

nas, lesiones por anoxia de los centros nerviosos la respiración inmadurez del aparato respiratorio, etc.) causan trastornos anóxicos que terminan con la muerte del niño prematuro, ya sea directamente o por sus complicaciones.

La inmadurez alveolar, la atelectasia difusa y la formación de membranas hialinas, son las causas originadas en el aparato respiratorio que más frecuentemente causan la muerte del niño prematuro.— Las causas anteriormente citadas son más frecuentes cuánto menor sea la edad gestacional del producto.

A la anxia siguen en orden de frecuencia lesiones durante el parto, malformaciones congénitas, infecciones disracias sanguíneas, y causas micélanas. Estas causas son más frecuentes cuánto más acerca el niño al término de la gestación normal, y por lo tanto son más frecuentes en el nacido a término.

CARACTERISTICAS DEL PREMATURO

El niño prematuro tiene una serie de condiciones anatomofisiológicas y por lo consiguiente fisiopatológicas que los diferencian de un recién nacido a término. Todas estas características se encuentran en relación inversamente proporcional a la edad gestacional y a su peso de nacimiento.

Desde el punto de vista estadístico y clínico siempre es conveniente hacer un diagnóstico correcto respecto a la edad intrauterina del prematuro. Sin embargo en la práctica es frecuente observar prematuros con peso y edad gestacional cuyas características anatómicas y funcionales sean similares así como los hay con peso y edad gestacional iguales con las características anatomofisiológicas diferentes. De todo esto se deduce que para formar un criterio anatomofisiológico exacto de cada niño en particular se tomará el peso, edad intraúterina así como algunas medidas antropométricas únicamente como base inicial para formar dicho criterio, siendo las características anatómicas y funcionales los factores principales para conocer realmente el estado del niño.

Para el estudio correcto de las características en el niño prematuro se han dividido en dos grupos que son los siguientes:

- a).—Se encuentran en este grupo las fácilmente reconocibles en un examen clínico.
- b).—Características por aparatos y sistemas; que no son de fácil acceso en la exploración, son de importancia básica en el conocimiento de la fisiología normal y patológica del niño.

Características Clínicas.

Son las que se encuentran al llevar a cabo el examen clínico del prematuro recién nacido.

Peso		
Talla		
Piel		
Cabeza	Perímetro cefálico	
	Fontanelas, presencia y dimensiones	
	Suturas	
	Ojos	
	Lengua	
	Facies	
Tronco	Perímetro	Tipo de respiración
	Movimientos respiratorios	frecuencia, ritmo
		estertores. etc.
Miembros Genitales	Ruidos Pulmonares	
	Ruidos Cardíacos	
	Cicatriz umbilical	
Signos Especiales	Reacción a los estímulos	
	Bostezo	
	Relación de los perímetros cefálico y torácico.	

Peso.—Por la definición, el peso máximo que se encuentra en el niño prematuro es de 2.500 kgr. aún cuando es posible que se tenga que

ratificar disminuyéndolo hasta 2.360 kgr. Relacionado el grado de inmadurez con la edad intraúterina y el peso de nacimiento, podemos decir que los niños con peso mayor de 2.000 kgr. con excepción hecha de los productos múltiples corresponden a las cuatro últimas semanas de la gestación, el peso va disminuyendo de acuerdo con la edad intraúterina hasta llegar a cifras alrededor de 600 gr. en el producto viable.

Según la clasificación de Hess 1000 gr. de peso corresponden a una vida uterina de 20 a 24 semanas; de 1000 a 1200 gr. corresponden a una vida intrauterina de 24 a 28 semanas, 1200 a 1260 gr. corresponden a una vida intrauterina de 24 a 28 semanas; de los 1600 a 2500 gr. corresponden a una vida intraúterina de 32 a 36 semanas.

Las relaciones anteriormente descritas entre peso y edad intraúterina no se pueden considerar de una manera estricta, ya que el peso no sólo depende de la edad gestacional sino de factores raciales, salud de la madre y tal vez de su estado nutricional, pero si nos pueden dar datos aproximados muy útiles para juzgar la viabilidad del niño.

Según la clasificación del mismo autor la talla en los niños viables oscila entre 28 y 48 cm. que es lo que corresponde a un niño de baja estatura nacido a término, hasta los 6 meses se encuentra entre 28 y 34 cm. para aumentar en el 7o. mes de 35 a 38 cm en el 8 mes de 38 a 42 cm y de 46 a 48 en el último mes.

