcionar a la familia el apoyo necesario, ya sea para asumir un mal pronóstico fetal o neonatal, así como vivir el duelo en todas sus etapas y poder sortearlo de la mejor manera posible o con la mayor cantidad de redes de apoyo disponible.

“*Nuestras acciones hablan sobre nosotros tanto como nosotros sobre ellas.*”

*Eliot, George*

#### Bibliografía

1. Límite de viabilidad en prematuros extremos: aspectos éticos, revista médica Clínica las Condes, año 2008.
2. Problemas éticos en Neonatología, revista médica Clínica las Condes, año 2008.
3. Dilemas éticos y humanización de la atención perinatal, revista peruana de pediatría, año 2004.
4. Humanización en el cuidado neonatal, revista Ciencia y cuidado Volumen 9, N° 2, Diciembre 2012.



# Cambios en el paradigma de los cuidados neonatales

Paula Oyarzun Andrades  
Matrona Docente,  
Especialista en Perinatología  
Magister en Educación Superior  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Universidad de Valparaíso

**A**l revisar la historia de la Neonatología en los últimos treinta años a nivel mundial y nacional, es indudable sorprenderse de sus avances científicos, técnicos y desarrollo humano. La Neonatología es un área de la pediatría dedicada a la atención y cuidado del recién nacido sano y enfermo, proviene etimológicamente de la raíz Neo “nuevo” y “natos” nacer, es decir: Estudio del nuevo ser, desde esta perspectiva esta ciencia impulsa a distintos actores a comprometerse con el cuidado del ser que nace.

A nivel mundial, la creación de las Unidades de Neonatología y el aporte de los profesionales de la salud en el cuidado de los recién nacidos, han impactado positivamente en las cifras de mortalidad infantil y morbimortalidad neonatal. En la década de los setenta, la mortalidad neonatal correspondía al 50% de la mortalidad infantil, lo que motivó a un proyecto internacional de desarrollo de las unidades de Neonatología entre los años 1970 y 1980, con mejora en la formación del recurso humano y del equipamiento tecnológico, la creación de unidades de cuidado intensivo neonatal y de alto riesgo obstétrico. De acuerdo a cifras Sanitarias Mundiales de la OMS (2011) la tasa de mortalidad neonatal en países desarrollados fluctúa entre 2-5 por mil RN vivos (EEUU, Mónaco, Portugal, Alemania). Nuestro país ostenta cifras de países desarrollados, entre el año 2005 y 2009 las defunciones neonatales se han mantenido constantes en una tasa de 5,4 por mil RN vivos, en tanto en la región de Valparaíso, esta tasa ha fluctuado entre 5,2 y 6,3 por mil RN vivos; con una sobrevida en aumento en especial en el grupo de los prematuros menores de 1500 gramos al nacer.



Según lo enunciado: ***¿Por qué estaría aconteciendo un cambio de paradigma en torno a los cuidados neonatales proporcionados por el equipo de salud? ¿Cuáles serían los factores desencadenantes de un cambio de paradigma?***

Hasta hace una década el modelo de salud preponderante en los cuidados neonatales se centró principalmente en el manejo y conocimiento en profundidad de las patologías neonatales y su terapéutica, es así que emergen innovadores tratamientos, tales como el uso de surfactante exógeno en la prevención de enfermedades respiratorias, las diversas modalidades de ventilación mecánica, el uso de indometacina e Ibuprofeno en el cierre del ductus arterioso, la hipotermia neonatal en el tratamiento de encefalopatía hipóxico isquémica, entre otros; los esfuerzos del equipo neonatal se concentraron en mejorar los tratamientos y las técnicas de enfermería que rodeaban al recién nacido. Este trabajo mancomunado estuvo constituido por matronas, médicos neonatólogos, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, cirujanos infantiles, técnicos paramédicos (entre otros); demostrando sustanciales mejoras en los

niveles de sobrevida de neonatos enfermos, pero especialmente en el grupo de recién nacidos prematuros extremos y muy bajo peso al nacer.