La piel del niño prematuro es por lo general, muy delgada, frecuentemente arrugada y transparente, estos caracteres son debido a la escasa cantidad de tejido adiposo. Los capilares subcutáneos son muy superficiales dando origen a la coloración roja de la piel, signo peculiar en el niño prematuro, más fácil de distinguir en los niños de raza blanca, la piel de la cara, región deltoidea, hombros, pecho y espalda y en ocasiones la de los antebrazos en su cara posterior se encuentran cubierta por un fino vello llamado "lanugo", todas estas características se encuentran con mayor intensidad y mayor profusión en niños de menor peso y sobre todo de menor edad intraúterina:

El volumen total de la cabeza en relación con el cuerpo es mayor que en el niño nacido a término, representando las dos terceras partes de la longitud del tronco y una tercera parte de la longitud total del cuello a los pies. Lo común es que no tome la forma piramidal que tiene la del niño nacido a término, más bien es redondeada al principio, debido

a que por su poco volumen no sufre deformaciones a su paso por el perine materno; por otra parte la presencia de la fontanela posterior y la falta de soldadura de la sutura lambdoidea contribuyen a evitar la deformación piramidal al nacer.

Es intensamente dolicocefalo a las pocas semanas debido a la poca movilidad, y la conservación de una sola posición durante mucho tiempo.

El cráneo presenta muy poco pelo, aún cuando en nuestros niños de raza indígena frecuentemente sucede lo contrario, existe la fontanela posterior en ocasiones unida a la anterior por la sutura sagital aún no soldada, es frecuente también que las suturas occipitoparietales se encuentren las mismas condiciones, que provoca que al momento del parto se produzca cabalgamiento de unos huesos sobre otros, la fontanela anterior es amplia de forma romboidal. El perímetro cefálico es menor que en los nacidos a término.

La cara presenta una fascies especial que en el niño muy pequeño o con escaso tejido celular subcutáneo por hiponutrición también se presenta, dicha fascies es la de anciano, con hundimiento de las partes blandas y prominencia marcada de la bola adiposa de Bichat.

Cuando el niño está bien nutrido y se acerca más al período normal de la gestación presenta fascies contraria a la anterior y se le llama de rrorro. Es característico encontrar los ojos saltones y la lengua protuyente, estas características son relativas y pasajeras consecuentes al fenómeno biológico de que el contenido se desarrolla más rápido que el continente óseo. En las narinas es frecuente encontrar pequeños y abundantes comedones que a veces se presentan dos o tres días después del nacimiento.

Por lo general tanto el tórax como el abdomen se encuentran poco desarrollados, habiendo un predominio abdominal en los niños de mayor peso.

El perímetro cefálico es mayor que el torácico con una diferencia que excede francamente a la de los nacidos a término, siendo mayor cuanto menores sean el peso, la talla y la edad intraúterina.

RELACION ENTRE PERIMETRO CEFALICO Y PERIMETRO TORAXICO

	de 0.500 a 1.000 gr.	de 1.000 a 1.500	de 1.500 a 2.000	de 2.000 a 2.500
Perímetro cefálico	24.55 gr.	27.89	29.78	32,5
Perímetro torácico	20.55	24.50	26.32	29.0
Diferencia entre P. C/ y P/T/	4.00	3.39	3.46	3.5

El tórax es poco desarrollado sobresaliendo marcadamente las falsas costillas y presentando frecuentes movimientos respiratorios pero de escasa amplitud. Es frecuente escuchar estertores alveolares a la inspiración profunda debido a la entrada de aire a los alveolos atelectasiados u ocupados por moco. El ritmo respiratorio puede ser regular o irregular ya sea con o sin períodos de apnea o se presenta decididamente el de cheyne-Stoks este último se presenta frecuentemente y generalmente se modifica con la aplicación de oxígeno.

Abdómen el hígado rebasa el borde costal, el cordón umbilical es de base gruesa, se deshidrata rápidamente, con frecuencia deja una cicatriz umbilical protundente y a menudo con hernias y peritonéo o de intestino.

.....

Son de mayor longitud los miembros superiores que los inferiores esta diferencia es más marcada en los de menor peso llegando a dar aspecto de simios.

Genitales.—En el hombre generalmente los testículos descienden al escroto hasta el octavo o noveno mes. En las mujercitas los labios menores sobresalen de los mayores, el clitoris es desproporcionadamente grande y sobresale de un modo tan marcado que se le puede confundir con un pene pequeño. Este hecho normal en los nacidos a término es más acentuado en el prematuro.

Signos especiales.—La reacción a los estímulos principalmente al signo de moro, el bostezo y el llanto, son signos que nos pueden dar una orientación bastante aceptable del desarrollo del niño así como del estado general de su sistema nervioso. Es frecuente que los muy pequeños normalmente no presenten positivo el signo de moro, aún en ausencia de algún proceso patológico, sino debido a inmadurez de la conducción nerviosa, lo que de todas maneras agrava el pronóstico.

El llanto que debe investigarse rutinariamente por medio de pequeños excitantes dolorosos, es generalmente débil, entrecortado y de poca duración.

El bostezo es un fenómeno fisiológico al que se le debe dar importancia en lo que respecta a su presencia en relación con el estado general del niño, es de buen pronóstico el encontrar bostezo normal.

La ausencia o presencia de reflejo de succión y el de deglución nos dan base para determinar la edad intraúterina, ya que es normal su ausencia entre los seis y siete meses de gestación, siempre que no haya lesiones cerebrales.

CARACTERISTICAS POR APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato Respiratorio.— Es indiscutible la diferencia esencial que existe en la respiración intraúterina del feto y la extraúterina del niño, durante la mayor parte de la vida intraúterina el feto respira a través de la placenta, sin que su aparato respiratorio tome parte en el fenómeno ya que no está en contacto con el aire; es inmediatamente después del parto casi al mismo tiempo en que dejan de existir látidos en el cordón, el pulmón inicia bruscamente su actividad respiratoria con el paso del aire a través de bronquios y bronquiolos, el despegamiento de las paredes alveolares y la expansión consecuente de la pared alveolar.

Durante los últimos tres meses de gestación existe el feto movimientos respiratorios rítmicos aunque discontinuos, durante estos movimientos se permite la entrada de líquido amniótico, al interior del aparato respiratorio, cuya única finalidad parece ser la de mantener sepa-

radas las paredes de los alveolos como preparación para la respiración post-natal.

La respiración en el nacido a término es diafragmático. En el prematuro probablemente debido a la poca resistencia de la pared torácica hace que a la inspiración el movimiento del diafragma se acompañe de depresión de las costillas y del esternón, mostrando intenso tiro esternal, aún en ausencia de obstrucciones bronquiales o malformaciones congénitas del pulmón.

La deficiencia de los cambios gaseosos pulmonares, unida a la inmadurez tubular y glomerular de los riñones, modifica en forma más o menos importante el equilibrio electrolítico, tanto en el líquido extra como intracelular reduciendo la reserva alcalina y colocando al pequeño en el límite de la alcalosis, esto influye sobre el tipo respiratorio del niño muy pequeño al que frecuentemente es período alternando movimientos respiratorios más o menos normales, con períodos de apnea, llevando con frecuencia una evolución ciclica con o sin ritmo. Posiblemente este tipo de respiración esté causado por un metabolismo basal bajo y escasa utilización del oxígeno de la sangre, consecutivo en parte a la gran cantidad de hemoglobina fetal que contiene, la que si bien puede tomar muy fácilmente oxígeno, característica muy útil durante la vida placentaria, deja en libertad ese oxígeno muy lentamente en los tejidos del niño, por otra parte los tejidos se encuentran inmaduros y en franca hipoxia.

La primera respiración del prematuro representa uno de los problemas más serios a que tiene que enfrentarse al terminar la respiración placentaria. Existen dos teorías tratando de explicar el mecanismo de la primera respiración al momento del nacimiento.

La primera y aceptada de manera más general por los autores, considera que el excitante es físico, actuando sobre la piel del neonato al cambiar de un ambiente líquido y de una determinada temperatura al medio ambiente con 10 a 12 grados de menos. La conducción se hace a través de las fibras sensitivas a los centros medulares más bajos, de tal manera que la primera respiración y la subsecuentes son arritmicas y sin el control neumotóxico de los centros superiores. Cuando por razones diferentes (anoxia, acción de los anestésicos, traumatismos, etc) el centro respiratorio no responde a lo estímulo físico de la exposición al

ambiente extraúterino, funciona el estímulo químico, a través de los corpúsculos carotídeo y aortico, iniciándose así movimientos de ritmos muy variantes, generalmente en forma entrecortada.