En la actualidad este progreso se ha acompañado además de políticas públicas de salud que protegen a los neonatos prematuros y con patologías al nacimiento, tales como las Garantías explícitas en Salud (GES) y el Programa de seguimiento de prematuros.

También ha coexistido un replanteamiento por parte del equipo de salud con respecto a la atención neonatal centrada principalmente en el concepto de la salud y enfermedad, a través del reconocimiento del neonato como un ser humano, que además de cuidados biológicos requiere ser cuidado de manera integral y respetuosa, abordando todas sus necesidades tanto biológicas, psicológicas y sociales.

En este sentido se da un redescubrimiento por parte del personal de salud sobre la importancia del uso de estrategias de cuidados neonatales más humanizados que centren la atención en el actor principal que es

el neonato, dando énfasis al desarrollo de actividades que propician el buen vivir, tales como el fomento de la interacción afectiva madre, padre, hijo/as y familia (programa canguro, apego neonatal, programas que facilitan los horarios de visitas de los padres o de un cuidador significativo) manejo del dolor (protocolo de mínimo dolor, mínimas punciones, uso de sacarosa para disminuir el dolor) protección neuro sensorial (programas de estimulación temprana a niños que necesitarán largas estadías, especialmente grandes prematuros) lactancia materna precoz (conformación de lactarios,

uso de leche materna en prematuros) cuidados centrados en el desarrollo (respeto del día y noche, manejo de ruidos externos y de intensidad lumínica, establecimiento de horas de atención para respetar el descanso de los niños, uso de nidos de contención que simulan el vientre materno) Estas y otras prácticas neonatales permiten proporcionar seguridad y confort al recién nacido, otorgando una mejor estadía durante su hospitalización.

Estos conceptos que emergen a lo largo de los años nos demuestran que la realidad

es dinámica y como profesionales del área neonatal debemos estar en permanente revisión de nuestras prácticas, conocimientos y valores en pos de otorgar una mejor calidad de vida a niños y niñas que nacen prematuros o con alguna enfermedad.

#### Bibliografía:

- INE, Chile, Estadísticas Vitales 2009
- OMS. Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth 2012.
- MINSAL, Chile, Manual de atención Personalizada en el Proceso reproductivo, 2008.

**Universidad de Valparaíso CHILE**

**Obstetricia puericultura**

# DIPLOMA EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

## SEGUNDA VERSIÓN 2014

**Dicado:** Profesores Matronas y Maternos.

**Objetivos:**

- Adquirir habilidades técnicas y procedimentales en la ejecución, lectura e interpretación de imágenes ecográficas realizadas en el primer trimestre del proceso gestacional de la mujer.
- Comprender desde una perspectiva física - valorar la vida humana y sus procesos asociados a la gestación en los tres trimestres gestacionales.
- Capacitar a los profesionales, en los principales elementos básicos del manejo del ultrasonido aplicado a la práctica de la obstetricia y ginecología.

**Duración:** 300 horas = 14 créditos

**Módulos:**

- Módulo I: Elementos introductorios a la ultrasonografía obstétrica
- Módulo II: Ultrasonografía en el desarrollo embriológico y fetal
- Módulo III: Ultrasonido en la gestación
- Módulo IV: Prácticas en ultrasonografía obstétrica y ginecológica básica.

**Académicos:**

- Médicos
- Gineco - Obstétricos
- Ecografistas
- Matronas
- Tecnólogos Médicos

**Valor Arancel:** \$1.300.000  
**Valor Matrícula:** \$75.000  
Considera Modalidades de Beca y Descuentos.

**Cupos:** 20

**Lugar:** Auditorio Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Buzos Curvas 1038, Valparaíso.

**Organiza:** Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso.

**Informaciones:** Srta. Nicole Varas Velasco  
Fono: 032 - 2507442  
Email: nicole.varas@uv.cl  
Http://obstetricia.uv.cl

Mayor información: obstetricia.uv.cl / Teléfono: 032-2507442 Srta. Nicole Varas



# Cuidados centrados en el desarrollo y la familia.

Cecilia Fredes O.