La otra teoría sostiene que la respiración inicial no es sino la consecuencia normal de los movimientos respiratorios in-utero, con punto de partida en un excitante químico, y considera que en el nacimiento debe esperarse la primera respiración del niño para administrar oxígeno pues de otra manera se impide el excitante normal por exceso de bióxido de carbono en la sangre.

Riñones.—En general los riñones de un prematuro viable se encuentran en condiciones de funcionar, tanto excretando como filtrando y concentrando, así como reabsorbiendo, pero deficiente en razón inversa a su peso y edad intraúterina. Durante la vida uterina el trabajo excretorio, lo efectúa la placenta, pero desde el momento mismo del nacimiento lo ejecuta el riñón. Se ha comprobado que después del sexto mes de la gestación el riñón se encuentra formado anatómicamente de manera suficiente para poder funcionar.

El prematuro contiene 10 o 15% más de agua en su cuerpo que el adulto, de lo cual un 10% aproximadamente se pierde en la primera semana de vida con la disminución inicial de peso, lo que frecuentemente da lugar a deshidratación, hemoconcentración e inclusive a acidosis. Se ha demostrado que el riñón mantiene el balance de líquido en el organismo, aumenta francamente la eliminación de líquido con el aumento de la ingestión de agua y que, por el contrario disminuye ésta cuando se ingiere menos de 100 cm. de agua por kilogramo y por día sobreviene deshidratación y fiebre. Como consecuencia de la escasa sudoración del prematuro y de su gran superficie corporal en relación con su metabolismo, pierde muy poca agua por la piel, las heces y los pulmones, razón por la cual los prematuros orinan más que los nacidos a término en igualdad de ingresos de líquidos. La orina del prematuro se encuentra en franca acidosis que puede ser consecuencia de la gran cantidad de su contenido en ácido láctico y piruvico.

- 1.—La función renal aún que defectuosa, existe en sus tres partes fundamentales en el niño prematuro para que ésta pueda ser viable.
- 2.—Tanto la filtración glomerular como la función tubular son defectuo-

sas en mayor grado la segunda, y ambas guardan estrecha relación con la inmadurez renal y por lo tanto con la edad gestacional y peso al nacer.

- 3.—La zona nefrogénica desaparece unas semanas antes del parto a término y que el nefrón persiste en el curso de los 10 a 24 meses consecutivos al nacimiento.
- 4.—Los estudios llevados a cabo en la actualidad todavía dejan puntos oscuros respecto a su desarrollo y funcionamiento completo en el prematureo.

Sistema del equilibrio ácido básico.—El equilibrio ácido básico de estos niños presenta marcada tendencia a la acidosis, como ya se explicó anteriormente al hablar del aparato respiratorio, debido a lo cual cualquier padecimiento febril, pulmonar, intestinal así como dietas mal balanceadas, administración incorrecta de líquidos, o cualquier otro trastorno a veces ligero, los hace caer fácilmente en acidosis. Sin querer por esto decir que el prematuro nazca o a los pocos días de nacido se establezca en acidosis sino que la reserva alcalina es muy baja.

El equilibrio electrolítico del niño prematuro se diferencia del niño nacido a término y del adulto, por un aumento balanceado en el grupo de los aniones, cloro y principalmente ácidos orgánicos, así como de sulfato y fosfato, y una disminución de los ácidos aminados (proteínas en general) y sobre todo del ión bicarbonato. En el plasma sanguíneo, y en general en el líquido extracelular, contrariamente de lo que sucede en el recién nacido a término, el poder combinante del bióxido de carbono es sumamente bajo,

El PH. de la sangre se mantiene en cifras normales, aún cuando en algunas ocasiones baja hasta 7.2.