Matrona Coordinadora UTI Neonatológica  
Hospital Dr.Gustavo Fricke

**D**urante mi experiencia profesional he sido observadora y participante de dos modelos de atención hospitalaria. La primera, en la que el paciente era literalmente "paciente", alguien dispuesto a que el equipo de salud le efectuara procedimientos y tratamientos médicos o de enfermería, relegando a un segundo plano necesidades que eran tanto o más importantes que su cuadro clínico. Lo mismo sucedía en las unidades neonatales y como aquí el paciente o usuario no podía manifestar sus necesidades, quedaban a libre disposición del equipo de salud, quienes olvidaban o minimizaban la importancia de los padres y grupo familiar en la recuperación de su salud.

En los últimos años se ha publicado abundante literatura respecto a la evolución neurológica a largo plazo de los recién nacidos prematuros. En los niños muy inmaduros se observa una frecuencia elevada de las mal llamadas mínimas morbilidades. Dichas alteraciones, sin causar graves discapacidades, pueden alterar de manera significativa la vida del niño y de su familia. Cada vez existe mayor convencimiento de que parte de dichas alteraciones se relacionan, entre otros muchos factores, con los cuidados proporcionados tras el nacimiento. Por una parte, la exposición a un medio hostil, como es una unidad de cuidados intensivos, dificulta la organización del cerebro en desarrollo; por otra, los padres se someten a tal impacto emocional que se modifica el proceso de crianza.

El proceso natural de ser padres se interrumpe bruscamente en el caso de los nacimientos de niños prematuros, de tal manera que los padres son de alguna forma tan prematuros como sus hijos. El trabajo



de los profesionales de neonatología incluye el reconocimiento de las competencias de los prematuros y de sus padres en la provisión de estrategias para mejorar los cuidados del niño.

Estos efectos no deseados que la estancia en la unidad neonatal provoca tanto en el recién nacido como en su familia pueden reducirse con la implantación de los llamados cuidados centrados en el desarrollo (CCD) y en la familia. Los CCD constituyen un sistema de cuidados que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad.

Los CCD se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente y los aplica al período neonatal. Los CCD comprenden intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macroambiente (luces, ruidos, etc.) como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor) y, por supuesto, se actúa sobre la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño.

Este tipo de cuidados se realiza de una forma más o menos rutinaria en muchos países europeos desde hace bastantes años.

En Estados Unidos se ha producido un auge muy importante en los últimos tiempos con el desarrollo del sistema NIDCAP®. **La implementación de estos cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano.** Los procesos se adaptan a las características del niño y de sus familias y no al contrario. Los CCD suponen, no tanto un cambio en los procesos terapéuticos, como un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes.

## Pilares de los CCD

Los padres deben ser integrados en el cuidado de sus hijos prematuros en las unidades de neonatología.

Esto supone un cambio radical de las normas de funcionamiento de estas unidades, y elimina el concepto de unos horarios rígidos de visita. La participación activa de los padres debe ser incluida en todos los aspectos del cuidado del prematuro desde el acceso a la información sobre la salud del bebé, a la realización de las rutinas diarias, así como la planificación e implementación del cuidado de sus hijos. Los horarios y tareas diarias de una unidad de neonatología se deben adecuar a los padres con el fin de proporcionar y apoyar su participación activa. La utilización de la intervención profesional que posibilita que los padres tengan una mayor comprensión sobre el comportamiento de sus hijos es una herramienta clave en la atención neonatal. El profesional de enfermería que se ocupa del cuidado del recién nacido prematuro se encuentra en una posición ideal para guiar a los padres en la evaluación objetiva del comportamiento del niño y en la asimilación de esta evaluación. Todo con el objetivo de mejorar los cuidados de su bebé y su desarrollo futuro y ayudar a las familias.

# La resurrección del CPAP

Antonio Salvado G.  
Médico Neonatólogo  
Jefe de Servicio de Neonatología  
Clínica Reñaca

## Introducción

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) está entre los 10 avances más significativos en neonatología, puesto que su introducción mejoró en forma dramática la supervivencia de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria (SDR)(1).