Los datos clínicos de acidosis en el prematuro, considerados por la mayoría de los autores son: hiperpnea, decaimiento, pérdida de peso, y deshidratación marcada, si bien se presentan con mucha frecuencia en la primera semana de vida no se les puede relacionar con la acidosis, como ya se dijo el PH. en la sangre se mantiene en las cifras normales o ligeramente bajo de lo normal la reserva alcalina se encuentra baja, pero no por eso se puede decir que el niño caído en acidosis. El sodio

se mantiene más o menos en cifras normales, el potasio posiblemente como en el nacido a término se encuentra elevado. El desequilibrio electrolítico del prematuro es considerado por algunos autores como causado por la deshidratación, o por lo menos por la gran cantidad de orina excretada por el prematuro durante los dos o tres primeros días, con la consecuente hemoconcentración.

Aparato cardiovascular.— Corazón, órgano fundamental y el primero en funcionar en la vida embrionaria, es probablemente el mejor desarrollado en el feto y por ende en el prematuro. Sin embargo puede adolecer de ciertas deficiencias, por lo que respecta a su contractibilidad y tal vez a su conductibilidad e irritabilidad. En el prematuro se encuentra en posición horizontal y con frecuencia se siente el latido de la punta a la altura del cuarto espacio intercostal y ligeramente fuera de la línea medio clavicular izquierda.

Lo anterior probablemente sea debido a la conformación del tórax dentro del cual no hay todavía expansión pulmonar, y a la posición tan alta en que se encuentra el diafragma. El corazón del prematuro es ligeramente mayor que el del niño nacido a término, no es difícil que al observarlo en radiografía se confunda con un cardiomegalia. Su trabajo en relación con el peso corporal es mayor en el prematuro que en el adulto.

En la actualidad se piensa que ligando el cordón tardíamente, se permite mayor paso de sangre, algo superior a 100 cm³, cantidad de la que se priva al recién nacido al cortarlo inmediatamente. Lo común es encontrar ritmo fetal, embriocardia con frecuencia que oscila entre 90 y 180 por minuto. Ocasionalmente se encuentran arritmias que pueden ser de tipo respiratorio. La irregularidad frecuentemente se encuentra en el pulso puede ser debido a la falta de desarrollo del centro de inhibición del corazón. En ocasiones el trabajo de parto provoca bradicardia hasta de 50 pulsaciones por minuto en la primera hora posterior al parto.

La presión arterial en el prematuro es difícil de obtener debido a las dificultades naturales que el tamaño y la fragilidad de estos pequeños presentan, pero las investigaciones han demostrado que es más baja que en los nacidos a término, varía esencialmente en relación con el peso corporal, pero la edad influye en los primeros días. La presión sistólica varía entre 50 y 80 mm. El llanto, el sueño y los movimientos del

niño, modifican ligeramente la presión arterial, principalmente el primero. La hipertensión materna durante el embarazo, modifican la del niño aumentándola.

El número de glóbulos rojos en el momento del nacimiento es menor en forma variable, al del recién nacido a término, teniendo un promedio de 4 a 5 millones por milímetro cúbico, es frecuente encontrar abundantes formas jóvenes, principalmente eritroblastos, que contienen también hemoglobina de tipo fetal, las células rojas inmaduras desaparecen de la circulación en el transcurso de la primera semana de vida. La presencia de la eritropoyesis extramédular en estos niños es probablemente la causa de la presencia normal de eritroblasto en ellos. La eritroblastosis normal post-partum hace descender marcadamente el número de glóbulos rojos a límites alarmantes que hacen necesarias las transfusiones sanguíneas, como anteriormente se dijo la influencia de la ligadura del cordón es notoria ya que hace que sea mayor o menor la cantidad de eritrocitos en la sangre.

Hemoglobina el prematuro tiene una mayor concentración de hemoglobina tipo fetal, la cual probablemente posee un poder inmunológico. al igual que los eritrocitos la hemoglobina baja rápidamente a partir de la segunda semana de vida para colocar alrededor de 8 a 9 gr. por ciento, al momento de nacer o durante la primer semana de vida se encuentra alrededor de 17 gr. por ciento.

Leucocitos. En el prematuro se encuentran alrededor de 12,000, en el curso de la primera semana hay franco predominio de neutrófilos, durante la segunda semana hay predominio de linfocitos, los basófilos y los eosinófilos se encuentran en muy raras ocasiones.

La coagulación de la sangre.— Se modifica con frecuencia por deficiencia de protombina. En ausencia de inmadurez hepática, es un signo marcado de seria lesión visceral. Esta hipoprotombina es debida a deficiencia de vit. K en los últimos meses de embarazo, ya que en esa época cuando la madre proporciona la mayor parte de ella al feto.