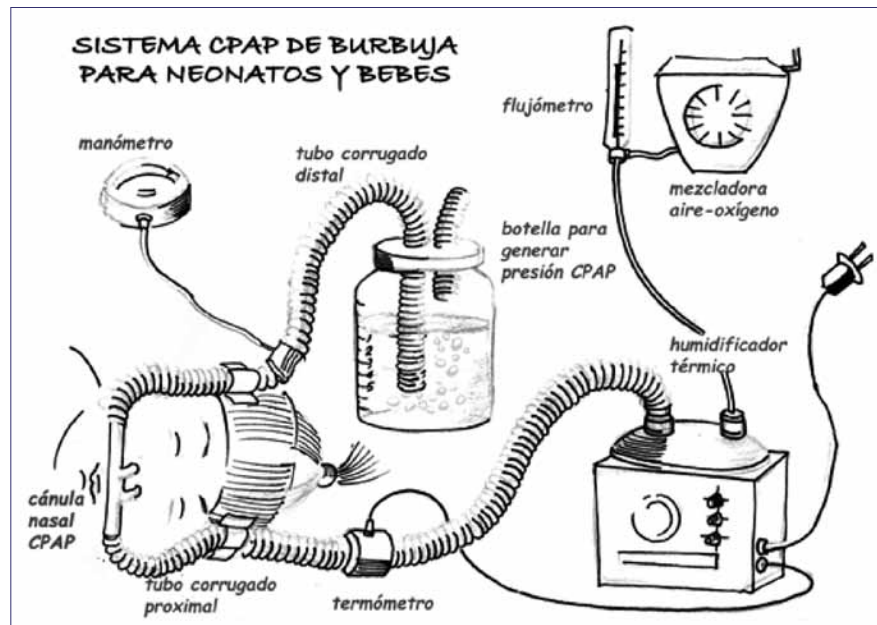
## Historia

CPAP surgió como resultado de la demostración de lo significativo que es el “quejido” de los recién nacidos en la patogenia del SDR, luego de las publicaciones de Harrison en 1968 (2). Las primeras publicaciones de aplicación de CPAP en recién nacidos, datan de 1973 (3), pero su utilización fue abandonada luego de la aparición de los ventiladores mecánicos neonatales. Durante la última década, ha resurgido el interés por el CPAP, dado que es una técnica no invasiva, que mantiene la ventilación alveolar y permite un intercambio gaseoso suficiente y que aparentemente no daña el pulmón como si lo hacen los ventiladores neonatales. El soporte respiratorio sin tubo endotraqueal (TET) se denomina “no invasivo”, porque sustenta la premisa de evitar las complicaciones asociadas al TET. Entre otros, tales efectos colaterales son: riesgo de infección, riesgo de hipoxia al intubar, injuria mecánica aguda o crónica a la vía aérea alta, volutrauma y barotrauma derivado de la ventilación mecánica.

## Fisiología

Entre los mecanismos que lo hacen una herramienta extraordinariamente útil, están:

Aumentar la Capacidad Funcional Residual, mejorar la oxigenación, dilatar la laringe y reducir la resistencia supra glótica, preservar surfactante, estimular el



crecimiento pulmonar, etc. Las principales indicaciones de su uso son:

Enfermedades con baja capacidad residual pulmonar, por ej. Síndrome de dificultad respiratoria del prematuro, taquipnea transitoria, apnea y bradicardia del Pretérmino, Síndrome aspirativo Meconial, enfermedades con obstrucción de la vía aérea: por ej. Bronquiolitis, displasia broncopulmonar, traqueomalacia y soporte luego de extubar de ventilación mecánica.

## Vía de administración

Por máscara, cámara facial, Halo sellado, Tubo nasofaríngeo, Cánulas nasales: mononasal, binasal: Hudson, Infant flow, F&P. Una de las interfaces más utilizadas, es el llamado CPAP de burbujas (Ver figura):

## Evidencia clínica

Estudios recientes de grandes series prospectivas. (COINTRIAL, SUPPORT, VON-DRM) muestran menos riesgo de Displasia Broncopulmonar y muerte cuando se practica estabilización con CPAP y surfactante selectivo a niños prematuros que requi-

eren intubación (4,5,6). Actualmente, la mayoría de los recién nacidos que cursan con distress respiratorio, son tratados inicialmente con CPAP, tanto en Chile como en Europa y Estados Unidos.