Aparato Digestivo.—Aún cuando no corresponden en su etiología al aparato digestivo conviene recordar que los reflejos de succión y de deglución son deficientes o se encuentran abolidos durante los primeros días de vida, lo que fácilmente ocasiona trastornos alimenticios.

El estómago se encuentra en posición casi completamente vertical, de forma generalmente tubular. Su capacidad varía con el peso de nacimiento y por lo tanto con la edad intrauterina. El jugo gástrico se encuentra en cantidad suficiente en ese tipo de niños; en cuanto a los jugos digestivos entérico y pancreático, puede decirse que existen desde el nacimiento si bien en poca cantidad y baja calidad. La secreción de bilis existe en el prematuro aún en el de muy poco peso.

A causa de la deficiencia hepática el prematuro presenta hipoproteïnemia que es normal en el prematuro, existe bajo metabolismo de los minerales por eso es frecuente encontrar en el prematuro anemia ferripriva e hipocrómica, la anterior puede ser debido al escaso aporte de minerales por parte de la madre durante los últimos meses del embarazo así como la insuficiencia (inmadurez) hepática. La protombina como ya se explicó al hablar de sangre se encuentra baja, debido probablemente a un aporte deficiente de vitamina "K". La hematopoyesis extramedular principalmente hepática es normal durante la vida fetal, y que no existe en el nacido a término, en el prematuro es frecuente encontrarla en condiciones normales de ello se deduce una actividad fetal del órgano.

.....

Sistema Nervioso.—Su incompleto desarrollo es marcado con más intensidad cuanto menores sean el peso y la edad gestacional, es de gran importancia por sí sólo y por la relación que guarda con los demás aparatos y sistemas.

El sistema cerebroespinal se encuentra menos desarrollado que el sistema autonómico, lo que se manifiesta principalmente por la inercia muscular, que hace que muchos niños, sobre todo los de muy poco peso, permanezcan en estado de sopor, sin responder al medio, no cambiando de posición por sí solos.

El llanto es débil y corto necesitándose de estímulos dolorosos para reproducirlo. Los reflejos se encuentran débiles y en muchas ocasiones no existen, como consecuencia de una transmisión incorrecta del influjo nervioso.

.....

CUIDADOS DE ENFERMERIA A NIÑO PREMATURO.

La atención del niño prematuro que ingresa al servicio de un hospital, es labor de todo el personal que labore en dicho servicio por lo que se puede decir que se trabaja por equipo. El médico es el encargado de determinar el grado de inmadurez del niño, hacer el pronóstico e instituir el tratamiento, pero es la enfermera que por estar en contacto inmediato y constante con el pequeño sobre quien recae la mayor parte de la responsabilidad, su labor no solamente consiste en la aplicación de sus conocimientos y en el suficiente sentido de responsabilidad para llevarlos a cabo, sino que, cuando el niño está en condiciones de ser llevado a su hogar, debe convertirse en maestra o instructora de la madre, y enseñarla como debe, vestirlo, alimentarlo, bañarlo, etc., haciendo lo posible por que se familiarice con su hijo y le pierda ese miedo natural que la mayoría le tienen, de tal manera que la enfermera al elegir el cuidado del prematuro como especialidad, debe estar sinceramente interesada en esta rama de la medicina, así como conocer que unas de las condiciones esenciales para el éxito, son: Práctica especial con profundo conocimiento de los métodos

Asépticos,
Tener afición y facilidad,
Entusiasmo y equidad,
Vigilancia cuidadosa y constante en períodos críticos, con aptitudes para actuar cuando la ocasión se presente.
Comprender que el cuidado de prematuros constituye siempre una emergencia.

Las técnicas correctas, los tratamientos de urgencia, mantenimiento de la temperatura normal, los sistemas de eliminación, la cuidadosa observación de los síntomas clínicos y la rápida apreciación de las manifestaciones patológicas, de todo ello es responsable la enfermera.

En el desarrollo de este trabajo se muestra sólo una mínima parte de lo mucho que se puede decir sobre la especialidad y para realizar una descripción más o menos completa la hemos dividido en 2 partes:

- 1.—Cuidados inmediatos al parto.
- 2.—Cuidados posteriores o sean los que se llevan a cabo en la sala de prematuros.