## Bibliografía

1. Nelson N. M, J Pediatr 2000; 137: 731-735. The significance of grunting in hyaline membrane disease, V. C. Harrison, H. de V.
2. Heese and M. Klein, Pediatrics 1968; 41; 549. A device for administration of continuous positive pressure by the nasal route.
3. Kattwinkel J, Fleming D., Pediatrics, 1973; 32: 131
4. Morley CJ, Davis PG, Doyle L W, et al. Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. N. Engl J. Med 2008; 358: 700
5. SUPPORT Study Group of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network, Finer NN.
6. Carlo WA, et al. Early CPAP versus surfactant in extremely preterm infants. N Engl J Med 2010;362:1970.

# Testimonio fundadora ASPREM

## Asociación de Padres de Prematuros de Chile

Soy Romina Ruz Rojas, el 20 de julio del 2009 nació Amaya, pesando tan solo 590grs. y con 24<sup>+2</sup> días de semanas de gestación, en el Hospital Gustavo Fricke.

Yo no sabía que estaba embarazada, me enteré cuando entré a urgencia de adultos, en etapa de eclampsia, la cual me provocó un síndrome de HELLP y dos paros cardiorrespiratorios.

El impacto de no saber que llevaba un bebe en mi vientre, provocó una serie de sentimientos encontrados en mí. Sí, con mi esposo Gaspar Santis estábamos felices, pero esa alegría se apagaría cuando me dicen que debo ser hospitalizada de urgencia, ya que corría riesgo vital.

Estando hospitalizada en maternidad monitoreada, tuve una convulsión donde el lado derecho de mi rostro se paralizó, desperté al quinto día y mi esposo me contó todo lo que me había sucedido.

Así, toda delicada de salud al quinto día decidí conocer a Amaya, lo cual fue impactante, nuevamente tuve sentimientos encontrados, asumir el rol de madre y también el riesgo de que Amaya, mi pequeña hija muriera.

Los días en Neonatología fueron de altos y bajos, hubo días muy buenos y días muy negros, Amaya tuvo toda patología propia por su condición de prematuro, retinopatía, ictericia, sepsis, hemorragia intracerebral, enterocolitis necrosante, politransfusiones.

Esos días en Neonatología, fueron impactantes no sabía si quedarme o salir corriendo, muchas veces pensé que era un castigo, una vez me revelé con Dios preguntándole por qué nos hacía esto, no era justo para nosotros que sí queríamos hijos; luego al ver a otros padres viviendo la misma situación, comprendí que no éramos los únicos.



Cuando Amaya fue dada de alta comprendí que esto no sería fácil, que socialmente no se estaba preparado para recibir a un niño prematuro, que en general, como padres estábamos muy bien con ellos hospitalizados, pero qué pasaba cuando eran dados de alta, esa era la gran pregunta.

Al darme cuenta que habían muchas falencias, desde licencias médicas no dignas o que simplemente no había conocimiento del tema entre otros especialistas, comprendí con mi esposo que había que hacer algo.

Es así como reuní un grupo de madres de la Neo del Hospital Gustavo Fricke, un 8 de septiembre de 2010. Pero comprendí que debía darle un enfoque más corporativo, ya que debíamos hacer cambios reales al sistema. Jorge y Verónica padres de Fernanda y Mauro, dos prematuros extremos, se suman apoyando esta lucha de poner en la opinión pública lo que significa Asprem.

Es así como se forma la directiva de Aspren, quedando constituida por:

Romina Ruz Rojas, presidenta  
Jorge Cabrera, vice presidente  
Gaspar Santis, secretario  
Verónica Aranda, tesorera

ASPREM CHILE: Asociación de Padres de Prematuros de Chile

Nace con el fin de contener, orientar y dar apoyo a los padres de prematuros, cuando comienzan a vivir la prematuridad.

Es fundamental que la población entienda que no es solo nacer pequeño o antes de tiempo, sino que son niños de alta complejidad sobre todo cuando son dados de alta y los padres se enfrentan a un mundo en el que nadie comprende lo difícil y complejo que es el cuidado de estos niños.

Principales problemáticas

- La prematuridad como problema de salud pública
- El seguimiento del niño prematuro
- Virus respiratorio sincicial

En el mes de Noviembre se celebra el día de la Prematuridad

- 17 Día Internacional
- 29 Día Nacional

# Programa de Especialización en Neonatología

Dirigido a Matronas y Matrones

## Programa teórico práctico

Coordinadora: Prof. Paula Oyarzún A.



### Módulo Teórico

Teoría (1 día a la semana)  
Salud Fetal  
Neonatología  
Gestión en Salud  
Bioética  
Investigación Aplicada



### Módulo Práctico

Cuarto turno rotativo  
(Hospitales V región)  
Práctica Cuidados Intermedios  
Práctica Cuidados Intensivos



### Grupo Académico

**Mariana Arancibia H**  
Matrona  
Mag Filosofía

**Paulina López O**  
Matrona  
Doctora en Epidemiología

**Paula Oyarzún A**  
Matrona  
Especialista en Perinatología  
Mag Educación Superior

**Antonieta Silva M**  
Enfermera Matrona  
Mag Enfermería Mención  
en Gestión del Cuidado



### Docentes Invitados

Dr. Marta Amaza  
Mat. Yasna Caro  
Mat. Libis Dahdál  
Dr. Ricardo Ellwanger  
Dr. Ricardo Eltit  
Dra. Marisol Escobar  
Ps. Caterina Forray  
Mat. Cecilia Fredes  
Mat. Berta Olmedo  
Dr. Cristian Peña  
Mat. Mariameila Quiero  
Dra. Daniela Sandino  
Dr. Antonio Salvadó  
Mat. Rosa Tapia  
Mat. Jenny Zarate



Universidad  
de Valparaíso  
CHILE



Marzo 2014

# 2a versión

Dirección de Postítulo y Postgrado  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Universidad de Valparaíso



Escuela de Obstetricia y Puericultura,  
Illas Cuervas 1028, Valparaíso



Duración: Anual



Matrícula: \$100.000  
Arancel: \$2.000.000

Facilidades de pago:  
Modalidad de Becas (30% descuento)



### Consultas

Srta Nicole Varas

2507442

nicole.varas@uv.cl

Paula Oyarzún A

2507407

paula.oyarzun@uv.cl

Ingrese a [www.obstetricia.uv.cl/postgrado](http://www.obstetricia.uv.cl/postgrado)

Estimadas/os coleg/as:

La Dirección de Postítulo y Postgrado de nuestra Escuela de Obstetricia y Puericultura, los invita a participar en la segunda versión de la "Especialización en Neonatología" para Matronas y Matrones que se iniciará a partir de marzo del 2014, su propósito es capacitar a Matronas y Matrones en la atención especializada de recién nacidos prematuros y/o patológicos en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, mediante una formación in-

tegral que contempla asignaturas teóricas (Salud Fetal, Neonatología, Bioética, Investigación Aplicada y Gestión en Neonatología) y práctica (Cuidados Intermedios, UCI y gestión en hospitales de la V región)

Está dirigido para matrona/es con experiencia incipiente en Neonatología (Curso teórico y práctico, duración anual) y para matronas con más de 3 años de experiencia en UCI neonatal que deseen obtener la certificación formal de Especialistas en Neonatología (curso teórico, duración 1 semestre)

Las clases teóricas se desarrollarán un día a la semana, durante el primer semestre del 2014.

Saludos cordiales,

Paula Oyarzún Andrades  
Coordinadora Especialización  
en Neonatología.

Para mayor información consultar:

Nicole.varas @uv.cl  
Paula.oyarzun @ uv.cl  
[www.obstetricia.uv.cl](http://www.obstetricia.uv.cl)